

Ulrich Wagner

**Value Added Services und deren Management
im Krankenhaus**

2005

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier nach ISO 9706

Value Added Services und deren Management im Krankenhaus

Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doctor Public Health (Dr. PH) an der
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, School of Public Health, WHO Collaborating
Center der Universität Bielefeld - Deutschland

vorgelegt von:

Ulrich Wagner,
Dipl.-Verw.Wiss.
aus Sirmach (TG), Schweiz

betreut durch:

Univ. Prof. Dr. oec. Bernhard J. Güntert, MHA

Universität Bielefeld / UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik, Innsbruck

GD Univ. Prof. Dkfm. Dr. Eugen Hauke

UMIT, Innsbruck / Ludwig-Boltzmann-Institut für Krankenhausorganisation, Wien

Vorwort

Value Added Services (VAS) – die Kernleistung begleitende, werterhöhende zusätzliche Leistungen, z.B. Finanzierungsberatung und –angebote für den Kunden - haben in der Industrie eine längere Tradition. Die Notwendigkeit sich bei immer ähnlicher werdenden Kernleistungen am Markt zu differenzieren, sich einzigartig und unverwechselbar zu machen, hat in Märkten mit hoher Wettbewerbsintensität Tradition und ist ein Muss. Für die Dienstleistungsbranche – v.a. für kompliziertere personale Dienstleistungen - kann dies für Europa so nicht behauptet werden. Lange Zeit herrschte hier wenig Wettbewerb. Dies ändert sich gerade. Auch im Gesundheitswesen.

Die eigenen Leistungen ins rechte Licht zu rücken – transparent und nachvollziehbar zum machen, Qualität zu angemessenen Preisen zu erbringen, den Kunden ernst zu nehmen und Angebote aus seiner Perspektive zu entwickeln und anzubieten, ist heute im Gesundheitswesen notwendiger denn ja. Aber dies sind Kernleistungen resp. deren Attribute. Welches sind dann die industrieäquivalenten VAS für das Gesundheitswesen – speziell für stationäre Leistungserbringer ? Wie lassen sich diese Art von Leistungen managen und die gleichen positiven Wirkungen zu erzielen?

Bei der Beschäftigung mit der vorliegenden Thematik kann festgestellt werden, dass die Praxis zwar Ideen und Beispiele für VAS liefert, dass diese aber meist fragmentarisch und wenig systematisch erbracht werden. Dies verwundert wenig, ist doch erstens die Notwendigkeit für VAS noch nicht lange gegeben und zweitens bietet die Wissenschaft bisher für die ausgewählte Branche auch noch keine konzeptuelle Hilfestellung an. Die Praxis bleibt damit i.d.R. deutlich hinter den Möglichkeiten zurück welche die Wissenschaft für andere Branchen heute zur Verfügung stellt und aus denen sich kompetitive Vorteile ableiten und aufbauen liessen. Das vorliegende Werk soll einen Beitrag zur Abhilfe dieses Mankos leisten.

Erfolg und seine Ursachen sind multifaktoriell. Monokausale Erklärungen wie die Versuche der big man theory aus der Führungsforschung der 40er und 50er Jahre des letzten Jahrhunderts greifen zu kurz. Bei meiner Analyse stellte sich immer deutlicher heraus, dass als erfolgreiche Bezeichnete (dies gilt für Personen wie für Institutionen) nicht nur hohes Fachwissen und Können, Arbeitsmethodik, eiserne

Disziplin, (bei manchen auch etwas Genialität) und die bekannten sozialen Kompetenzen vorweisen und umsetzen konnten, sondern dass sie meist Zusätzliches, „Einmaliges“ anbieten konnten das kundenseitig sehr geschätzt wurde. Dies konnte sich einerseits in ihrem Verhalten, andererseits in kernleistungsnahen Nebenleistungen und / oder in der Kombination beider Elemente materialisieren. Sie bieten (zumeist als Dienstleister) Value Added Services an.

Die Idee zu dieser Arbeit kam – wie von Hans Ulrich gefordert aus der Praxis. Zur Analyse, Bearbeitung und Synthese der Thematik, v.a. aber zur Umsetzung von VAS in der Praxis benötigt man keinen devoten oder allzu servilen Habitus oder Charakter, aber schon eine sehr klare Auffassung, dass Dienstleistung von Dienen kommt. Unterschiedliche Motivatoren kommen dafür in Betracht: Die Aktion als Verpflichtung gegenüber dem Hilfebedürftigen /-suchenden, aus der Verpflichtung dem Arbeitgeber gegenüber resultierend – basierend z.B. auf einer protestantischen Arbeitsethik, aus einer letztendlich monetär und materialistisch orientierten Grundhaltung, nur aus Freude und Spass heraus, oder einer Kombination verschiedener Elemente. Dies veranschaulichten mir zuerst einige Dienstleister in meiner Familie und im Bekannten- / Freundeskreis. Sie haben mir in Ihrem beruflichen Arbeitsalltag gezeigt, dass und wie es möglich ist die Extrameile zu gehen, immer etwas besser zu sein als notwendig. Dass man die Kunden immer wieder positiv überraschen muss um sie zu halten. Sie haben mir aber auch gezeigt, dass dies alles nichts bringt, wenn die Hauptleistung - welchen Charakter diese auch haben mag, nicht stimmt. Sie ist die Grundlage jeglichen Erfolges. Value Added Services haben nur – der Name sagte es bereits – additiven Charakter, sind aber oft matchentscheidend.

Jede Arbeit hat ihre Geschichte resp. Hintergründe, so auch diese. Im vorliegenden Fall ist sie geprägt von meinen verschiedenen beruflichen Stationen und damit drei Personen, welche meine bisherigen beruflichen Lebensabschnitte geprägt haben .

Die erste Anregung bekam ich vom Betreuer und Referenten dieser Arbeit, Herrn Prof. Dr. oec. Bernhard Güntert, MHA; jetzt Leiter des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall bei Innsbruck / Tirol. Er war damals Leiter des FMiG - Forschungsinstituts für

Management im Gesundheitswesen an der Universität St. Gallen (HSG), Schweiz, welches ich später kurze Zeit selbst führen durfte.

Er, selbst ein Ulrich Schüler, war mein akademischer Lehrer in Lehre, Beratung und in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit den Grundlagen und Anwendungen betriebswirtschaftlich orientierte Managementlehre und deren Anwendung auf Organisationen v.a. der stationären Versorgung im Gesundheitswesen, sowie später der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten Disziplinen, Fragestellungen und Zielsetzungen von Public Health. Er war mir Beispiel für added Value, denn er lebte sie täglich im Einsatz für seine Kunden, v.a. für Studierende.

Er konnte aufbauen auf einer Basis die Prof. Dr. med. Horst Baier, ein Schelsky Schüler, für mich an der Universität Konstanz in Sachen Gesundheitssysteme gelegt hatte. Auch dieser hatte immer ein offenes Ohr gegenüber „seinen“ Studierenden und hob sich damit klar von seinen Kollegen ab. Was er genau tat spürte ich, konnte es aber noch nicht in einen analytischen Rahmen einbetten. Diesen fand ich erst bei Prof. Bernhard Güntert.

Prof. Dr. med. Bruno Horisberger schliesslich, einer der Väter der interdisziplinären Forschung im Gesundheitswesen und des Health Technology Assessment in Europa, lehrte mich und sensibilisierte mich für interdisziplinäre Fragestellungen und Methodiken. Auch machte er mir die Grenzen des Dienens und des Dienstverhältnisses klar.

Allen bin ich zu grossem Dank verpflichtet. Nicht versäumen möchte ich, mich bei Prof. Dr. Eugen Hauke für seine Bereitschaft zu bedanken, meine Arbeit als Zweitgutachter zu betreuen.

Auch die Beschäftigung und Diskussion mit Vorgesetzten, Kollegen und Freunden welche Führungspositionen innehaben/innehatten und/oder in ihren Tätigkeiten sehr gute Erfolge vorweisen konnten, gaben mir viele Anregungen und Hinweise mich mit dem Thema: „Was macht Erfolg aus?“ auseinanderzusetzen. Danken will ich auch allen (postgraduierten) Studierenden denen ich während unterschiedlichster Einsätze an den Universitäten Bielefeld, Klagenfurt, St. Gallen oder SDA Bocconi begegnet bin und die mich fachlich und argumentativ in Sachen Management im Gesundheitswesen gefordert haben. Dies gilt ebenso für meine Kollegen an unterschiedlichen Arbeitsorten und in den unterschiedlichsten Fachgesellschaften, v.a. der EHMA, der ISTAHC/HTAi und der EFQM Health Sector Group. Besonders

erwähnten will ich hier die Professoren Paolo Rondo-Brovetto, Rolf Hildebrand, Ulises Ruiz, Jochen Breinlinger – O'Reilly, Ales Bourek, Laszlo Gulacsi und Paul Gemmel, die Drs. Mike Perides, Henry Stahr, Guido Offermanns und Dieter Ahrens und Peter Lorenz.

Herzlichst danken will ich auch meinen Eltern. Sie haben mir nicht nur meine Ausbildung und das Studium ermöglicht sowie mich auf meinen Wegen immer unterstützt, sondern Werte und Wege vermittelt die wesentlich sind für die Grundhaltung auf denen diese Arbeit basiert.

Von ganzem Herzen danke ich meiner über alles geliebten Frau. Sie hat mich nicht nur die lange Zeit der Erarbeitung dieses Werks unterstützt, mir den Rücken freigehalten und auf mich verzichtet, sondern wenn angebracht und nötig, klug und mit Fingerspitzengefühl die erforderlichen Anreize gesetzt. Unser ungeborenes Kind, das sich wider alle Erwartungen doch noch auf den Weg zu uns gemacht hat, gab den letzten notwendigen Motivationsschub diese Arbeit zu finalisieren. Ihnen widme ich diese Arbeit.

Sirnach (TG), Schweiz im Juli 2005

Ulrich Wagner

<u>1</u>	<u>EINFÜHRUNG</u>	<u>1-1</u>
1.1	PROBLEMBESCHREIBUNG	1-1
1.2	ZIELSETZUNG DER ARBEIT	1-12
1.3	ZUR WISSENSCHAFTSTHEORETISCHEN BASIS DIESER ARBEIT	1-15
1.3.1	BEGRIFFE UND DEFINITIONEN	1-17
1.4	ANGEWANDTE FORSCHUNG UND WISSENSCHAFT	1-18
1.4.1	EXKURS IN DEN KONSTRUKTIVISMUS	1-24
1.4.2	EXKURS IN DEN SYSTEMANSATZ	1-26
1.5	GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE RELEVANZ DIESER ARBEIT	1-30
<u>2</u>	<u>AKTUELLE SITUATION IM GESUNDHEITSWESEN</u>	<u>2-35</u>
2.1	UNBEKANNTE QUALITÄT DER LEISTUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN	2-35
2.2	BESTÄNDIGES AUSGABENWACHSTUM IM GESUNDHEITSWESEN	2-38
2.3	ERKLÄRUNGSANSÄTZE FÜR DAS AUSGABEN - WACHSTUM	2-41
2.3.1	NACHFRAGESEITIGE PARAMETER	2-42
2.3.2	ANGEBOTSSEITIGE PARAMETER	2-44
2.4	TRENDS – MARKT UND WETTBEWERB	2-47
<u>3</u>	<u>WETTBEWERB UND SEINE FAKTOREN IM GESUNDHEITSWESEN</u>	<u>3-51</u>
3.1	ARTEN DES WETTBEWERBS IM GESUNDHEITSWESEN	3-51
3.2	STEUERUNGSVERSUCHE DER GEBIETSKÖRPERSCHAFTEN	3-57
3.3	TRENDS IM KONSUMVERHALTEN ALS WETTBEWERBSBEEINFLUSSENDE FAKTOR IM GESUNDHEITSWESEN	3-63
3.4	DAS KRANKENHAUS ALS DIENSTLEISTER IM WETTBEWERB	3-69
3.4.1	FUNKTIONEN DES KRANKENHAUSES	3-70
3.4.2	DEN WANDEL IM KRANKENHAUS BEEINFLUSSENDE SCHLÜSSELFAKTOREN	3-74
3.5	VALUE ADDED SERVICES ALS SCHLÜSSELFAKTOR DES WANDELS UND ALS CHANCE ZUR POSITIONIERUNG IM MARKT	3-78
3.5.1	ANNÄHERUNG AN EINE DEFINITION VON VALUE ADDED SERVICES	3-82
<u>4</u>	<u>QUALITÄT UND VALUE ADDED SERVICES - BEGRIFFSABKLÄRUNGEN UND - DEFINITIONEN</u>	<u>4-86</u>
4.1	DIENSTLEISTUNG	4-87
4.2	GRUNDLAGEN FÜR LOYALITÄT	4-94
4.2.1	QUALITÄT UND ZUFRIEDENHEIT	4-96

4.2.2	ZUFRIEDENHEIT UND QUALITÄT.....	4-104
4.2.2.1	Zum Erwartungsmanagement:	4-106
4.2.2.2	Zum Wahrnehmungsmanagement:	4-107
4.2.2.3	Zum Partizipationsmanagement / Involvement:	4-109
4.3	KUNDENZUFRIEDENHEITSTYPEN UND DEREN STRUKTURELLE DETERMINANTEN	4-114
4.4	Dienstleistungsqualität	4-123
4.4.1	DAS MODELL VON GRÖNROSS (TECHNISCHE UND FUNKTIONALE DIMENSION).....	4-129
4.4.2	DAS MODELL VON DONABEDIAN	4-131
4.4.3	DAS INTERAKTIONSMODELL VON MEYER UND MATTMÜLLER	4-132
4.4.4	DAS MODELL VON PARASURAMAN, ZEITHAML UND BERRY (PZB).....	4-134
4.4.5	DAS MODELL VON KANO.....	4-137
4.4.6	ZUSAMMENFASSUNG DER BEWERTUNG DER VERSCHIEDENEN MODELLE BZGL. SERVICELEISTUNGEN.....	4-142
4.4.7	ABLEITUNG DER KONSEQUENZEN AUF DIENSTLEISTUNGEN UND VALUE ADDED SERVICES ...	4-149
4.5	ENTWICKLUNGSPHASEN UND DEFINITION DES SERVICES	4-151
4.5.1	ZONENORIENTIERTE ABGRENZUNG DES SERVICES VON DIENSTLEISTUNGEN	4-157
4.5.2	SERVICEQUALITÄT UND IHRE WERTIGKEIT (VALUE), DAS “WAS“ UND DAS „WIE“	4-161
4.6	KONZEPT EINES INTEGRIERTEN MANAGEMENT FÜR VALUE ADDED SERVICES	4-169
5	<u>MANAGEMENT DER SERVICE LEISTUNGEN</u>	<u>5-175</u>
5.1	ENTWICKLUNG DES KRANKENHAUSES ZU EINER SERVICEORIENTIERTEN ORGANATION	5-177
5.1.1	INTERNES MARKETINGS ALS CHANGE ANSATZ.....	5-177
5.1.2	BARRIEREN.....	5-182
5.2	NORMATIVES MANAGEMENT VON VALUE ADDED SERVICES	5-185
5.2.1	SERVICEVERFASSUNG, -POLITIK UND –KULTUR	5-185
5.2.2	EXKURS IN DIE PREISPOLITIK VON SERVICELEISTUNGEN.....	5-188
5.2.3	DIE KULTUR EINER ORGANISATION.....	5-196
5.2.3.1	Führungsfunktionen der Kultur einer Organisation	5-198
5.2.3.2	Genese.....	5-198
5.2.3.3	Entwicklung und Veränderung	5-199
5.2.3.4	Elemente der Kultur und ihre Funktion	5-201
5.2.3.5	Dimensionen der Kultur einer Organisation	5-203
5.2.3.6	Die Organisations - Kultur des Krankenhauses / Teilbetriebes	5-203
5.2.3.7	Das „Organisations – Klima“ als Erkenntnisobjekt und Mittel zur Gestaltung	5-204
5.2.3.8	Defizite des Objektes „Organisations- Kultur“ im Hinblick auf deren Messbarkeit und Gestaltbarkeit	5-205

5.2.4	VALUE ADDED SERVICE ORIENTIERTE ORGANISATIONSKULTUR	5-207
5.3	VALUE ADDED SERVICE STRATEGIE UND MANAGEMENT.....	5-208
5.3.1	STRATEGIEN ZUR ERREICHUNG VON WETTBEWERBSVORTEILEN	5-213
5.3.1.1	Der ressourcenorientierte Inside out – Ansatz	5-215
5.3.1.2	Der markt-/bedürfnisorientierte Outside in – Ansatz.....	5-217
5.3.1.2.1	Kostenführerschaft	5-219
5.3.1.2.2	Differenzierung	5-220
5.3.1.2.2.1	Produktführerschaft.....	5-221
5.3.1.2.2.2	Kundenpartnerschaft.....	5-221
5.3.2	STRUKTUREN UND SYSTEME ZUR ETABLIERUNG UND STÜTZUNG VON VAS	5-229
5.3.2.1	Identifikation von potentiellen Servicefeldern und -leistungen	5-234
5.3.2.1.1	Storytelling und Storylistening	5-242
5.3.2.1.2	Sequentielle Ereignismethode.....	5-244
5.3.2.1.3	Critical Incident Methode (positiv).....	5-245
5.3.2.1.4	Beschwerdeanalyse	5-246
5.3.2.2	Serviceorientierte Segmentierung	5-250
5.3.2.3	Serviceorientierte Strukturen	5-252
5.3.2.3.1	Patientencoach für das Patientenbeziehungsmanagement	5-252
5.3.2.3.2	Customer Service Center / Customer Care Center.....	5-254
5.3.2.4	Serviceorientierte Kundenpflege und -bindung / Servicebeispiele.....	5-257
5.3.2.5	Serviceorientiertes Personal Management	5-270
5.3.2.5.1	Anerkennung und Vergütung.....	5-271
5.3.2.5.2	Personalselektion	5-273
5.3.2.6	Serviceorientierte Führung: Empowerment und Teamstrukturen.....	5-278
5.3.2.7	Serviceorientiertes Controlling	5-292
6	<u>ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK MIT EMPFEHLUNGEN.....</u>	<u>6-302</u>
7	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	<u>7-314</u>
8	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>8-366</u>
9	<u>TABELLENVERZEICHNIS.....</u>	<u>9-371</u>
10	<u>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>10-372</u>
11	<u>SUMMARY (ENGL.)</u>	<u>11-376</u>

Kunden und damit auch Patienten, sehnen sich nach Dingen die vertraut sind – oder vertraut erscheinen, die sie dabei aber immer wieder positiv überraschen. Wenn eine Einrichtung des Gesundheitswesens das bieten kann, wird ihr Erfolg beschieden sein.

1 Einführung

1.1 Problembeschreibung

Der erste und zweite Sektor haben sich schon lange vom Anbietermarkt zum Nachfragermarkt gewandelt. Seit einigen Jahren trifft dies auch auf den dritten Sektor¹ zu, auf professionelle Dienstleistungen, wie Bankdienstleistungen, Versicherungen, Unternehmens- und Steuerberatungen oder Wirtschaftsprüfung, immer mehr aber auch auf das Gesundheitswesen. Allerdings ist in vielen Arenen der öffentlichen Hand – und dazu gehört in den deutschsprachigen Ländern das Gesundheitswesen diese Entwicklung sehr spät zum Tragen gekommen, resp. immer noch nicht voll präsent. Dies hat mit der Charakteristik diese „Marktes“ zu tun, einem Markt der unvollkommen erscheint, Gesundheit als meritorisches Gut betrachtet und damit politisch. Ein Markt für oft hochkomplexe Dienstleistungen mit massiven Informationsungleichgewichten, was es erschwert in diesem Markt überhaupt einen Markt zu erkennen. Einen „Markt“ der Organisationen hervorgebracht hat, bzw. geerbt hat, die sich in Struktur und Führung wenig mit Ihrer Umwelt mitentwickelten, in kleinen Teilen sogar zu Beginn des 20. Jahrhunderts stehen blieben. Diese Organisationen des Gesundheitswesens konnten im Schutz der staatlichen Aufsicht, welche laissez-faire gehandhabt wurde und zumeist nur eine versorgungs- und strukturpolitische Komponente beinhaltete, jahrzehntelang ein Eigenleben führen. Gestört wurde dieses nur durch eine Input-Steuerung (vgl. Güntert 1996). Da die trägerseitigen Vorgaben für diese Organisationen präzise und

¹ Meffert u. Bruhn 2000, 9ff weisen auf die im 19. Jahrhundert entstandene Sektoretheorie hin, welche versucht die volkswirtschaftliche Struktur von Ländern in Sektoren abzubilden. In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die gängige sektorale Dreiteilung durch die Ökonomen Fourastiè J., Clark C., und Fischer A. entworfen. Danach beinhaltet der primäre Sektor die Landwirtschaft, der sekundäre die Industrie und das Handwerk und der tertiäre Sektor alle Dienstleistungsbetriebe (vgl. auch Lehman 1993, 4). Gelegentlich wird diese Dreiteilung von Autoren (aber auch von der OECD) um einen vierten Sektor ergänzt. Den Informationssektor (z.B. Rürup u. Sesselmeier 2001, 250 ff.) Abzugrenzen und zu unterscheiden ist dieser Ansatz vom Sektorenansatz nach Etzioni (entwickelt in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts), welcher den ersten Sektor definiert als „Staat“, den zweiten als „Markt“ und den dritten als „NPO resp. NGO“. Dessen Organisationen hätten die Fähigkeit, die Effizienz der Unternehmen des Marktes mit der Gemeinwohl-orientierung des Staates zu verbinden und als private Organisationen im öffentlichen Interesse tätig zu sein (zit. nach Zimmer 2002, 3).

messbar nur in Bezug auf Versorgung waren (komplementär zum Begriff des „features“ in nachfolgender Abbildung), wurden oft auch nur diese Vorgaben erfüllt. Erst mit Reformgesetzen, welche ab ca. 1990 in Kraft traten², gewannen auch die Faktoren „quality“ und „price“ an Bedeutung.

Zeitraum	Wettbewerbs- / Erfolgsfaktoren	
60 iger Jahre	„Manufacturing“	Produkte
70 iger Jahre	„Marketing“	Preis
80 iger Jahre	„Quality“	Qualität
90 iger Jahre	„Customer Service“	Dienstleistung
00 iger Jahre	„Morality ???“	Moral ??? ³
	„Experience ???“	Erlebnis ???
	Deeper Meaning ???	Sinn, Lebenssinn ???
	Value ???	Wert ???

Tabelle 1: Wettbewerbsfaktoren in der Industrie im Zeitablauf (in Anlehnung an Singh, M. 1990, 194 der nur eine retrospektive Analyse der 60iger bis 90iger Jahre vornimmt)

Die Steuerungsinstrumente der Trägerschaften und Aufsichtsorgane erstrecken sich heute auch auf eine Outputsteuerung, resp. in fortgeschrittenen Systemen gar auf eine Outcome – Steuerung⁴. Die genuine Qualität der erbrachten Leistungen wird somit erstmals messbar und als Instrument der Steuerung verfügbar, so wie diese im Sinne des Gesetzgebers vorgesehen ist (verankert z.B. In Deutschland seit 1988 im GRG, in der Schweiz im KVG – wirksam seit 1996, in Österreich im B-KAG seit 1993). Qualität kann somit von den „Leistungseinkäufern“ (im Sinne der NPM Terminologie) und den Aufsichtsbehörden als Markteintritts – und

² Z.B. für Deutschland 1988 das Gesundheitsreformgesetz, 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz, 2000 das Gesetzes zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, 2001 die Gesetze betreffend die Umstellung auf Fallpauschalenfinanzierung im Krankenhaus; z.B. für die Schweiz das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft getreten 1996, sowie die erste KVG Revisionen von 2000 und 2001 und die zweite Teilrevision 2006.

³ Liebl vermittelt einen Anhaltspunkt welche Rolle die Moral als absatzförderndes Instrument spielen kann (Liebl 2000a, 110 f).

⁴ Interessant scheint v.a. der Versuch des Kantons Zürich zu sein, mittels Tracer - Monitoring gesundheitspolitische Schwerpunkte zu setzen und auch die monetären Anteile der öffentlichen Hand an der stationären Versorgung dieses Kantons nach erbrachten resp. zu erbringenden Leistungen zu verteilen (vgl. LORAS – Leistungsorientierte Ressourcenallokation Spital und das Nachfolgeprojekt des Verein OUTCOME, mit den Teilprojekten Outcome 1, Outcome 98, Outcome Weiterentwicklung). Ebenso müssen die herausragenden Arbeiten welche Vahe Kazandjian mit seinem Maryland Indicator Project oder dem International Quality Indicator Project (IQIP) leistet erwähnt werden. Er selbst war Doktorand bei Avedis Donabedian, ist ein sehr guter Photograph, Erzähler, Poet (siehe Kazandjian 2002) und ein wahrer Philanthrop.

Marktaustrittsinstrument eingesetzt werden. Die geforderte Qualität ist daher aus professioneller Perspektive eine „conditio sine qua non“ für die Existenz einer Organisation im Gesundheitswesen⁵. Das gleiche gilt für den Preis bzw. die Kosten (für die gleiche, aber früher einsetzende Entwicklung im Konsum- und Produktmarkt - siehe z.B. Kotler 1994 ff). Mit der Ablösung der lange praktizierten Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze durch Fallpauschalen (gleich welcher Art) sind auch die Preise bzw. Kosten mehr oder weniger „vereinheitlicht“. Ein Ausscheren aus der durchschnittlichen Höhe und Struktur der gewünschten verrechenbaren Einzelleistungen ist, wenn überhaupt nur bei exorbitanter Qualitätssteigerung möglich. Die eigenen Kosten, bzw. das Auskommen mit den marktüblichen Preisen ist bei durchschnittlicher Leistung deshalb ebenfalls zu oben erwähnten „conditio“ zu rechnen. Qualität und Kosteneffizienz erweisen sich somit als notwendige aber mitnichten als hinreichende Voraussetzung für wirtschaftlichen Erfolg.

Wie in den USA der 90er Jahre (z.B. Rayburn / Rayburn 1995, 3) setzen viele Krankenhäuser im deutschsprachigen Raum nun auch auf den Faktor „service“ (Dienstleistung) – wie sie ihn in der Industrie kennen (z.B. Marsh 1999, 14) und in der Literatur beschrieben finden (z.B. Bruhn u. Meffert. 1998, Bruhn 1999, Bruhn u. Stauss 2000, Bruhn 1997, Bruhn u. Stauss 1995, Stauss 1995 etc.). Sie versuchten v.a. Ihre Abläufe patientenfreundlicher zu gestalten und den Komfort ihrer Angebote zu verbessern. Es kann konstatiert werden, dass sich die Organisationen bemühen den neuen Anforderungen einer stärker deregulierten Branche gerecht zu werden, denn austauschbare Leistungen tendieren nicht nur in ihrer Rendite gegen null, sondern sind im allgemeinen nur schwer in einem wettbewerblichen Umfeld positionierbar. Genau so stellt sich aber die Situation im Gesundheitswesen in den deutschsprachigen Ländern dar. Kennzeichen sind hier: Eine hohe Krankenhausdichte, nahezu deckungsgleiche Leistungen bei gleichzeitig unklarer Qualität des Outputs. Der med. / pflegerischen Outcome wird erst seit kurzem in einigen Krankenhäusern tatsächlich gemessen (LORAS in der Schweiz, BQS in Deutschland und einige IQIP nutzende Krankenhäuser in Oesterreich.

⁵ Für potentielle Patienten scheinen Qualitätsdaten – zumindest was die USA betrifft (z.B. der NCQA Quality Compass, der HEDIS und CAHPS Daten enthält) – allerdings recht irrelevant zu sein. Obwohl Qualitätsdaten der einzelnen Leistungserbringer vorhanden sind, orientieren sich Patienten immer noch vornehmlich an Empfehlungen. „They are still happy to use word-of-mouth to select doctors and hospitals. They tend to ignore data on quality (Runy, Towne und Hoppszallern 2003).“ Der mündige und gebildete Patient welcher seit Jahren vorhergesagt wird und beobachtet wird, schlägt sich nicht in den Daten nieder (a.a.O.)

Dabei wurde auch der Marketing- Ansatz, d.h. die Ausrichtung einer Organisation an den Erfordernissen des Marktes, gezielt als Instrument zum Change – Management eingesetzt⁶. Dieser immer noch wenig dokumentierte Organisationsentwicklungsansatz wurde schon 1996 von O'Connell (O'Connell, 1996, 11) beschrieben. V.a. die vierte Wettbewerbs-/ Erfolgsfaktor nach Singh (siehe Tab. 1), der „service“ erscheint m.E. hierfür sehr geeignet zu sein, erfordert er doch neue Strukturen und Prozesse und verändert die Kultur nachhaltig von einem benevolenten Paternalismus (SVR 2001, Ziffer 313 und SVR 1992, Ziff. 363) hin zu einer mehr dienstleistungsorientierten Partnerschaft. Dass diese neue Partnerschaft Veränderungen des Status quo provoziert und generiert ist selbstverständlich. Ein Grossteil der älteren Ärzteschaft ist dieser Entwicklung gegenüber mehr als kritisch eingestellt und so sind denn auch Beiträge wie der von Simon im deutschen Ärzteblatt möglich (Simon, 1999, C - 727), in der sie versucht eine Glosse zum Thema Service und Kundenorientierung im Krankenhaus zu schreiben, aber nicht anders als Polemik und tiefgründige Abneigung gegen jegliche Massnahmen welche die patriarchalische Dominanz des ärztlichen Dienstes schmälern würden, hervorbringt. Weiterblickende und tatsächliche Alternativen zum Status Quo anbietende Wortmeldungen wie die von Baier „Kundenorientierung statt Rationierung“ (1996) sind noch selten zu beobachten.

Die Zahl der Kunden der stationären Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen ist vielfältig (Zuweiser, Trägerschaft, Krankenversicherer, Bevölkerung, Managed Care Organisationen, Lieferanten, in der Prozesskette nachgeordnete Einrichtungen wie Betagtenheime, Pflegeheime oder Rehabilitationseinrichtungen) (vgl. Güntert et al. 1998, 26). Unter diesen externen Kunden nehmen die Patienten eine zentrale Rolle ein, denn Sie bestimmen weitgehend welchem Leistungserbringer sie ihr Vertrauen schenken. Die Entscheidung der Wahl des Leistungserbringers ist grundsätzlich von 2 Faktoren abhängig. Der medizinischen-pflegerischen Qualität als Kernleistung und den dienstleistungsorientierten, bzw. serviceorientierten Faktoren. Zweitere sind alle Kunden aus ihren Erlebnissen mit guten Dienstleistern der

⁶ Interessanterweise korreliert die Marketing – Aktivität der US Krankenhäuser in der Zeit um 1991 – der Zeit des stärksten Niederganges des Krankenhausmarktes (Naidu und Narayana), auch stark mit der Hospital Performance (in diesem Fall gemessen an der Belegungsrate – diese ist in den USA verglichen mit den deutschsprachigen Ländern traditionell eher niedrig). Starke Aktivität bedeutet bis i.d.R. auch hohe Auslastung (a.a.O. 1991, 26)

Konsum- und Produkteindustrie gewohnt ⁷und viele (v.a. wohlhabende Kunden) legen immer mehr Wert auf persönlichen Service bei gleichzeitig hoher Qualität zu einem akzeptablen Preis (z.B. Kotler 1994 ff)⁸. Auch Berwik, Leiter des Institute for Healthcare Improvement in Boston und v.a. mit medizinisch-pflegerischer Qualität befasst, führt aus: "Service is quality," und "It's high time health care paid attention to this. How many patient service horror stories do we need to read in The Wall Street Journal?" (Hudson 1998)

Schenkt man Schreier (1998) Glauben, nimmt bei Patienten die Erinnerungsquote und die Wichtigkeitszuweisung der med. Komponente der DL im Zeitablauf extrem stark ab, während sich die Komponenten der begleitenden oder zusätzlichen Dienstleistungen stabil nach oben entwickeln. Ihnen wird nach erfolgreicher medizinisch-pflegerischer Intervention eine höhere Bedeutung zugemessen (siehe folgende Abbildung). Dies ist nicht verwunderlich – sind doch die Kerndienstleistungen im Gegensatz zu den Value Added Leistungen aufgrund ihrer speziellen Charakteristika viel weniger deutlich greifbar (intangibel) und somit auch weniger klar kommunizierbar. Die hohe Qualität der Kerndienstleistung wird retrospektiv als „selbstverständlich“ erachtet, die „Servicequalität“ hingegen als solche auch langfristig wahrgenommen und entscheidet über den weiteren Bezug von Dienstleistungen aus der Hand dieses Anbieters (Kundenloyalität), sowie über die Weiterempfehlung (word of mouth) dieses Anbieters. Gerade diese Weiterempfehlungen sind im Gesundheitswesen noch von entscheidender Bedeutung, liegen doch objektive Kriterien zu Beurteilung einer Einrichtung in deutschsprachigen Ländern nicht vor. Aus diesem Grunde wird auch im Gesundheitswesen mehr und mehr ein erweiterter Marketing Mix verwendet, der auf diese Leistungen besondere Rücksicht nimmt (Güntert et al. 1998), sich an das allgemeine Dienstleistungsmanagement anlehnt und über sieben – anstatt über die vier klassischen Ps des Marketing Mix verfügt: Product, Price, Place, Promotion (klassisch) und neu für Dienstleistungen zusätzlich: Physical Evidence, Process Design und Personal / Participant. (Magrath 1986 oder auch Collier 1991)

⁷ Siehe z.B. auch die Allianz Versicherung in Deutschland, die seit 2004 eine Police anbietet, die im Schadensfall den Service zur Problembeseitigung und nicht wie sonst üblich post hoc Geld verspricht. (z.B. Martens 2004), aber auch z.B. der ADAC

⁸ Kotler hält auch im deutschsprachigen Raum Seminare (z.B. bei ZfU) zu Stand und Entwicklungen des Konsumverhaltens von Kunden. Hier weist er auch auf folgende Entwicklungen hin: Vom Verkauf zu Animation und Unterhaltung, Steigendes Bedürfnis nach Service, Wichtigkeit der Verkaufsumgebung (servicescape), Produkte und Dienstleistungen werden nachgefragt wenn diese über eine gute Qualität zu einem guten Preis verfügen, sowie zusätzliche Dienstleistungen zur Differenzierung und Kundenbindung, da sich Produkte und Dienstleistungen immer mehr ähneln.

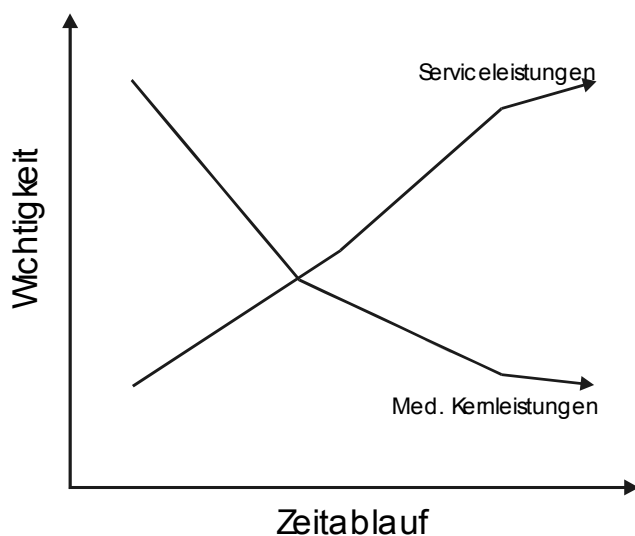


Abbildung 1: Erinnerungsdiskontinuum von Patienten (Quelle: Schreier, 1998)

Auch Thill ist der Meinung, dass die Bedeutung und Intensität des Anspruchs an alle Serviceleistungen mit der Dauer des Aufenthaltes im Spital stark zunimmt. Im Gegensatz zu Schreier beendet er die Betrachtung aber bei Ende des stationären Aufenthaltes und verkennt damit die Bedeutung der Serviceleistungen wie sie Schreier sieht. Schreier, der diese temporäre Einschränkung nicht vornimmt und den Zeitpunkt einer stabilen horizontal verlaufenden Wichtigkeitskurve auch nach der Entlassung zulässt, lässt damit auch der Bedeutung des „word of mouth“ und der Multiplikatorrolle eines ehemaligen Patienten Raum.

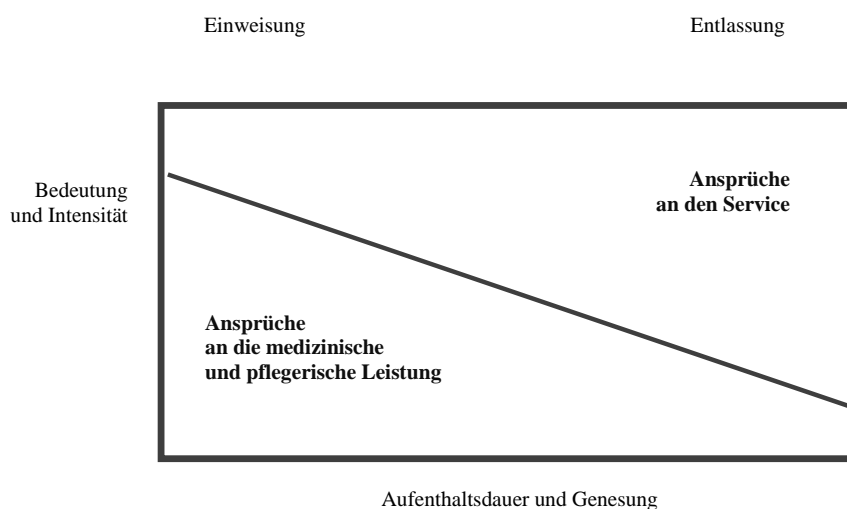


Abbildung 2: Entwicklung der Patientenansprüche im 3-Phasen-Modell (Thill 1996, 180)

Auch in anderen „professional service firms“ wie Banken, Vermögenberatungen, Rechtsanwaltskanzleien ist die professionelle Kernleistung immer weniger eine hinreichende Bedingung für den Erfolg (Roth 2001, 36).

Damit scheint sich im dritten Sektor eine Entwicklung zu vollziehen, die Simon (1991) und Stauss (1993) für die Güterindustrie (zweiter Sektor) nachgewiesen haben. Die Kernleistung ist zwar immer noch primäres Ziel des Absatzes von Unternehmungen, diese kann aber ohne die „begleitenden“ / „unterstützenden“ / „value added“ Dienstleistungen und Services (welche im Idealfall ergänzende Ertragsquellen darstellen) nicht in gewünschtem Ausmass die Aufmerksamkeit potentieller Kunden auf sich ziehen und den Absatzerfolg sicherstellen (vgl. auch o.V. 2001 c)⁹.

Diese Art des „Value Added“ geht über den so genannten Zusatznutzen, welcher mit dem Kauf oder der Konsumtion eines Gutes einhergehen kann, hinaus. Beim Zusatznutzen wird keine zusätzliche Leistung angeboten und erbracht, sondern das Produkt erbringt für den Konsumenten diesen Nutzen selbst. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diesen Umstand:

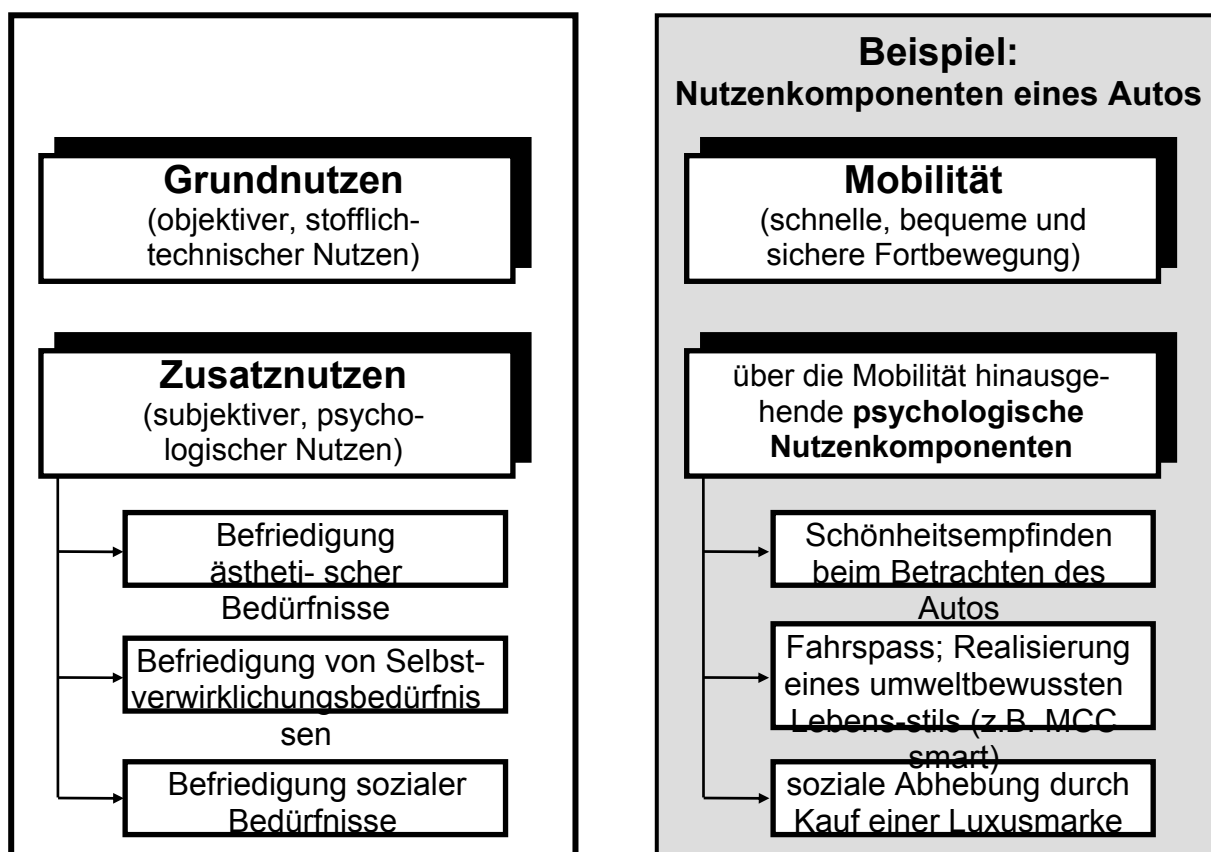


Abbildung 3: Grund- und Zusatznutzen von Produkten (nach Froböse und Kaapke 2003, in Anlehnung an Meffert 2000, 333)

⁹ Siehe auch Garbe 1998, der nicht nur eine Kategorisierung industrieller Dienstleistungen vorlegt, sondern auch deren Einfluss, resp. Einflussfaktoren auf die Geschäftsbeziehungen empirisch nachweist.

Die folgende Abbildung verdeutlicht o.g. Aussage und zeigt das Ausmass der Wichtigkeit von ergänzenden Leistungen für die Profilierung in Märkten mit mehr oder weniger austauschbaren Kernleistungen.¹⁰

Die zunehmende Bedeutung des Service wird von der Industrie erkannt.

Stellenwert von Service und Qualität:

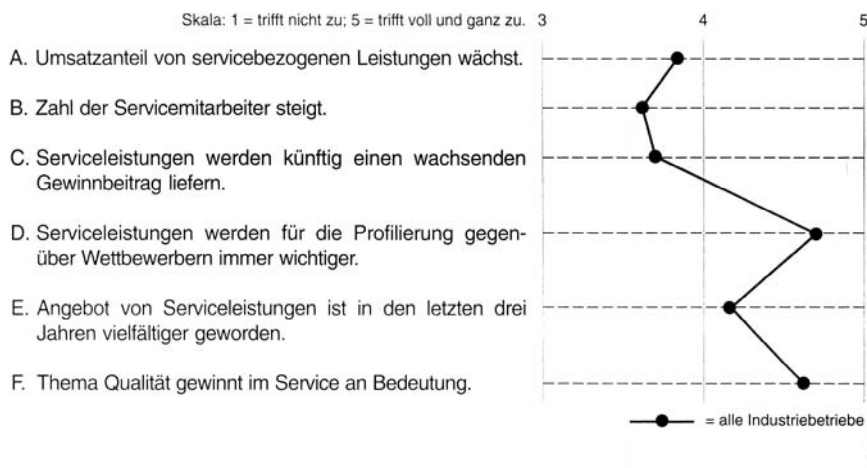


Abbildung 4: Die zunehmende Bedeutung des Service (Stauss, B. 1993, 345)

Eine Studie des ISI – Fraunhoferinstituts aus dem Jahr 2000 bestätigt quasi alle von Stauss getroffenen Aussagen aus dem Jahr 1993 für die Investitionsgüterindustrie. So haben hier Serviceleistungen (B2B) inzwischen knapp 10 % Umsatzanteil erlangt, und Unternehmen mit einer klaren Servicestrategie erzielen zusammen mit denjenigen die auf technische Qualität setzen die höchsten Umsatzrenditen (ca. 6.5 %). Gleichzeitig können servicedominierte Unternehmen (hier zusammen mit Innovations- und Technologietreibern) ihren Mitarbeitern die höchsten Löhne zahlen (Lay et al. 2000, 7). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Vielfalt der eingesetzten produktbegleitenden Dienstleistungen anhand des Beispiels Bundeslandes Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern. Baden-Württemberg ist insofern ein gutes Beispiel, da es eine ähnliche Grösse und Branchenstruktur aufweist wie die Schweiz und Österreich. Weiterhin hat die untersuchte Branche eine weltweit führende Stellung, die sie durch Innovation (wie z.B. produktbegleitende Dienstleistungen) behaupten kann. Stauss nennt diese Leistungen „Angebotsbegleitende Leistungen“ und differenziert sie in

¹⁰ Siehe auch Rapp 1995, der mit seinem PROSAT (Profit through Satisfaction) Modell für die Automobilindustrie nachweist, dass durch diese Leistungen Wettbewerbsvorteile zu erzielen sind und dass Kunden für solche Dienstleistungen in bestimmten Fällen auch bereit sind zu bezahlen.

Nebenserviceleistungen – wie Ersatzteilversorgung- und Zusatzserviceleistungen, welche i.d.R. preissetzungsfrei angeboten werden (Stauss 2001, 432 f).

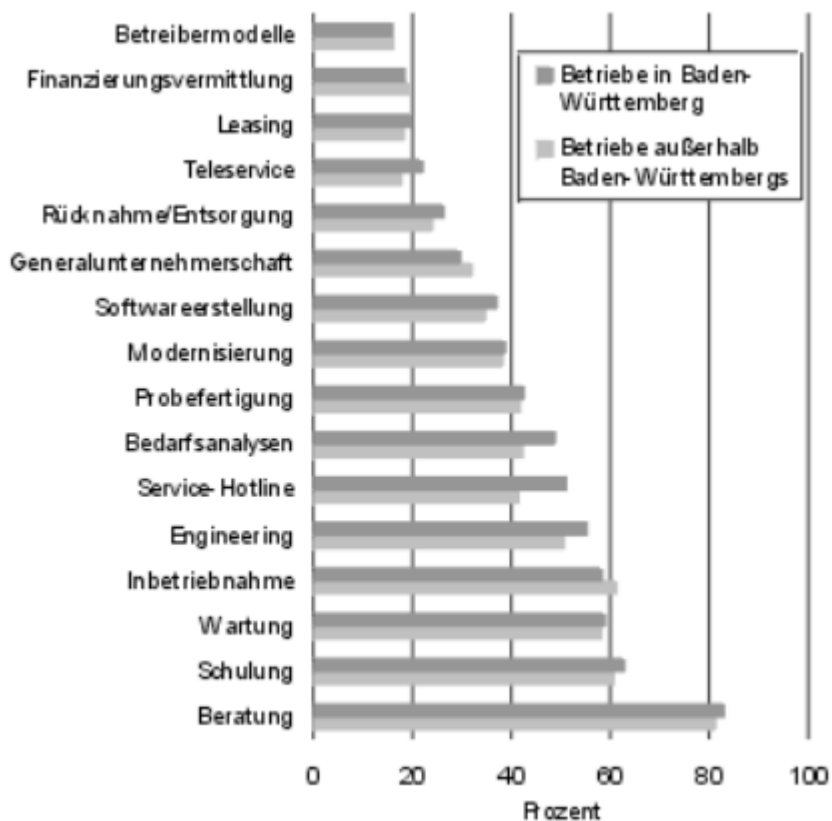


Abbildung 5: Angebot produktbegleitender Dienstleistungen in der Investitionsgüterindustrie nach Dienstleistungsarten (nach Lay et al. 2000, 3)

Damit Serviceleistungen und Kundennähe einen solchen Teil zum Unternehmenserfolg beitragen können, ist es nicht nur notwendig die Thematik an sich aufzugreifen und zu bearbeiten (dies zeigt z.B. Simon 1996, 134 für die „hidden champions“), sondern das Thema professionell und systematisch zu bearbeiten und ganzheitliche Servicesysteme zu implementieren. Für Deutschland z.B. haben Cornetz et al. nachgewiesen, dass der tertiäre Sektor im Verhältnis zu den USA klar „undermanaged“ ist. Für Deutschland sind nach Cornetz et al. (Cornetz et al. 2000, 33) pro 1000 Einwohner 170 Erwerbstätige in indirekten Diensten tätig, in den USA dagegen ca. 270. Hier kann ein Grund für die mangelnde Dienstleistungsorientierung z.B. in den deutschsprachigen Ländern vermutet werden.

Durch die Verschärfung der Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen wird es aber zunehmend wichtiger Kunden – egal welcher Couleur¹¹ – langfristig an sich zu binden um eine maximale Kostenreduktion / Rentabilität zu erzielen. Denn treue Kunden sind nicht nur einfacher zu handhaben, sondern können durch verschiedene Faktoren zu einem höheren Gewinn beitragen (siehe nachfolgende Abbildung).

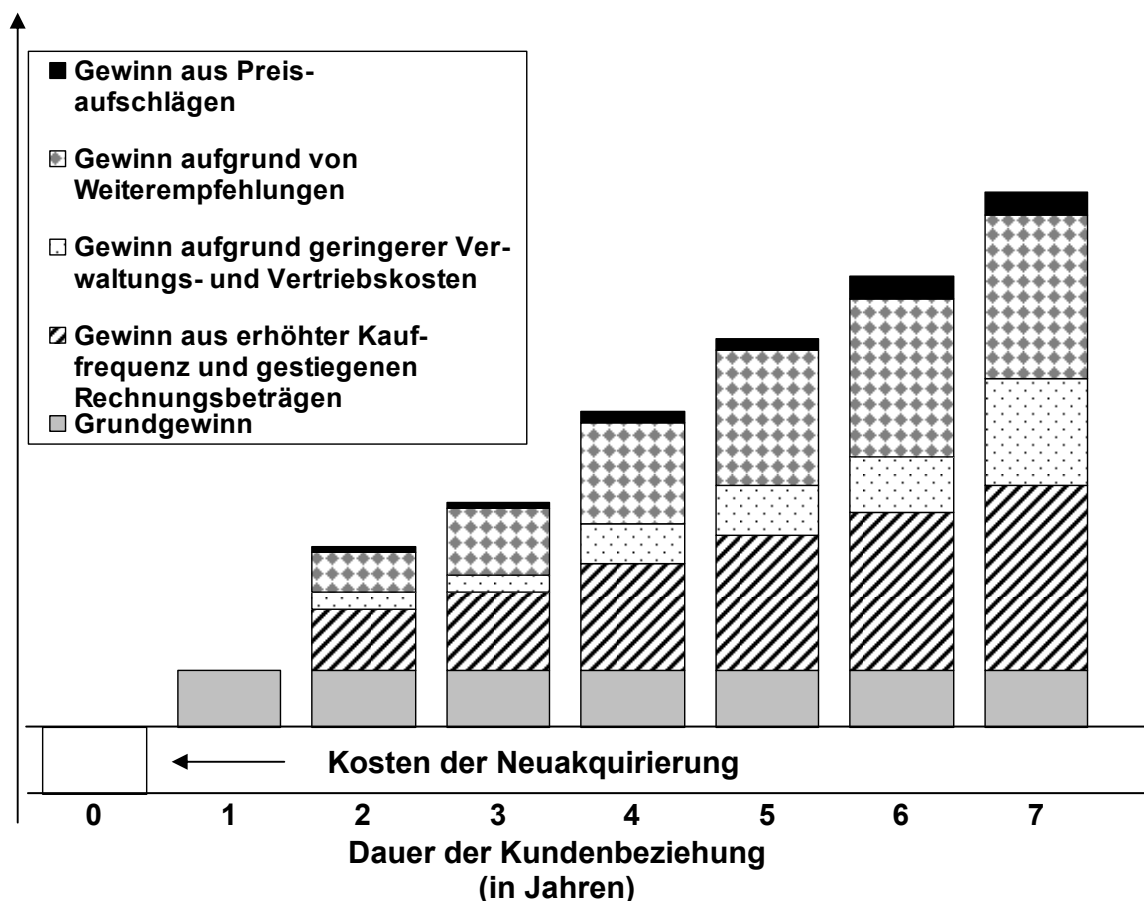


Abbildung 6: Kundenbindung und Rentabilität (Reichheld et al. 1991, 108 ff) Abbildung aus Krämer 1996, S. 24

Insgesamt liegen zur Bedeutung des Erkenntnisobjektes Dienstleistungen und Service im o.g. Sinne (value added) nur wenige wissenschaftlichen Studien vor, welche den dritten Sektor als Objekt zum Gegenstand haben, vor (Ausnahmen bilden z.B. die Subjekte Fluggesellschaften, Banken, aber auch Business Angels in

¹¹ Die Art und Anzahl der Kunden im Gesundheitswesen und somit auch im Krankenhaus ist sehr vielfältig. Je nach Definition können interne und externe Kunden identifiziert werden, denen es Rechnung zu tragen gilt (vgl. z.B. Güntert et al. 1998, 25 ff).

Abgrenzung zu Venture Capital Firmen (z.B. Mugler und Faith 2004 für Business Angels)).¹² .

Für das Krankenhaus und andere Organisationen der stationären Versorgung liegen insgesamt nur wenige allgemeine betriebswirtschaftliche Theorien und Ansätze vor (Offermanns 2005, 372).

So ist es denn nicht verwunderlich, dass das Gesundheitswesen und v.a. Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung betreffend zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Studie existiert, welche erstens einen differenzierten Dienstleistungs- bzw. Servicebegriff nutzt (welcher über reine Komfortleistungen hinausgeht), darauf aufbauend zweitens potentielle Servicefelder bestimmt und drittens Empfehlungen für das Management dieser Dienst- resp. Serviceleistungen aufzeigt¹³. Dies obwohl Richter schon 1997 betont: „Krankenhäuser werden sich in der Zukunft aber gerade in der Bereichen der Service- und Dienstleistungsqualität unterscheiden“ und obwohl nach Ziegenbein (2001, 85) ergänzende Serviceleistungen im Gesundheitswesen „eine wesentliche, wenn nicht die wichtigste Rolle bei der Entscheidung über das Marktpotential“ spielen (wenn sie das medizinische Leistungsspektrum sinnvoll ergänzen).

Dies ist auch weiterhin keine Überraschung, werden doch durch Definition zweier Vordenker im Dienstleistungsmarketing und –management (Bruhn / Meffert 1998c) „in Übereinstimmung mit der anglo-amerikanischen Literatur die Begriffe Dienstleistung und Service(s) als Synonyme verwendet. Diese Begriffsverwendung schliesst damit auch die umfassende, wettbewerbsrelevante Bedeutung von Dienstleistungen ein (Bruhn und Meffert 1998c, 5).“ Dass diese Integration der Begriffe Dienstleistung und Service für das vorliegend zu bearbeitende Thema Servicemanagement für Organisationen der Gesundheitsversorgung im spezifischen

¹² Trivilliterarisch aufbereitet, aber mit durchaus ernstem und glaubhaften Hintergrund haben Kobjoll und Berger (2004) dies für die Hotelbranche vorgenommen, welche Beispielcharakter für die Hotellerie eines Spitals haben kann und wird. Weiterhin kann z.B. die Gastronomie und ihre Entwicklung zur Erlebnisgastronomie, oder die Touristik und ihre Entwicklung hin zu einem Rundumdienstleister (z.B. Lieke 1997, 209) mit sorgen- und niveauloser All-inclusive Angeboten, hierin subsumiert werden. Auch Gross (1998) arbeitet das Thema Servicequalität auf, nimmt zu Beginn sogar eine Differenzierung im Sinne der vorliegenden Arbeit (a.a.O., 42) vor, ist dann aber nicht mehr in der Lage diese Differenzierung über sein Werk hindurch fortzusetzen. Seine Beispiele aus allen möglichen Branchen sind dann i.d.R. herkömmliche (dabei aber gute) Dienstleistungsbeispiele.

¹³ Für den US amerikanischen Gesundheitmarkt ist dieses Thema schon etwas länger von Bedeutung. So findet man z.B. schon 1997 Statements, wie: „Value-added products and services that match consumer demand will be critical market differentiation points for health care organizations“ (Campbell 1997, 14)

Kontext der deutschsprachigen Länder weder zutreffend sondern im Gegenteil hinderlich und irreführend ist, wird nachfolgend gezeigt werden.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es deshalb o.g. Lücken in Definition und Management zu schliessen. Es gilt aufzuzeigen, dass o.g. Sachverhalt auch in der Dienstleistungsbranche, und hier speziell im Gesundheitswesen, welche sich wort- und sinngemäss ja mit Dienstleistungen beschäftigt, Gültigkeit hat. Das Aufmerksam machen auf das Potential dieser Leistungskategorie, welche bisher sehr einseitig interpretiert und dadurch nicht nur unterschätzt, sondern auch wenig systematisch gemanaged wurde, das der Value Added Services ist ein weiteres Ziel.

Einschränkend gilt hierbei aber nach Renn: „In vielen Bereichen des angewandten Wissens gibt es keine gesicherte Wahrheit, sondern nur Wahrscheinlichkeiten, bestehend aus gesicherten Erkenntnissen, begründbaren Hypothesen und intelligenten Spekulationen.“ (Renn, 2002).

Auch in dieser Branche (das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die stationären Leistungserbringer im Besonderen) gibt es Kerndienstleistungen, (ähnlich den Produkten in der Industrie) und Dienstleistungen die nicht in den Kernbereich gehören, sondern „begleitenden“ / „unterstützenden“ / „value added“ / „additive“ Leistungen sind¹⁴. Diese sind nicht zu verwechseln mit „Kernprozessen (medizinisch-pflegerische und Hotellerie - Leistungen) und Sekundär – oder Tertiärprozessen (Führungs- und Supportprozesse) die in Unternehmungen ablaufen, welche klar zu den Kerndienstleistungen zu rechnen sind.

Aus dieser allgemeinen Zielsetzung können die nachfolgenden Forschungsziele formuliert werden, welche die vorliegende Arbeit zu erreichen sucht.

1. Auswahl und Begründung einer die Zielsetzung unterstützenden theoretischen Grundlage der betriebswirtschaftlich orientierten Managementlehre. Diese

¹⁴ Diese Begriffe werden fortan synonym genutzt.

Grundlage soll als forschungspolitischer Rahmen und als Richtschnur dienen (Kap. 1.3 und 1.4).

2. Beschreibung der aktuellen Situation im Gesundheitswesen mit seinen zentralen Merkmalen: Unbekannte Qualität bei gleichzeitig hohen Kosten, resp. hohen Wachstumsraten. Hier wird v.a. auf die deutschen und schweizerischen Verhältnisse rekurriert. Es sollen Erklärungen für diese Entwicklung gefunden werden (Kap. 2 – 2.3).
3. Die Arten des Wettbewerbs, eines derzeit favorisierten Steuerungsinstrumentes im Gesundheitswesen, sollen identifiziert, analysiert und beschrieben werden. Ihre Auswirkungen zusammen mit den wettbewerbsbeeinflussenden konsumentenseitigen Faktoren sollen als Basis für die Herleitung der Anforderungen an Marktteilnehmer dienen. Das Krankenhaus als Erkenntnis- und Beispielobjekt dieser Arbeit für stationäre Leistungserbringer ist Teil dieses Systems. Die Schlüsselfaktoren die speziell auf das Krankenhaus wirken und dessen Wandel erfordern bzw. erzwingen sollten dargestellt werden (Kap. 3 – 3.4).
4. Welche Rolle VAS in diesem Wandel spielen und wie VAS die stationären Leistungsanbieter in diesem Wandel unterstützen können, sowie wie eine erste Annäherung an eine Definition von VAS erfolgen kann, dazu soll ein Beitrag geleistet werden. Dieser soll als Grundlage für die nachfolgende tiefere Betrachtung dienen.
5. Da es für die weitere Entwicklung und das Management von Dienst- und Serviceleistungen essentiell ist zu verstehen was die Hauptleistung eines stationären Leistungserbringers ist und welchen Umfang diese hat, sowie zu erkennen was werterhöhende (Neben-) Leistungen sein können soll das Konstrukt Dienstleistung näher betrachtet und dessen Qualität, welche werterhöhend wirken muss, näher definiert werden. Dazu sollen die relevanten theoretischen Ansätze identifiziert und auf ihre Eignung und Nützlichkeit zur Beschreibung und Verwendung für Value Added Services hin überprüft und analysiert werden (Kap. 4.1 – 4.4.).

6. Aufgrund der nun erarbeiteten Erkenntnisse soll eine Definition für Value Added Services – tatsächlichen Serviceleistungen – für den Dienstleistungsbereich vorgenommen und VAS von Dienstleistungen in unterschiedlichen Dimensionen abgegrenzt werden.
7. Darauf aufbauend soll geklärt werden was tatsächliche Value Added Leistungsqualität im Dienstleistungsbereich sein kann und wie Value definiert werden kann. Aufbauend auf verschiedene Wertmodelle soll dann eine eigene Definition für Wert von VAS vorgenommen werden. Mit diesen beiden Definitionen soll nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Verwissenschaftlichung der Debatte um Haupt-, Neben- und Zusatzleistungen erbracht werden, sondern auch die Grundlage für ein Management von VAS geschaffen werden (Kap. 4.5).
8. Anhand eines geeigneten Managementmodells soll ein Bezugsrahmen zum Management von VAS dargestellt werden. (Kap. 4.6)
9. Auf Basis eines integrierten Service Management Konzepts sollen dann die beiden Dimensionen des normativen und strategischen VAS Managements weiter ausdifferenziert werden. Dies soll wenn möglich direkt geschehen, wo dies aber nicht möglich ist, unter Zuhilfenahme einer Abgrenzung zur normalen Dienstleistung. Es soll also ein Beitrag zur notwendigen wissenschaftlich fundierten Handlungsanweisung für das Management von Value Added Services geleistet werden. Der Bereitstellung von Ansätzen und Herangehensweisen für die Umsetzung und Implementierung von Value Added Service und deren Management in die Unternehmenspraxis von Organisationen der stationären Versorgung soll hier ein Hauptaugenmerk gelten.

1.3 Zur wissenschaftstheoretischen Basis dieser Arbeit

Diese Arbeit verfolgt also streng genommen zweierlei Ziele. Ein erstes eher wissenschaftstheoretisches Ziel, in dem Begriffe und Definitionen für einen Teil der Dienstleistungsbranche greifbar gemacht werden, der bisher nur für die Güterindustrie Gültigkeit hat, wobei der Ansatz Organisationen des Gesundheitswesens (speziell Krankenhäuser) auszuwählen schon hier auf eine praktische Ausrichtung hindeutet. Die komplexen Sachverhalte und interdependenten Aspekte werden dabei ganzheitlich und systemorientiert betrachtet.

Zweitens das sehr praktische Ziel der Anwendung auf Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Es sollen ein situationsgerechtes Modell, Methoden und Handlungsweisen als „technologische Gestaltungsempfehlungen“ (Hill, Fehlbaum, Ulrich, 1974, 34 ff oder Ulrich 2001, 117) erarbeitet werden, die es erlauben, den zweckorientierten, sozialen Systemen welche als Untersuchungsobjekt dienen (im vorliegenden Fall Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) bei der Erreichung ihrer Ziele dienlich zu sein und diese bei der erfolgreichen Bewältigung konkreter Probleme zu unterstützen.

Deshalb muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei um den Versuch handelt, ein in der Güterindustrie zwar häufig erfolgreich praktiziertes, in der Literatur aber erst neuerdings aufgegriffenes und somit erst rudimentär aufgearbeitetes Konzept (das der Service-/ Dienstleistungen) (z.B. Garbe, 1998) auf einen Teil der Dienstleistungsbranche zu übertragen, ohne dass diese Resultate und Folgerungen auf die Erfahrungen von Implementationen in der Praxis abgestützt werden können (= Deduktion) (vgl. z.B. Charreire und Durieux 2001, 52 ff).

Diese an sich ungünstige Ausgangssituation soll durch das Aufzeigen von Servicebeispielen aus der Praxis, welche aber nur Teilaspekte aufgreifen und bisher wenig systematisch und v.a. wenig integriert anzutreffen sind, zumindest in Teilen behoben werden (= Induktion) (vgl. z.B. Bortz und Döring, 1995, 29 f oder Mbengue und Vandangeon-Derumez 2001, 274 f). Diese Servicebeispiele werden- wo möglich - durch Beobachtung, sowie Deskresearch, andererseits durch Interviews erhoben¹⁵

¹⁵ Zur Methodik von Interviews siehe z.B. Bortz und Döring 1995, Bowling 1997, oder Konrad 1999

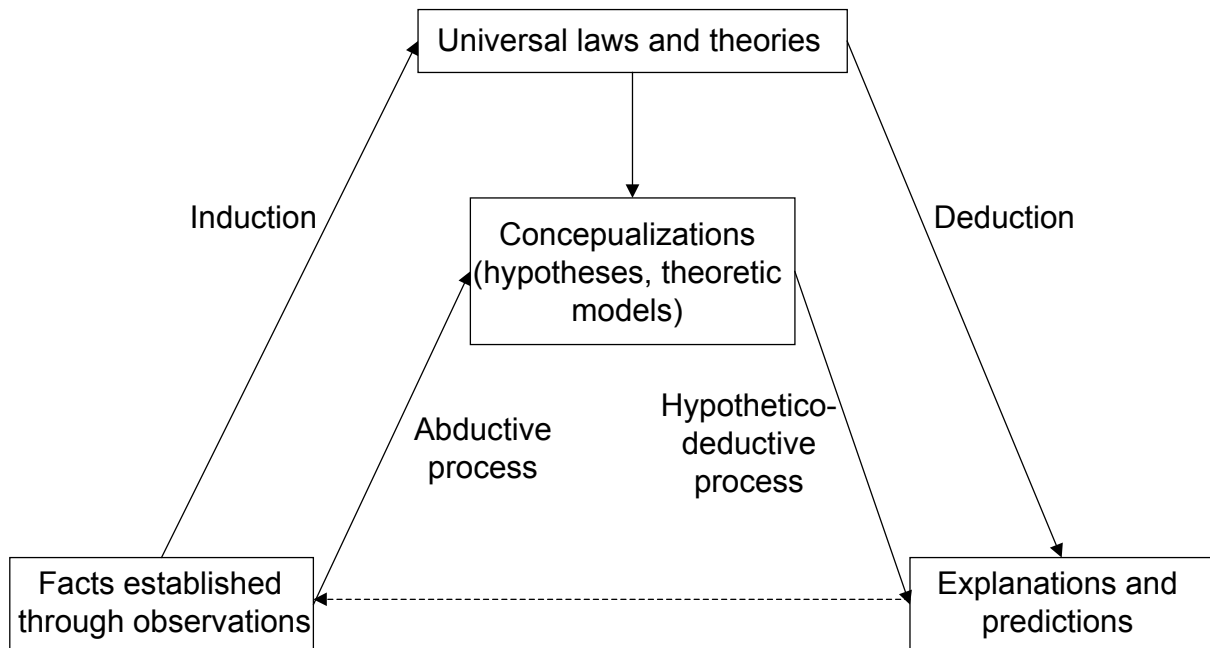


Abbildung 7: Logical processes and scientific knowledge (auf Grundlage von Chalmers 1976, zit. nach Charriere et al. 2001, 55)

In der vorliegenden Arbeit werden deduktiver bzw. hypothetisch-deduktiver Prozess und induktiver bzw. abduktiver¹⁶ Prozess in einem einmalig durchlaufenen Kreislauf miteinander verbunden (in obenstehender Graphik mittels einem unterbrochenen Pfeil, welcher bei Charriere et al. nicht zu finden ist).

Dieses Vorgehen steht damit zwar nicht im Gegensatz zum Vorgehen bei der „grounded theory“ in der „one does not begin with a theory, then prove it“ (Strauss und Corbin 1991, 23 ff oder Glaser und Strauss 1967, 1979, 1998), es bildet das Vorgehen der grounded theory aber auch nicht eins zu eins ab, denn es bricht nach einer rudimentären Induktion ab. Die im heuristischen Modell des Forschungsprozesses eng miteinander verknüpften Phasen der Theoriebildung – und Überprüfung werden nicht beständig weiterentwickelt.

Der idealtypische Prozess kann folgender Abbildung entnommen werden:

¹⁶ Charriere et al. differenzieren hier wie folgt: „Thus induction is a logical inference which confers on a discovery an a priori constancy (that is, gives it a status of law), whereas abduction confers on it an explanatory status which then needs to be tested further if it is to be tightend into a rule or a law.“

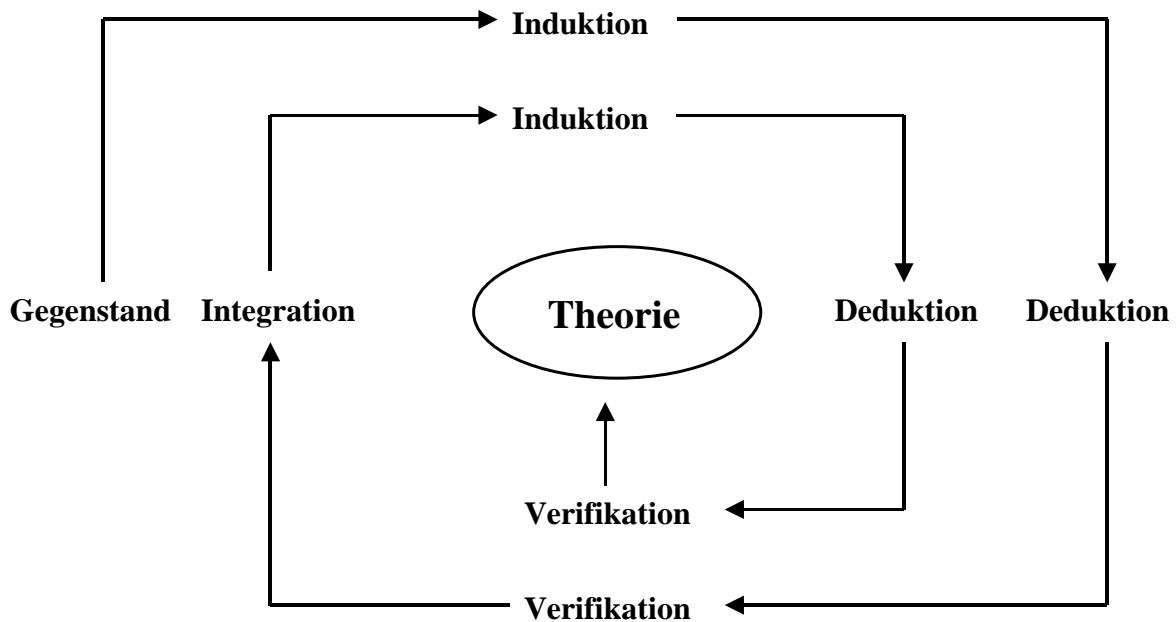


Abbildung 8: Heuristisches Modell des Forschungsprozesses nach Konrad 1999, 10

1.3.1 Begriffe und Definitionen

Die Existenz von Begriffen ist eine der wesentlichen Voraussetzungen um Aussagen über die Realität machen zu können und somit auch für den Erkenntnisfortschritt. Erst durch das Bilden von Begriffen kann eine Darstellung von Sachverhalten aus der Realität erfolgen. Begriffe verknüpfen reale Tatbestände, aber auch Phänomene mit einem sprachlichen Ausdruck, dem Terminus (Raffèe 1974, 26). Nach Kraft (1960, 47) erfordert wissenschaftliches Arbeiten deshalb die Exaktheit der Begriffe. Daraus kann geschlossen werden, dass die Konzeption der Terminologie der Theoriebildung voranschreiten muss (Chmielewicz, 1979). Ein Begriff wird nach Raffèe (1974, 27) durch eine Definition gebildet, „die ihn als Definiendum mit einer Erklärung identischer Bedeutung (Definiens) gleichsetzt“. Dazu fordert Leinfeller (1970, 589) aber auch Opp (1970, 73) dass das Definiens aus Termini bekannter Bedeutung bestehen muss. Damit gehört der neu definierte Begriff stets einem Begriffssystem (Terminologie) an und muss auch in dessen Beziehungszusammenhang verstanden werden.

Die vorliegenden Bemühungen, den Begriff des Service (für Organisationen der Gesundheitsversorgung) und dessen Management aus dem betriebswirtschaftlichen Qualitäts- und Dienstleistungsmanagement abzuleiten, basieren auf der Sichtung

und Auswertung der massgeblichen Literatur, welche ihrerseits nicht branchenspezifisch ist.

Nach Deskription und Analyse der Termini und Theorien der relevanten Begriffssysteme, wird in der Synthese dem Terminus „Value Added Service“ (für Organisationen der Gesundheitsversorgung) eine geeignete Bedeutung zugewiesen. Obschon aufgrund dieser Vorgehensweise eine Definition gefunden werden soll, die bestehende Vorstellungen des Qualitäts- und Dienstleistungsmanagements ausdrückt, bleibt sie eine Nominaldefinition und ist als solche nicht an der Realität falsifizierbar (Kraft 1960, 122). Sie muss nach Ulrich (siehe unten) an ihrer Zweckmässigkeit beurteilt werden (Ulrich 1981, 11).

1.4 Angewandte Forschung und Wissenschaft

Da es nicht das Ziel dieser Arbeit sein soll eine komplette betriebswirtschaftliche Theorie für Organisationen des Gesundheitswesens in einem sich entwickelnden Markt zu erarbeiten, sondern nach Kirsch (1976, 10 ff.) aus dem Anwendungsbereich der Betriebswirtschaftslehre, eine paradigmatische Beispielmeng – eine Organisation näher zu betrachten, kann es an dieser Stelle von Nutzen sein, die Begrifflichkeiten der angewandten – oder anwendungsorientierten Wissenschaft zu klären. Dabei soll v.a. auf die Arbeiten von Ulrich (1982, 1 ff oder Ulrich 2001, 169 ff) abgestützt werden.

Ulrich versteht anwendungsorientierte Wissenschaft als Tätigkeit, die darauf ausgerichtet ist, mit Hilfe der Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaft, Regeln, Modelle und Verfahren für praktisches Handeln zu entwickeln (vgl. z.B. auch Patton 1990, 153 f oder auch Booth / Colomb / Williams 1995, 49). Für ein Handeln, welches als wissenschaftsgeleitete Praxis bezeichnet werden kann (Ulrich 2001, 59). Dies bedeutet nicht, dass eine angewandte Wissenschaft nur ein Derivat der Grundlagenwissenschaften ist, vielmehr kann von einer eigenständigen Wissenschaft gesprochen werden, welche nicht dem positivistischen, sondern dem hermeneutischen Wissenschaftsparadigma zuzuordnen ist (vgl. auch Gummesson 2000, 177 ff). Ulrich sieht im Entstehungs-, Begründungs- und Anwendungszusammenhang wesentliche Unterschiede dieser beiden Wissenschaftszweige (1982, 3 ff., oder 1981, 8 f, oder 2001, 59 f):

- a) Die Probleme der Grundlagenforschung betreffen die Frage nach der Gültigkeit und der Erklärungskraft von Entwürfen und allgemeinen Hypothesen, welche durch die Wissenschaft selbst generiert werden. Die Probleme der angewandten Wissenschaft und Forschung hingegen entstammen der Praxis. Nicht die Überprüfung einer Hypothese oder eine Theorie steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern die Anwendbarkeit von Regeln und Modellen für das wissenschaftsgeleitete Verhalten der Praxis (Zweckmässigkeit).
- b) Die empirische Grundlagenforschung versucht eine bestehende Wirklichkeit zu erfassen und mit Hilfe von allgemeinen Theorien zu erklären, während die angewandte Forschung auf den Entwurf einer „neuen Wirklichkeit“ abzielt.
- c) Trennbar psychologische oder physikalische, also einzelwissenschaftliche Probleme gibt es nur in der Grundlagenforschung, wohingegen Probleme des handelnden Menschen immer vielschichtig sind und damit die angewandte Forschung immer interdisziplinär.

Somit ist denn auch das Wertfreiheitspostulat, welches ein wesentliches Merkmal der Grundlagenforschung ist, bzw. sein sollte, für die angewandten Wissenschaften nicht haltbar. Die Nutzenkriterien, welche der angewandten Forschung zugrunde liegen, stellen Werturteile dar, die der Forscher ständig abgibt und einsetzt.

Nach Ulrich sind die angewandten Wissenschaften bei Ihrer Entwicklung von Gestaltungsmodellen nicht auf die Hilfe des Einsatzes nomologischer Hypothesen angewiesen (1981, 15 ff). Die Relativierung der wissenschaftstheoretischen Grundpositionen des kritischen Rationalismus¹⁷ für den Einsatz in den angewandten Sozialwissenschaften durch Ulrichs grundsätzliche Orientierung an der Systemtheorie und seine fundamentalen Aussagen zur Komplexität sozialer Systeme sind für den Aufbau und den Ablauf dieser Arbeit grundlegend. Denn aufbauend auf dieser Kritik, welche durch die Aussagen des Konstruktivismus¹⁸ gestützt werden (z.B. Watzlawick 1987, 16 ff), entwickelte Ulrich einen Forschungsablauf für die angewandten Wissenschaften, an welchem sich diese Arbeit orientiert.

¹⁷ Ulrichs Kritik an Poppers kritischem Rationalismus kann gefunden werden unter Ulrich 1981, 17 ff, Ulrich, Hill, 1976, 346 ff

¹⁸ Die grundlegende Kritik des Konstruktivismus am kritischen Rationalismus Popperscher Prägung ist die Infragestellung der objektiven Darstellbarkeit der Realität, welche eine unabdingbare Voraussetzung für die wissenschaftliche Arbeit im popperschen Sinn darstellt.

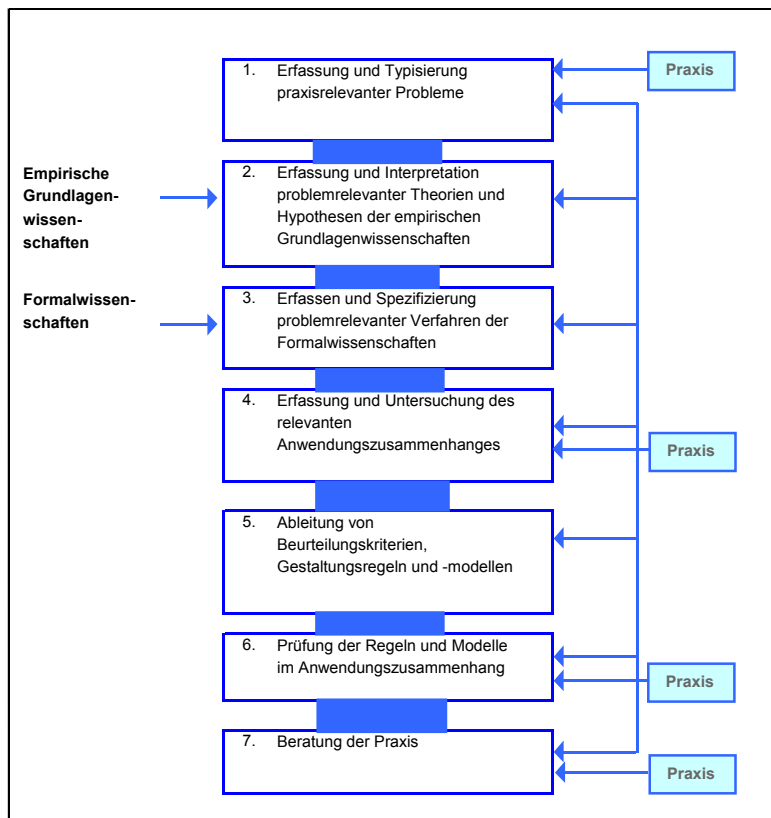


Abbildung 9: Der Forschungsprozess angewandter Forschung (nach Ulrich 1981, 20, oder Ulrich 2001, 195)

Die von Ulrich und Fluri (1984, 194) geäußerte Kritik am Wissenschaftsparadigma des kritischen Rationalismus bzw. Positivismus, mit seiner Überbetonung der Empirie, welche zu einer „emsigen aber teilweisen konzeptlosen Faktenhuberei“ führt, kann für die angewandte Wissenschaft nicht gelten¹⁹. Dennoch ist auch diese auf Empirie angewiesen. Dies allerdings zum Zwecke der Erfassung der typischen Probleme der Praxis und der Überprüfung der Übertragbarkeit der Gestaltungsmodelle im Anwendungszusammenhang. Dabei soll der Forscher nach Ulrich idealtypischerweise kontinuierlich in die Problemlösungsprozesse der Praxis involviert sein und diese erleben.

Ulrich's Paradigma könnte damit grundsätzlich auch der „professionalising action research“²⁰ zugeschrieben werden, welche das Ziel verfolgt den Professionals zu ermöglichen Ihre Praxis zu reflektieren und zu optimieren (z.B. Hard und Bond 1995,

¹⁹ Vgl. auch Alvesson und Deetz 2000, 49 – 111 zu deren Kritik am Paradigma des kritischen Rationalismus, und ihre Empfehlungen zum „critical research framework for management“ 139 – 210. Auch Breinlinger (1991, 55 ff) gibt einen guten Überblick zur Kritik an diesem Paradigma.

²⁰ Action research.....“is now identified with research in which the researcher work explicitly with and for people rather than undertake research on them.“ (Meyer 2000, 59)

zit. nach Meyer 2000, S. 65 ff). Einige Autoren versuchen herauszuarbeiten, dass die „action research“ ein eigenständiges Forschungsparadigma sei, weil es verschiedene Methoden gäbe, welche nicht unter die beiden ersteren einzuordnen sind (Easterby-Smith et al. 2002, 10). Andere Autoren differenzieren ein weiteres Paradigma, den „Interpretativismus“, der zwischen Positivismus und Konstruktivismus anzusiedeln ist, jedoch nicht mit „action research“ in Verbindung gebracht wird (z.B. Allard-Poesi und Marèchal 2001, 36). Auf diesem Interpretativismus scheint auch das Paradigma Ulrichs aufzubauen.

Es stellt sich nach Easterby-Smith, Thorpe und Lowe deshalb für den Forscher die grundsätzliche Frage nach der Ausrichtung und dem Design eines Forschungsprojektes aufgrund der zwei o.g. Wissenschaftsparadigmen. Nach diesen Autoren sind v.a. die ersten 5 in Abb. 9 genannten Punkte signifikant unterschiedlich und verdeutlichen die Dichotomie dieser beider Ansätze (Easterby-Smith et al. 2002, 43 ff). Der 6. Punkt stammt aus dem positivistischen Wissenschaftsparadigma, hat aber für beide Ansätze Relevanz. Falsifikation und Verifikation können im Positivismus beide eingesetzt werden. Beim konstruktivistischen Ansatz wird v.a. mit der Verifikation gearbeitet, aber gerade die Falsifikation würde es sowohl dem Forscher als auch dem Manager erlauben zwar den eigenen Standpunkt und Erfahrung wahrzunehmen, diesen aber gleichzeitig kritisch zu überprüfen um nicht von der eigenen Perspektive und Erfahrung überwältigt und hingerissen zu werden (Easterby-Smith et al. 2002, 52, oder auch Alvesson et al. 2000). Der Einsatz der Falsifikation als Methode im Konstruktivismus trüge so zum Schliessen der Lernschleife des Forschers und des Manager bei.

Positivism		Constructivism
Researcher is independent	vs	Researcher is involved
Large samples	vs	Small numbers
Testing theories	vs	Generating theories
Experimental design	vs	Fieldwork methods
Universal theory	vs	Local knowledge
Falsification	vs	Verification

Tabelle 2: Key choices of research design (Easterby -Smith 2002, 43)

Easterby - Smith et al. (a.a.O.) empfehlen für die Forschung mit dem Objekt „Management“ klar die konstruktivistischen Methoden und das Paradigma der angewandten Wissenschaft. Der Autor der vorliegenden Arbeit wird dieser Argumentation auch folgen.

Die nachfolgende Abbildung soll die unterschiedlichen Ausrichtungen der Wissenschaftsparadigmen nochmals verdeutlichen und lässt so die Argumentation Easterby - Smith et al. (a.a.O.) und die Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit besser nachvollziehen.

Epistemological Question	Paradigms		
	Positivism	Interpretativism	Constructivism
Status of Knowledge	Ontological hypothesis: The knowledge object has its own essence Independence of subject and object	Phenomenological hypothesis: The essence of the object ist multiple (interpretativism), cannot be attained (moderate constructivism) or does not exist (radical constructivism) Dependence of subject and object (interaction)	
Nature of <reality>	Determinist hypothesis: The world is made up of necessities	Intentionalist hypothesis: The world is made up of possibilities	
Nature of research problem	Examination of the facts	Development of an inside understanding of a phenomenon	Development of a knowledge project

How is knowledge generated ?	Discovery The research question is formulated in terms of <for what reasons ...> Privileged status of explanation	Interpretation The research question is formulated in terms of <what motivates actors to ...> Privileged status of understanding	Construction The research question is formulated in terms of <to what ends does ...> Privileged status of construction
Origin of knowledge	Observation of <reality>	Empathy	Construction
What is the value of knowledge (validity criteria) ?	Degree of confirmation Refutability Logical consistency	Credibility Transferability Dependability Confirmability	Adequacy <Teachability>
Validity of knowledge	Consistency with facts	Consistency with experience	Usefulness / suitability in relation to a project

Tabelle 3: Epistemologische Positionen der 3 wichtigsten Paradigmen (in Anlehnung an Girod-Sèveille / Perret 2001, 15 und Allard-Poesi / Maréchal 2001, 36)

Im Vordergrund stehen zusammengefasst nach Ulrich die Suche, das Verständnis und die Beschreibung der Praxisprobleme, sowie der Erklärungsversuch der Problemursachen um anschliessend Empfehlungen für zukünftiges Handeln abgeben zu können. Auf Grundlage bestehender wissenschaftlicher Theorien sollen Modelle, sowie Handlungsanweisungen abgeleitet werden, um so wissenschaftlich fundiertem Handeln in Unternehmensalltag den Weg zu ebnet und zu ermöglichen.

1.4.1 Exkurs in den Konstruktivismus

Dem Fundament des kritischen Rationalismus nach Popper (Popper 1972, 109), der Existenz einer Wirklichkeit unabhängig von der Wahrnehmung eines Beobachters, muss mit den Thesen des Konstruktivismus gekontert werden.²¹ Die Kernhypothese des Konstruktivismus kann mit Watzlawick (1987, 16) sehr pointiert formuliert werden: „Wie wirklich ist die Wirklichkeit?“ – „Nicht sehr.“ Basis für diese Aussage bilden die grundlegenden Zweifel des Konstruktivismus an der objektiven Darstellungsmöglichkeit der Realität. Diese Zweifel entspringen den Erkenntnissen der Psychologie und der Neurobiologie. Alle Informationen die ein Mensch Sekunde für Sekunde aufnimmt, werden im Hirn erst selektiert und dann zu einem Bild der Umwelt verarbeitet. Die Umwelt, die der Mensch wahrnimmt, ist damit seine eigene Erfindung. Watzlawick identifiziert zwei Sinnebenen des Begriffs Wirklichkeit. Eine objektive, (natur-) wissenschaftlich belegbare (Wirklichkeit erster Ordnung), welche naturwissenschaftlich nachmessbar ist. Sowie eine Wirklichkeit zweiter Ordnung, welche entsteht, indem einem Objekt vom Betrachter eine bestimmte Bedeutung zugemessen erhält (Watzlawick, 1987, 7 ff oder auch 1988, 105 ff). Ein sehr bekanntes Beispiel zu diesen beiden Ordnungen von Wirklichkeit bietet das zu 50 % gefüllte Glas (Wirklichkeit erster Ordnung), welches halbvoll – oder eben halbleer ist (Wirklichkeit zweiter Ordnung). Er geht auch davon aus, dass die Mehrheit der Entscheidungen eines Menschen auf kommunizierter Information beruhen, einem Bestandteil der Wirklichkeit zweiter Ordnung. Watzlawicks bekannte Kommunikations – Axiome verdeutlichen dies. Nach diesen Axiomen besteht Kommunikation nur zum Teil aus nachvollziehbaren und damit objektiven Inhalten (= Wirklichkeit erster Ordnung). Mimik, Gestik, Diktion, Betonung, Präsentation, Einbettung werden mit den Inhalten zusammen wahrgenommen und konstruieren die Wirklichkeit, die auch vom Empfänger selbst (durch dessen Zustand, Empfindungen etc.) beeinflusst wird. Diese neurobiologischen und psychologischen Überlegungen haben dazu geführt, erstens das Vorhandensein von endgültiger Wirklichkeit und Wahrheit und zweitens die Suche danach zu negieren (vgl. Watzlawick, 1988, 105; oder Glasersfeld 1987, 99 ff).

²¹ Der Konstruktivismus ist eines der Basisparadigmen der „qualitativen Forschungsmethoden“ (vgl. z.B. Pope und Mays, 2000, 2 ff), welche für die Forschung im Gesundheitswesen geeignet und notwendig sind.

Auch Luhmann (z.B. 1984, 288 ff oder 1990, 509 f) kann zur Unterstützung der Relativität von Wirklichkeit herangezogen werden. So schreibt er, dass: „...das, was wir Erkenntnis nennen, ist ein Produkt des Kommunikationssystems Gesellschaft, an dem Bewusstsein zwar jeweils aktuell, aber immer nur in minimalen Bruchteilen teil hat.“ Mit der Einarbeitung konstruktivistischer Ideen in die Soziologie und die Theorie sozialer Systeme, bricht er die Isolation individueller Konstruktion auf und bettet sie in die gesellschaftlichen Konstruktion ein. Soziale Systeme sind gekennzeichnet durch Sinn Grenzen, durch die sie sich von ihrer Umwelt abgrenzen. Diese Sinn Grenze sozialer Systeme ist eine „Konstruktionsleistung“ die durch beobachten und unterscheiden definiert wird. Beobachtung und Unterscheidung unterscheidet die Welt in Sein und Nichtsein. Diese Konstruktion der Wirklichkeit vollzieht sich gemäss Luhmann durch Kommunikation und Interpretation in einer Interaktion zwischen dem individuellen kognitiven System und dem sozialen System.

Der Konstruktivismus hat für diese Arbeit Bedeutung in mehrfacher Hinsicht.

Idealtypisch sollte aus wissenschaftstheoretischer Perspektive die Subjektivität der Wahrnehmung überwunden werden. Da aber auch der Forscher Beobachtungen vor dem Hintergrund von bewährten Interpretationsmustern deutet, fließen quasi „automatisch“ Werturteile in den Forschungsprozess mit ein. Deshalb ist es notwendig, die Werturteile sowie die „Konstruktion der Ansätze“ offenzulegen um die Ergebnisse nachvollziehbar zu erhalten.

Der Konstruktivismus hat aber auch einen Einfluss auf die Inhalte dieses Werkes. Die von Watzlawick postulierte Übertragung der konstruktivistischen Haltung in den Alltag verdeutlicht, dass sowohl bei der Bewertung des Zustandes der Umwelt von Organisationen des Gesundheitswesens, bei der Bewertung dieser Organisationen an sich, als auch bei der Ausarbeitung der Empfehlungen „konstruiert“ wird. Dies bedeutet, dass solange nicht explizit auf eindeutig messbare Wirklichkeiten erster Ordnung Bezug genommen werden kann und wird, keine objektiv richtige Bewertung und Empfehlung abgegeben werden kann. In Erkenntnis dessen, sind die Vorgehensweisen für das „Service – Management für Organisationen des Gesundheitswesens“ so zu gestalten, dass sie den Nützlichkeitskriterien, welche die anwendungsorientierte Forschung propagiert, Genüge tut. Das bedeutet für die

vorliegende Arbeit, dass sie sowohl für die Weiterentwicklung der Organisationen im System, als auch für deren Bestehen im Markt einen Beitrag leistet.

Weiterhin kann eine Arbeit, welche sich mit Organisationen des Gesundheitswesens beschäftigt die Theorien Luhmanns zu sozialen Systemen nicht ignorieren. Deshalb erfolgt im Anschluss ein Exkurs in die Systemtheorie. Auf Luhmanns Theorien soll nicht explizit eingegangen werden, sie bleiben jedoch von grundlegender Bedeutung. Vielmehr soll auf den betriebswirtschaftlich systemtheoretischen Ansatz der St. Galler Management Schule nach Hans Ulrich Bezug genommen werden.

1.4.2 Exkurs in den Systemansatz

Ulrichs Ausführungen zu den wissenschaftstheoretischen Grundlagen der BWL ab Beginn der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts begründen den systemtheoretischen Ansatz der BWL und ebenfalls ein neues Paradigma. Ein Paradigma hat in der Wissenschaft die Funktion, Ziele, Methoden und Charakteristika der angestrebten Ergebnisse normativ festzulegen. Ein Paradigma stellt seiner wissenschaftlichen Disziplin somit ein zentrales Grundmodell – eine Art Supertheorie zur Verfügung. Der Systemansatz in der BWL wurde seither beständig weiterentwickelt (z.B. Bleicher, 1992, Rüegg-Strümm 2003) und hat sich sowohl in der Theorie als auch in der Praxis als geeignet erwiesen den Umgang mit der zunehmenden Komplexität praktischer Problemstellungen zu erleichtern (z.B. Bleicher 1992, 31 ff)

Mit dem Systemansatz soll nach Ulrich die Begrenzung der BWL auf rein wirtschaftliche Fragestellungen überwunden werden. Gegenstand der betriebswirtschaftsorientierten Managementlehre ist ja nach Ulrich und der St. Galler Management Schule „die Lehre vom Gestalten und Lenken zweckorientierter sozialer Systeme“ (Ulrich 2001, 244). Dadurch, dass die Unternehmung als offenes soziales System²² und somit als gegliederte Ganzheit – aufgebaut aus Elementen, welche in Subsysteme gruppiert werden können und eingebettet in ein grösseres System, einem Supersystem- mit Gemeinsamkeiten zu von anderen Menschen geschaffenen

²² Ulrich versteht unter System eine abgegrenzt, geordnete Gesamtheit von Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen oder hergestellt werden können (Ulrich 2001, 244).

oder natürlichen Systemen betrachtet wird, lassen sich Erkenntnisse der Systemtheorie auf sie übertragen. Dies gilt ebenso für die Erkenntnisse der Kybernetik²³ (a.a.O.).

„Mit diesen vier Begriffen Element, Subsystem, System und Supersystem können wir irgendeine Wirklichkeit in ihrem strukturellen Aufbau erfassen, wobei für das systemorientierte Denken das freie, wechselweise Zuordnen dieser Begriffe zu den uns jeweils besonders interessierenden Sachverhalten kennzeichnend ist. Es ist also ein Denken auf wechselnden Abstraktionsebenen, wie es im sogenannten Auflösungskegel von Stafford Beer (1967, 114) bildlich dargestellt wird (ebd.) (Ulrich 2001, 244)“ (vgl. Abb. 9). Wird also als System das zu analysierende Objekt gewählt, dann bildet die Umwelt in die es eingebettet ist, das Supersystem.

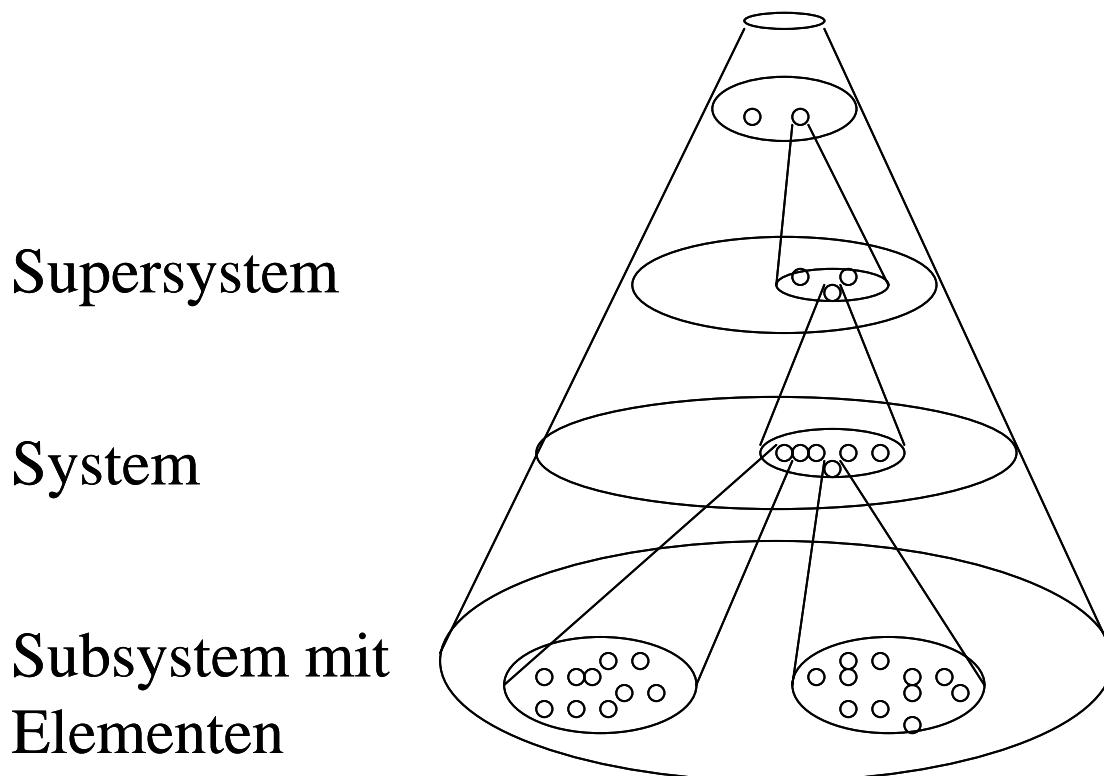


Abbildung 10: Auflösungskegel nach Stafford Beer (nach Ulrich 2001, 246)

²³ Die Kybernetik ist eine Disziplin der Systemtheorie und die Lehre von der Struktur und vom Verhalten dynamischer Systeme. Sie stellt jenen Teil der Systemtheorie dar, welche sich dann mit „den Lenkungs Vorgängen welche dem System unter wechselnden Bedingungen ein zielgerichtetes Verhalten zu verleihen vermögen“, befasst (Ulrich 1982, 49 ff).

Gleichzeitig erlaubt das Denken in Systemen ein nicht-lineares Vorgehen, nämlich ein ständiges Vor- und Zurückschreiten, ein Zurückkehren zu bereits verlassenen Positionen – aber diesmal angereichert mit zusätzlich gewonnen Erkenntnissen. Dieses Vorgehen kommt in der Systemanalyse zum Ausdruck, welche 5 Schritte umfasst, welche aber nicht nur linear miteinander verbunden sind, sondern gleichzeitig erlauben in einer Art Feedbackschleife zu vorher besetzten Positionen zurückzukehren. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies:

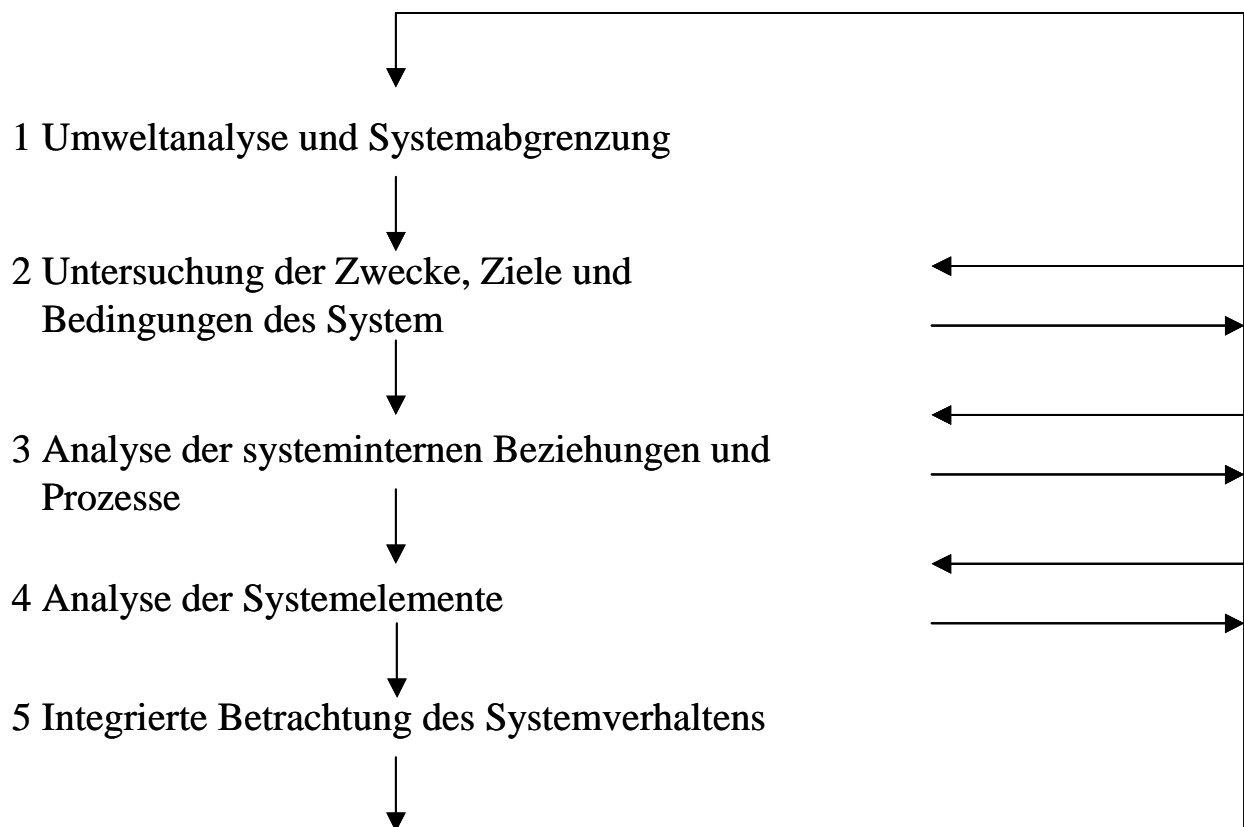


Abbildung 11: Systemanalyse nach Ulrich (2001, 246)

Eine systemische Betrachtung bzw. das systemorientierte Denken zeichnet sich nach Ulrich durch folgende Merkmale aus (Ulrich, 2001, 246ff, oder 1982, 52 ff):

1. Ganzheitliches Denken in offenen Systemen

Die Wechselwirkungen zwischen dem Ganzen und den Teilen (seinen Teilen) wird betrachtet. Ein Unternehmen befindet sich in einem ständigen Austausch- und Anpassungsprozess mit seiner Umwelt. Die Analyse der gegenwärtigen und die Prognose zukünftiger Umweltanforderungen und deren Konsequenzen auf das Unternehmen sind der Startpunkt der Systemanalyse.

2. Analytisches und synthetisches Denken

Die Systemanalyse geht nur dort ins Detail, wo dies auch notwendig ist. Es ist zulässig und üblich mit „Black Boxes“ zu arbeiten, solange deren In- und Output bekannt sind. Die Prozesse innerhalb der Black Box sind irrelevant, solange der Output durch Variation des Input kontrollierbar erscheint. Eine Verbindung zwischen vertiefter Einzelanalyse und der Gesamtsicht ist möglich.

3. Kreisförmiges Denken

Systemisches Denken ist kein lineares Ursachen-Wirkungs-Denken, sondern es betrachtet die Vernetztheit von Elementen in Systemen und von Systemen selbst. Das Denken in Regelkreisen (in denen es weder Anfang noch Ende gibt) ist wichtigster Bestandteil dieser Denkweise.

4. Denken in Strukturen und informationsverarbeitenden Prozessen

Beide sind für das Verhalten Einzelner, aber auch sozialer Systeme ausschlaggebend. Zentrale Aussage der Kybernetik ist, dass das Verhalten von Systemen durch ihre Struktur begrenzt wird, wobei unter Struktur sowohl die Aufbau-, als auch die Ablauforganisation verstanden wird. Informationen sind die Grundlage für jeglichen Prozess, von der Führung bis zur Auftragsdurchführung. Sie sind der entscheidende Faktor für die Unternehmensführung. Prozess ist nach Ulrich der wichtigste Begriff in diesem Punkt. Er steht für Dynamik, Denken in Zusammenhängen und Abläufen – nicht für Statik.

5. Interdisziplinäres Denken

Nur Interdisziplinparität ermöglicht ein mehrdimensionales Herangehen an Probleme. Zuerst werden Probleme aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, aber in einem zweiten Schritt sehr bewusst kombiniert. Dies verlangt den Einsatz verschiedenster Techniken welche die unterschiedlichen Wissenschaftszweige in Ihrer Tradition haben.

Bei einer Arbeit im Zuordnungsbereich der Gesundheitsversorgung sind unterschiedlichste Elemente und Aussagen aus den verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften (Medizin, Management, Ökonomie) nützlich und deshalb zu integrieren. Der Systemansatz bildet dazu den Bezugsrahmen für interdisziplinäres Denken. Das Krankenhaus ist ein sehr komplexes Untersuchungsobjekt, dessen

Komplexität reduziert werden muss um es bearbeitbar zu machen. Mittels des Systemansatzes ist diese Reduktion möglich, indem bestimmte Ausschnitte der Realität als massgebliches System definiert werden.

In der vorliegenden Arbeit, in der es um den Value Added Service und das Servicemanagement für Einrichtungen der Krankenversorgung geht, bildet dieses also das System, die Gesamtheit der Managementsysteme – oder auch die Unternehmung selbst (z.B. das Spital) das Supersystem. Die einzelnen Teile des Servicemanagements selbst bilden Subsysteme die ihrerseits aus verschiedenen Elementen (siehe das integrierte Servicemanagement – Konzept im Kap. 4.6) bestehen.

1.5 Gesundheitswissenschaftliche Relevanz dieser Arbeit

Die fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften lassen sich nach Hurrelmann und Laaser aus zwei unterschiedlichen wissenschaftlichen Paradigmen kommend einteilen, dem medizinisch – naturwissenschaftlichen und dem sozial – verhaltens und organisationswissenschaftlichen. Beiden liegt eine starke erfahrungswissenschaftliche Absicherung von theoretischen Aussagen zugrunde (Hurrelmann und Laaser 1998, 31). Das erstere Paradigma ist um die Epidemiologie als „Kristallisationsgebiet“ gruppiert und umfasst folgende Disziplinen:

- Teilbereiche der Human – und Biomedizin,
- Verhaltens- und Sozialmedizin,
- Psychiatrie und Neurologie,
- Arbeits- und Umweltmedizin.

Zum zweiten Paradigma, welches sich um das methodische Kerngebiet der Empirie – oder empirischen Sozialforschung gruppiert zählen Hurrelmann und Laaser folgende Disziplinen:

- Gesundheitspsychologie und Gesundheitserziehung
- Medizinsoziologie und Gesundheitspolitik
- Gesundheitsökonomie und
- Organisations – und Managementwissenschaften.

„Gesundheitswissenschaften in diesem Verständnis bestehen aus einem Ensemble von Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich ausgerichtet sind, nämlich die Analyse von Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren Evaluation“ (Hurrelmann u. Laaser 1998, 31). Es ergeben sich nach der Bielefelder Schule daraus zwei zentrale Arbeitsgebiete: Die Gesundheitsforschung und die Gesundheitssystemforschung.

Diese Arbeitsgebiete werden multidisziplinär, im Idealfall (und eigentlich notwendigerweise) interdisziplinär bearbeitet. „Aus dieser Multidisziplinarität ergeben sich neuartige methodische Schwierigkeiten...“ (Schwartz 1998, 4). Dies deshalb weil jede Disziplin ihre eigenen über Jahre und Jahrzehnte oder noch länger entwickelten und gepflegten Methoden mitbringt. Da der Haupttrend der Forschung in allen Disziplinen von Public Health zwecks Abgrenzung und Profilierung eher in Richtung einer zunehmenden Fragmentierung von Wissen und Methoden²⁴ geht und nicht in Richtung Integration, kommt das Fachgebiet PH nur schwer voran in seiner Identitätsfindung.

Die Hannover PH Schule (angesiedelt an einer medizinischen Hochschule) um Schwartz (vgl. Schwartz 1998, 5) kategorisiert denn auch in einer anderen Art und Weise. Für sie ist Public Health Forschung neben der klinischen und biomedizinischen Forschung der dritte Teil der Gesundheitsforschung. PH Forschung selbst gliedert sich dann in Epidemiologische und Gesundheitssystem – Forschung (wie der Bielefelder Ansatz).²⁵

Für das Ziel der vorliegenden Arbeit spielt es keine Rolle wie und an welcher Stelle PH Forschung anzusiedeln ist oder wie die einzelnen Bestandteile von PH Forschung zu bezeichnen sind, denn es scheint Übereinstimmung zu geben, dass Gesundheitssystemforschung ein Teil von PH Forschung ist. Dieses Arbeitsgebiet befasst sich nach Schwartz mit Metastrukturen und –prozessen (a.a.O.), nach der Bielefelder Schule gehört aber auch die Versorgungsforschung, welche sich auch

²⁴ Schwartz beschreibt dies nur für die biomedizinischen Fächer (Schwartz 1998, 4), gemäss den Erfahrungen des Autors an der einzigen deutschsprachigen School of Public Health, trifft dies auch auf alle anderen Fächer zu. Es bleibt abzuwarten, ob ein eigenständiges Profil an Wissen und Methoden entwickelt werden kann.

²⁵ Die Handbücher zu PH der beiden Hauptschulen im deutschsprachigen Raum (für Bielefeld Hurrelmann u. Laaser 1998 und für Hannover Schwartz et al. 1998) sind unschwer schon am Layout als Produkte verschiedener Schulen und Anbindungen zu unterscheiden. Bielefeld bevorzugt in sozialwissenschaftlicher Tradition recht viel Text, eine klassisch soziologisch/politikwissenschaftliche Gliederung und die Harvard Zitierweise, Hannover hingegen, bio – medizinisch dominiert, viele Abbildungen, eine eher funktionale Gliederung und die in Medizin gebräuchliche Zitationsweise mit Nummerierungen.

explizit auf der Microebene des Gesundheitswesens bewegt, in diesen Kernbereich. Die einzelnen professionelle Akteure, Institutionen, Programme, Technologien und Verfahren sind hier, zitiert nach Schwartz et al., Gegenstand der Forschung (Hurrelmann und Laaser 1998, 42). Unter Institutionen fallen auch Krankenhäuser.

Auch die internationale Scientific Community gebraucht die Begrifflichkeiten „Old Public Health“ und „New Public Health“. Ersteres konzentriert sich wie in obiger Definition traditionell auf die Krankheitsverhütung, zweiteres wird als multidisziplinäre Wissenschaft betrachtet, die alle für die Gesundheit relevanten Gegenstände zum Objekt macht. Noak (1999, 8) leitet denn hieraus auch einen problemorientierten Ansatz der Public Health ab. Ein Teil dieses Ansatzes ist auch das Versorgungssystem unter das das Krankenhaus subsumiert werden kann.



Abbildung 12: Das Selbstverständnis von Public Health und Health Science (nach Hurrelmann und Laaser 1998, 30)

Nach diesen Autoren werden die unterschiedlichsten relevanten Disziplinen aus dem Spektrum der verhaltens- und organisationswissenschaftlichen Tradition zur wissenschaftlichen Analyse (aber wohl auch zur Optimierung) des Versorgungssystems eingesetzt. Dies ist auch notwendig, sind doch die Methoden der PH selbst in Bezug auf organisatorische und betriebliche Probleme, bzw. Problemlösungen nicht entwickelt. Das ist auch nicht Sinn der PH, sondern sie

bedient sich der Theorien der Einzeldisziplinen und damit auch den Theorien der Betriebswirtschaft und der betriebswirtschaftlich orientierten Managementlehre, wie sie in der vorliegenden Arbeit eingesetzt werden.

Da die betriebswirtschaftlich orientierte Managementlehre als angewandte Wissenschaft (s.o.) selbst interdisziplinär ist, kann sie neben der Analyse und Optimierung des Versorgungssystems (z.B. Noack 1999, 23) einen wesentlichen Beitrag zur Integration der Methoden, und damit zur Weiterentwicklung von PH leisten.

Service und Servicemanagement sind Bestandteil der betriebswirtschaftlichen Managementlehre.

Durch ihren Wesenscharakter sind Serviceleistungen dazu geeignet dazu beizutragen, das Versorgungssystem zu optimieren und weiterzuentwickeln. Sie haben zwar zu Beginn einen innovativen Charakter und dienen der Positionierung der Anbieter in einem kompetitiven Umfeld, letztendlich werden sie aber zu Alltagsleistung aller Anbieter und in die herkömmliche Dienstleistung integriert. So tragen sie nicht nur zur allg. Weiterentwicklung bzgl. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Gesundheitswesens – und speziell der Organisationen der stationären Versorgung – bei, sondern sie dienen der Integrationsförderung des sehr sektorsierten Systems der Gesundheitsversorgung und fördern die Integration des externen Faktors „Kunde“ und damit auch des Patienten.

Das Ziel von Public Health, nämlich die weitere Verbesserung der Gesundheit, resp. die Sicherung des aktuellen Status und die Erhöhung der Effizienz der einzusetzenden Ressourcen (einschliesslich der Stabilisierung / Reduktion der Kosten) (z.B. WHO 1996, 7 ff. oder WHO 2000) wird mit der Umsetzung des vorliegenden Konzeptes unterstützt.

Das Krankenhaus selbst ist als Erkenntnisobjekt der Public Health auch in das Blickfeld der WHO gelangt. Der effiziente, aber auch der effektive Einsatz knapper Ressourcen im Spital liegt naturgemäss auch im Interesse dieser Organisation. Die Auswahl von Indikatoren zur und das Messen der Krankenhausleistung in ihren Kerndimensionen wird nun auch von der WHO angeregt (WHO 2003 und WHO 2004). Damit unterstreicht die WHO (v.a. WHO Europa) die Bedeutung des

Krankenhauses – auch für die Zukunft (McKee und Healy 2002 zeigen dies v.a. für Krankenhäuser in NHS).

2 Aktuelle Situation im Gesundheitswesen

Den deutschsprachigen Gesundheitssystemen wird im Allgemeinen eine recht hohe Qualität bei gleichzeitig hohen Kosten nachgesagt, wenn auch nicht attestiert (OECD 2004, SVR 1996 ff, CS 2002, etc.) Gemeint ist hier eine hohe Systemqualität. Die OECD sieht einen allerdings für alle ihre Mitglieder hohen Bedarf darin, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu optimieren, um einen Ausgleich zwischen wachsender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf der einen und begrenzten staatlichen Mitteln auf der anderen Seite zu schaffen. Staatliche Mittel spielen denn auch in allen betroffenen Systemen eine wichtige Finanzierungsrolle. Mehrausgaben müssten nicht unbedingt ein Problem sein, vor allem dann nicht, wenn der zusätzliche Nutzen die Mehrkosten übersteigt (OECD 2004). Dies scheint aber derzeit nicht in ausreichendem Masse der Fall zu sein. Nichtsdestotrotz ist sehr viel in Bewegung in diesen Systemen. V.a. technische Qualität und Einrichtungen genießen eine hohe Priorität, ein Wettlauf um die technische Produktführerschaft ist - zumindest was die Zentrums- und Krankenhäuser der Maximalversorgung angeht - Alltag.

2.1 Unbekannte Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen

Zumeist wird Standardqualität für alle Patienten (zumeist auch für Privatversicherte), angeboten, die im Laufe der Jahre nicht in ausreichendem Masse an externen Einflussgrößen wie:

- kontinuierliche Veränderung der Bevölkerungsstruktur
- gesellschaftlicher Wertewandel
- stärkere Transparenz und Konkurrenz durch neue Dienstleister
- rascher Wandel an Kenntnissen und Informationen in der neuen „Informationsgesellschaft“

angepasst wurden und die auch nicht hinreichend beim Design der Dienstleistungen und Serviceleistungen im Krankenhaus berücksichtigt wurden. Patienten sind eine Kategorie von Kunden. Diese sind deshalb immer weniger bereit für obige Leistungen ständig steigende Preise zu bezahlen (i.d.R. über ihre Versicherungsprämien).

Unterschiedliche Kundendefinitionen werden angeboten z.B. von Badura, Hart und Schellschmidt angeboten. Sie sehen den Bürger, Versicherter und den Patient (1999, 15). Schwarz hingegen (1999, 334) definiert 4 Rollen bzw. Funktionen: den Bürger, den Konsument, den Kunden im engeren Sinne und den Patient. Der SVR (2001, Ziff. 307) hingegen entscheidet sich aufgrund der vielfältigen Problematik mit dem Begriff Kunde (v.a. für den Patienten) für den Begriff „Nutzer“.

Was der Kunde, wie immer er/sie auch definiert wird, im oder mit dem Krankenhaus erlebt, kann wie folgt zusammengefasst werden (v.a. bei Häusern ohne direkte regionale Konkurrenz):

- nahezu ausschliessliche Funktional- und Produkteorientierung (siehe auch Garvin im Kapitel 5.2),
- zumeist standardisierte und wenig individualisierte Dienstleistungen,
- Kundenprobleme und –wünsche werden häufig ignoriert,
- Bereichsegoismen und Ressortdenken,
- Serviceerweiterungen v.a. durch exotische Elemente oder auf tiefster Stufe,
- falls Ansprechpartner vorhanden bzgl. Dienstleistung und Service vorhanden sind, wechseln diese häufig.

Den Definitionen von Badura et al., sowie die des SVR ist gemeinsam, dass sie ihre Definitionen aus der Macroperspektive vornehmen. Sie vernachlässigen damit eine für die Steuerbarkeit und die Manageriabilität des Subsystems Krankenhaus wichtige Dimensionen des Kundenbegriffs. Nämlich die der weiteren externen Kunden (z.B. der Krankenversicherer, welcher aus Macroperspektive ein weiterer recht selbständiger Akteur ist, aus Microperspektive aber ein zunehmend wichtiger Kunde und Absatzmittler), aber auch die der internen Kunden.

Diese Einteilung der Kunden, wurde bisher meist nach deren Standort vorgenommen. Externe und interne Kunden wurden unterscheiden. Diese Einteilung ist sicher sinnvoll, erschliesst aber nicht alle möglichen Varianten des Kundenstatus. Hierfür macht Ossel (1998, 130) einen Vorschlag der sinnvoll erscheint. Er kategorisiert die Kunden nicht nach Standort, sondern nach den Rollen, die diese ausüben. Er unterscheidet, aus dem B2B Güter - Marketing kommend:

Rolle	Beschreibung
Users	~ those who will use the products or services
Initiators	~ those who initiate the „buying“ process
Influencers	~those who affect the „buying“ process
Buyers	~those with the formal authority to „select“
Deciders	~ those who actually make the final decision
Approvers	~ those who own the formal authority to veto the deciders
Purchasers	~ those who do the actual „buying“ without having the authority to decide
Gatekeepers	~ those who controll the flow of information, – indirectly influencing the selection process

Tabelle 4: Kunden nach Rollendefinition (in Anlehnung an Ossel 1998,130)

Dass dabei zu einem allergrössten Teil nicht individualisierte, sondern hochstandardisierte Dienstleistungen erbracht werden, ist ebenso verwunderlich wie erklärbar. Als Beispiel kann aus dem Bereich Innere Medizin die Diabetikerbehandlung genannt werden. Die Therapie sieht, zumindest beim Typ I immer gleich aus. Der Patient wird mittels Diät und einer zu definierenden Standardmenge Insulin, welches er sich nach Entlassung selbst verabreichen darf, eingestellt. Diese Einstellung geschieht unter klinisch kontrollierten Bedingungen (u.a. auch zu Ausbildungszwecken). Erreicht wird hier „efficacy“. Ziel wäre aber die Wirksamkeit im Alltag (effectiveness). Auch nach mehreren Dekaden Diabetikerbehandlung ist dies nicht gelungen und der Erfolge ungenügend. Mittels Disease Management Programmen (DMP) (in welche die Spitäler auch eingebunden sind)) wird nun versucht, ein bessere Verknüpfung der Behandlungssektoren zu erzielen um so die Behandlung zu optimieren. Dass aber auch diese neuen Behandlungskonzepte an den Bedürfnissen der Patienten vorbeigehen und nur wenig alltagstauglich sind (denn Sie basieren immer noch auf Efficacy – Kriterien), verwundert. Tatsächliche Effectiveness – Kriterien würden nur durch einen tatsächlich individualisierte Behandlung verwirklicht. Dass dies möglich ist und die zu applizierende Insulinmenge individualisiert nach Lebensstil und Essgewohnheiten durch den Patienten erfolgreich selbst bestimmbar ist, wurde denn auch

nachgewiesen. Die Aussagen zur Lebensqualität der Patienten waren klar besser als unter dem klassischen Behandlungsschema (o.V. 2002 b).

Patienten erhalten also zum gegenwärtigen Zeitpunkt in einer Organisation des Gesundheitswesens eine mehr oder weniger standardisierte Dienstleistung (evtl. sogar an EBM orientiert), welche ihm individualisiert erscheint, es aber nicht ist, da nahezu alle Mitleidenden ähnlicher Diagnose gleich behandelt werden. Informationen die es zur tatsächlichen und häufig notwendigen Individualisierung benötigte, liegen zumeist nicht vor, bzw. die Behandlungskonzepte sind teilstandardisierte Konzepte, welche schon vor langer Zeit in Anlehnung an die Ford'sche Massenproduktion entwickelt wurden. Rein theoretisch stünden heute die Möglichkeiten zur tatsächlichen Individualisierung der Dienstleistungen im Gesundheitswesen offen (über Informationen und neue Konzepte wie der Masscustomisation, etc.), aber die alten Konzepte werden häufig weitergepflegt und die Finanzierungsformen (wie DRGs) sowie die Selbstverwaltung und Besitzstandswahrungsmindlichkeit verhindern dies. Evtl. werden die neuen DMP z.B. in Deutschland diesem Zustand abhelfen können.

Nicht dass die Industrie mit ihrer Güterproduktion sehr viel weiter wäre, aber immerhin gibt es dort in bestimmten Branchen (v.a. Automobil- und Maschinenbau) eine tatsächliche Individualproduktion (Gürtler 2002).

Die Qualität der Systeme beruht vornehmlich auf einer hohen Strukturqualität, über die Ergebnisqualität ist recht wenig bekannt. Diese wird erst seit kurzem in Teilbereichen gemessen und es bestand bisher keine Veröffentlichungspflicht.

2.2 Beständiges Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen

Land	US-\$	Rang	% BIP	Rang
USA	5267	1	14,6	1
Schweiz	3445	2	11,2	2
Norwegen	3083	3	8,7	12
Luxemburg	3065	4	6,2	19

Kanada	2931	5	9,6	6
Deutschland	2817	6	10,9	3
Island	2807	7	9,9	4
Frankreich	2736	8	9,7	5
Niederlande	2643	9	9,1	10
Dänemark	2580	10	8,8	11
Schweden	2517	11	9,2	9
Belgien	2515	12	9,1	10
Irland	2367	13	7,3	18
Österreich	2220	14	7,7	15
Italien	2166	15	8,5	13
Grossbritannien	2160	16	7,7	15
Finnland	1943	17	7,3	18
Neuseeland	1857	18	8,5	13
Griechenland	1814	19	9,5	7
Portugal	1702	20	9,3	8
Spanien	1646	21	7,6	16
Tschechien	1118	22	7,4	17
Ungarn	1079	23	7,8	14
Slowakei	698	24	5,7	21
Polen	654	25	6,1	20
Mexiko	553	26	6,1	20
Durchschnitt	2246		8,6	

Tabelle 5: Gesundheitsausgaben 2002 der OECD Länder (OECD 2004)

Grundsätzlich kann nicht beurteilt werden, ob Ausgaben die ins Gesundheitssystem fließen zu hoch sind. Niemand weiss, ob die 14.6 % BIP (siehe obige Abbildung) in den USA ausreichend oder zu viel an Ausgaben darstellen. Bewertet werden deshalb i.d.R. die Ausgaben und Belastungen für die Sozialversicherungssysteme, sowie die Steigerungsraten und die Veränderungsraten der einzelnen Versorgungssektoren.

Abrahamsen, Hartwig und Schips (2005) berechnen z.B. für die Schweiz im Jahr 2002 eine Kostensteigerung von 4.4 % (das zuständige Bundesamt für Statistik von 4.0%) und für den Zeitraum von 2003 – 2006 von zwischen 3.5 % und 4.1. %.

Grundsätzlich kann aber festgehalten werden, dass in zwei der drei deutschsprachigen Ländern der Anteil der Ausgaben für Gesundheit sowohl absolut pro Kopf als auch im Anteil am BIP im internationalen Vergleich hoch sind. Dies stellt, wie erwähnt grundsätzlich kein Problem dar, denn in dieser Branche wird auch eine entsprechende Wertschöpfung generiert. Aus Perspektive der Makroallokation und bedingt durch die Finanzierungsmechanismen der sozialen Krankenversicherung kann es aber zum Problem werden (vgl. z.B. Wagner 2002a).

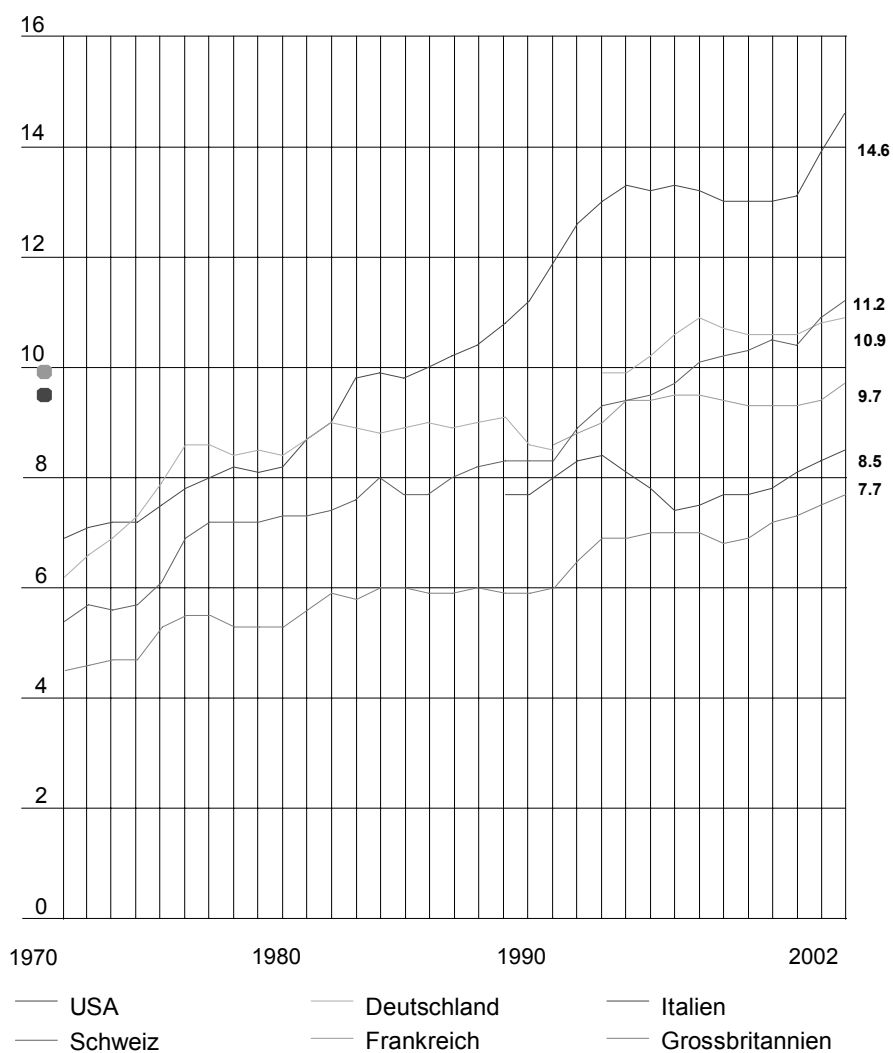


Abbildung 13: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in verschiedenen Ländern, Darstellungsquelle: Interpharma 2004, 57

2.3 Erklärungsansätze für das Ausgaben - Wachstum

Wenn man nach Gründen für die permanente Ausgabensteigerung in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens sucht, so kann man z.B. die historisch bedingten organisatorische Komplexität der Systeme nennen. Diese wirkt grundsätzlich eher kostentreibend, denn auch korporatistisch verfasste Einrichtungen neigen dazu sich a) selbst zu optimieren, b) Ressourcen zu konsumieren und dabei eher innovationsfeindlich zu sein (z.B. SVR 2005a, 9 ff). Beispielhaft sei das deutsche Gesundheitswesen mit seinen Akteuren und Wirkungszusammenhängen illustriert (siehe folgende Abbildung):

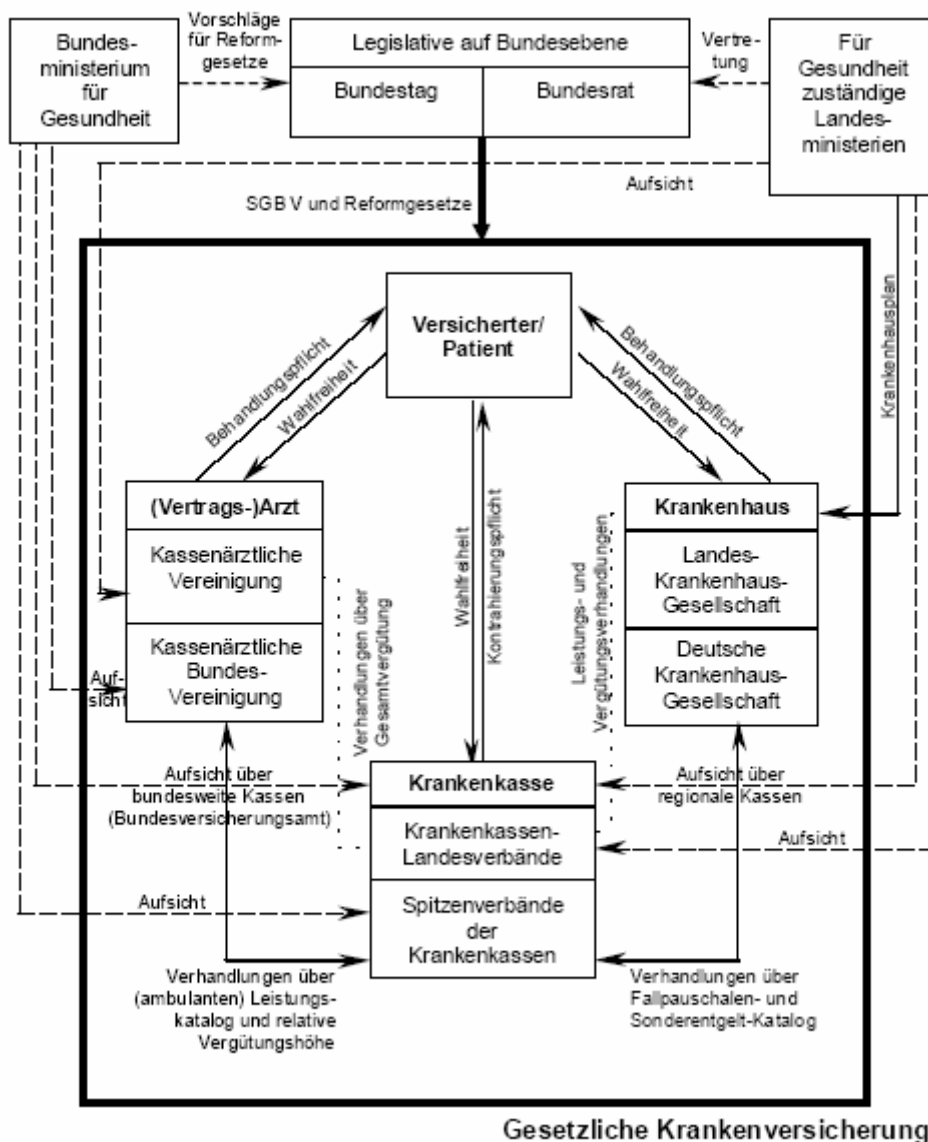


Abbildung 14: Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen (Busse und Riessberg 2000, 25)

Zwei weitere Bereiche können unterschieden werden: den nachfragebedingten und den angebotsbedingten Bereich (z.B. SVR 2003c, Nr.16; Güntert 1996c, Wagner 2002a).

2.3.1 Nachfrageseitige Parameter

Die meisten nachfrageseitigen Parameter weisen auf einen langfristig eher steigenden Bedarf und damit auch auf weiter steigende Ausgaben hin.

- Zu den nachfragebezogenen Faktoren, die einen Anstieg der Gesundheitsausgaben begründen können, gehört die demografische Entwicklung (SVR 1996, 23 ff). So hat z.B. eine Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Menschen (in Deutschland z.B. Anstieg des Anteils der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung von 10,2 % in 1960 auf 15,3 % in 1996 (vgl. OECD 1997) stattgefunden. Insgesamt ist die Auswirkung des demografischen Effekts (die Komprimierungsthese und die Medikalisierungsthese) auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen nicht ganz so stark wie früher angenommen. Einen Beitrag leistet sie zur Ausgabensteigerung aber sicher (u.a. Schwartz und Busse 1995, 83 ff).
- Ein weiterer nachfrageseitiger Faktor ist die Veränderung des Krankheitsspektrums, vor allem in Richtung langwieriger, chronisch degenerativer Krankheitszustände. Mit höherem Alter der Menschen werden diese Krankheiten aufwendiger und schwieriger zu behandeln, denn in vielen Fällen müssen mehrere Krankheiten gleichzeitig behandelt werden.
- Die Individualisierung der Lebensentwürfe führt insgesamt zu einer Zunahme von Einzelhaushalten und Personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität auf externe professionelle Hilfe angewiesen sind. Aufgaben, die in diesen Fällen früher z. B. von Familien übernommen wurden, müssen heute bezahlt werden. In diesem Zusammenhang muss auch genannt werden, dass die immer höhere Erwerbstätigkeit von Frauen auch „Ressourcen“ bindet, die vorher zumeist

unentgeltlich der Langzeitpflege (zu Hause) zur Verfügung standen. (z.B. Abrahamsen, Hartwig und Schips 2005)

- Ein weiterer Faktor bildet die bisherige Struktur der Preisbildung im Gesundheitswesen. Diese findet für die stationäre Versorgung auf Landes- oder Kantonebene zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen statt und kann als Verhandlung zweier Kartelle bezeichnet werden (in Deutschland trifft dies auch für die ambulante ärztliche Versorgung zu, wobei die KVen die Verhandlungsregionen bilden. Hierbei beschränkte sich die Funktion der Krankenkassen bisher hauptsächlich auf die Rolle einer Transferstelle und die des Zahlers. Ein „Leistungseinkauf“, wie in einer normalen Marktbeziehung üblich, fand und findet nicht statt. Dazu fehlen jegliche Grundvoraussetzungen (wie zum Beispiel auch Wettbewerb unter den Leistungserbringern) und auch die notwendigen Instrumentarien. Die Folge kann als dysfunktionaler Wettbewerb charakterisiert werden, der nicht nur zu Versorgungsdisparitäten mit Über-, Unter- und Fehlversorgung (z.B. SVR 2000), sondern auch zu Fehlallokation von Ressourcen führt.

Für die Medikamente hingegen werden die Preise (in D und CH) auf Bundesebene festgelegt. Auch wenn es Unterschiede in den Details gibt, so ist allen drei Ländersystemen gemein, dass sie bisher nicht tatsächliche Innovation attraktiv in der Honorierung machten, sondern v.a. schnelle Nachahmung / Imitation. Dies scheint sich nun zu ändern. Zumindest in Deutschland sollen so genannte „Me to drugs“ geringer entschädigt werden. Das heisst das Anreizsystem verändert sich in diesem Segment tatsächlich in Richtung Innovation. Da die Systeme grundsätzlich lernfähig sind, ist davon auszugehen, dass diese Mechanismen im Erfolgsfall auch auf andere Versorgungssektoren angewandt werden.

- Und noch ein letzter nachfrageseitiger Faktor zur Ausgabenbeeinflussung sei genannt: die über die Jahre gestiegene Anspruchshaltung und Erwartungen gegenüber der medizinischen Versorgung durch die Bevölkerung. Die Entwicklung zu einem neuen Hedonismus (Baier 2001). Nicht nur die jahrzehntelange Steigerung des Niveaus auf allen Ebenen und Stufen der Gesundheitsversorgung hat zu diesem Umstand geführt, sondern auch der Kulturwandel in der Gesellschaft. Nach Baier (2001, 97) hat ein Wertewandel vom Pflicht- und

Arbeitsmenschen hin zu einem von multioptionaler Selbstverwirklichung und Lebensgenuss getragenen Individuum stattgefunden. Damit in Verbindung steht auch das ökonomische Theorem des „moral hazards“, d. h. der Anreiz bzw. die moralische Versuchung, Gesundheitsgüter wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes übermäßig in Anspruch zu nehmen. Daraus lässt sich eine tendenziell unendliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ableiten und damit auch eine unendliche Ausgabensteigerung. Begünstigt wird dieser Umstand auch noch durch die eingeschränkte Verantwortung die der Patient trägt, denn im Gegensatz zu einem funktionierendem Markt liegen die finanziellen Konsequenzen des Konsums i.d.R. beim Versicherer.

2.3.2 Angebotsseitige Parameter

Die angebotsseitigen Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben sind nach derzeitigem Forschungsstand wie folgt zu charakterisieren:

- Die angebotsindizierte Nachfrage im Gesundheitswesen aufgrund asymmetrischer Information: Hier sei nochmals an die wohl einmalige ökonomische Stellung des Arztes im Gesundheitswesen erinnert, denn im Gegensatz zum herkömmlichen Marktmodell sind Ärzte in der Regel gleichzeitig Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen. Der Patient kommt mit einem zu konkretisierenden Leiden zum Arzt, welcher nach der Konkretisierung die Nachfrage definiert, die Leistungen festlegt und diese auch gleich anbietet bzw. indiziert. Dieser Punkt ist stark mit dem nachfrageseitigen Einflussfaktor der Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte/Patienten (moral hazard) verknüpft.
- Der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich nur in den allerseltensten Fällen kostensenkend, sondern meist ausgabenerhöhend wirkt (so entwickeln sich zwar die diagnostischen Möglichkeiten rasant, die therapeutischen hingegen bleiben meist in wesentlich langsamerem Tempo zurück), kann als weiterer angebotsseitiger Einflussfaktor auf die Ausgaben und Kostensteigerung genannt. Weiterhin kann konstatiert werden, dass neue Technologien im Gesundheitswesen in den seltensten Fällen substitutiv wirken, sie verharren

additiv. Diesen Trend kann auch der Abbau von Krankenhäusern, Krankenhausbetten und Fachabteilungen nicht aufhalten, denn die bestehenden Abteilungen werden entsprechend „aufgerüstet“. Die Diffusion von neuen Technologien schreitet von Generation zu Generation schneller voran und verlangt nach mehr Ressourcen (z.B. Schöffski 2002).

- Ein weiterer angebotsseitiger Einflussfaktor für die Ausgaben- und Kostensteigerung ist die Preissteigerung durch Anstieg der Beschäftigung und die sich daraus ergebende Lohnkostensteigerung (Abrahamsen, Hartwig und Schips. 2005 weisen diese für die Schweiz nach), die besonders im dienstleistungsintensiven und damit personalintensiven Gesundheitswesen höher ausfällt als die allgemeine Inflationsrate. So sind i.d.R. 70 % der Ausgaben für die Krankenhauspflege Personalausgaben. In diesem Zusammenhang müssen auch die in der Schweiz immer noch zunehmende Zahl niedergelassener Ärzte erwähnt werden (Kassenstudien aus den 80er Jahren deuten hier darauf hin, dass jede neue Praxis zusätzliche Kosten in Höhen von 1 Mio. CHF generiert. Ärzte mit eigener Praxistätigkeit nahmen zu von 2000 (13935) über 2002 (14408) bis 2004 (15199) (FMH 2004).
- Zuletzt sei der immer stärker werdende Druck zur Defensivmedizin auf die medizinischen Leistungserbringer als ausgaben- und kostensteigernd erwähnt. Diese Art der Medizin auszuüben und sich nach allen Seiten abzusichern, um potentiellen Regressansprüchen seitens der Patienten vorzubeugen, ist heute fast schon Usus. Gefördert wird dieser Fakt zusätzlich durch die politische Forderung nach mehr Patientenorientierung mit „shared decision making“ (eigentlich ein Instrument zur Vermeidung überflüssiger Leistungen) (z.B: BMGF 2004), welches oft die entgegengesetzte Wirkung entfaltet. Der innerärztliche Wettbewerb um Patienten begünstigt diese Entwicklung ebenfalls. Prinzipiell unangemessene Leistungen werden erbracht um den „Kunden“ Patient an die eigene Praxis zu binden. Der hohe Abschottungsgrad der einzelnen Sektoren des Versorgungssystems tut ein Übriges um Zusammenarbeit und Integration zu verhindern.

Weitere Faktoren die zumindest zu Beginn der Entwicklung tendenziell kostentreibend wirken sind m.E.:

- Die Wettbewerb und die dadurch verursachte Managerialisierung des Gesundheitswesens (sowohl Anbieter als auch Finanzier – und im Anschluss die Kontroll- und Steuerungsinstanzen). Ein Thema das sich bisher noch wenig in der wissenschaftlichen Literatur niedergeschlagen hat. Ausnahme bilden z.B. Doolin und Lawrence 1998, welche dies für Neuseeland und den Einsatz von IT nachgewiesen haben, Simmons 2001 für die primärärztliche Versorgung im ländlichen Australien.
- Die neue Rolle der Krankenversicherer (v.a. in den Sozialversicherungen): Die Krankenversicherung hat sich in ihrer Rollenzuweisung, ihrer Rollenwahrnehmung und -ausübung in den letzten Jahren stark gewandelt, bzw. versucht es noch. Von der Inkassoverwaltung und Einkommensversicherer für Leistungserbringer (Geldverteiler) zu Unternehmen, die heute versuchen sich in diesen Märkten zu positionieren und die Märkte aktiv zu steuern. Nicht nur den eigenen Markt, sondern auch den Markt ihrer Lieferanten (Expertenmärkte). Dies wird den grossen Unternehmen gelingen, denn sie setzen in zunehmendem Masse Instrumente des Managed Care ein und verfügen über die ausreichende Marktmacht solche Instrumente auch durchzusetzen. Sie entwickeln sich auch langsam zu Sachwaltern ihrer Versicherten. Erste Versuche dies auch für ihre Patienten zu tun sind ebenfalls in Ansätzen erkennbar.
- Ständige Angebotserweiterung durch das Eingehen auf die Bedarfe und Bedürfnisse des potentiellen Klientels, auch im alternativmedizinischen Bereich (siehe z.B. KVG 1996 in der Schweiz mit der Aufnahme von fünf Komplementärmedizinischen Therapiegebieten, wie: Homöopathie, anthroposophische Medizin, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Medizin (TCM-Arzneien). Über die definitive Aufnahme oder Ablehnung wird 2005 nach insgesamt 6 Jahre Evaluation durch das PEK durch den Gesamtbundesrat entschieden.

- Erweiterung des Gesundheitsbegriffs (WHO) mit all seinen Implikationen (z.B. Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) und damit eine Aufgabenzuweisung an die Medizin, die nicht nur Lebensverlängerung heisst, sondern auch „Steigerung der Genussfähigkeit, Stützung der Berufs- und Freizeitaktivitäten, Schutz der Umweltressourcen“ (Baier 2001, 98 oder auch Baier 2002, 135).

Welche Massnahmen und Interventionen die angebotsseitigen und nachfrageseitigen Probleme der Ausgabensteigerung zumindest ansatzweise lösen können, ist indes immer noch unklar. Und wird es vermutlich bleiben.

2.4 Trends – Markt und Wettbewerb

Das derzeitig favorisierte und international sich immer mehr durchsetzende Modell vom Markt im Gesundheitswesen (auch intern) liegt auch dem Vorschlag der OECD zur Optimierung des Gesundheitswesens z.B. für Deutschland zugrunde. So wird gefordert, weitere wettbewerbliche Elemente im Spiel der „Marktkräfte“ zwischen Nachfragern (Krankenversichererern) und Leistungsanbietern (ambulant und stationär) zuzulassen und zu fördern. Die Krankenkassen sollen die Rolle von aktiven Einkäufern von Gesundheitsleistungen ausüben können und somit Expertenmärkte kreieren. (OECD 1997). Dabei geht die OECD wohl davon aus, dass es schon einen funktionierenden Versicherungsmarkt und einen funktionierenden Leistungsmarkt gibt. Beides ist nur in Teilen zutreffend. Auch der SVR empfiehlt das Marktmodell auf seinen unterschiedlichen Stufen (SVR 2005b, 65 ff).

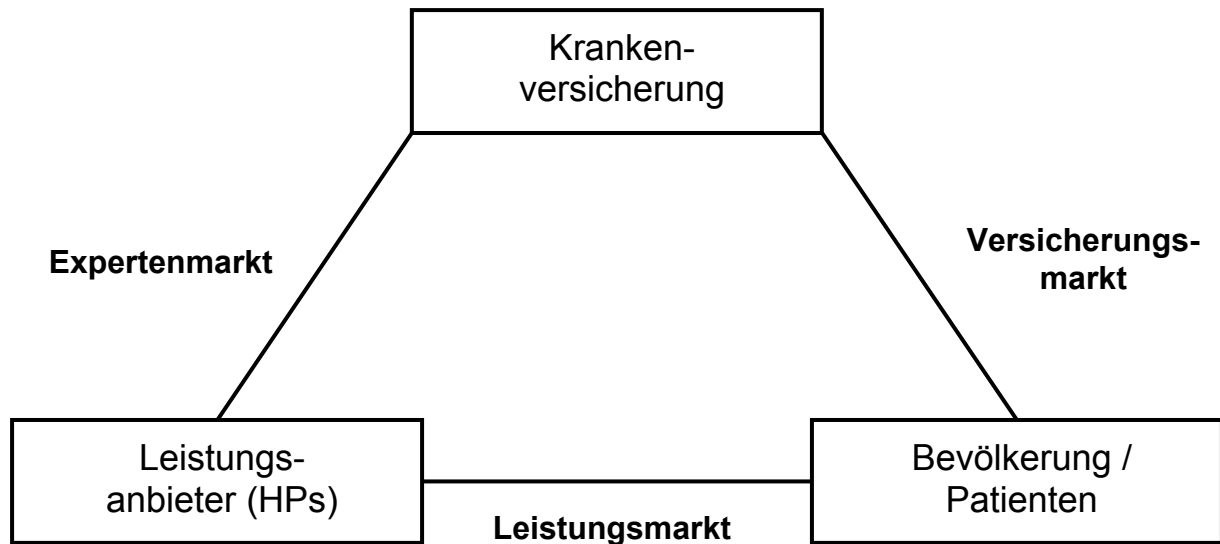


Abbildung 15: Märkte und Akteure im Gesundheitswesen (Güntert 2003, 128)

Grundsätzlich kann man im Gesundheitswesen der drei deutschsprachigen Länder nicht von einem Markt im Gesundheitswesen (im klassischen Sinne) sprechen. Erstens weil sich zwischen den Anbieter und den Nachfrager ein dritter Akteur geschoben hat (der Versicherer) und sich somit drei unterschiedliche Märkte ergeben (siehe vorige Abbildung) und zweitens, weil sich der Staat in diese Märkte mit Macht einmisch (siehe auch Kapitel 1). Dies gilt auch für die Schweiz, die im Vergleich zu Deutschland und Österreich relativ viel Freiraum gewährt.

In der Schweiz können zu den drei genannten Märkten noch zwei weitere für das Spital relevante Märkte hinzugezählt werden. Ein Träger-/ Subventionsmarkt der zwischen den Leistungserbringern und den Kantonen zu beobachten ist. Dies weil der Standortkanton für Spitäler erstens eine Aufnahme in die Spitalisten aussprechen muss, damit diese zulasten der Grundversicherung behandeln dürfen. Weiterhin weil Nichtstandortkanton grundsätzlich Leistungen bei ausserkantonalen Einrichtungen einkaufen können, wenn sie selbst diesbezüglich ein Defizit haben. Und zweitens auch für z.B. niedergelassene Ärzte, da die Kantone hier die Planungshoheit haben und einen Zulassungsstopp verhängen können.

Der zweite zusätzliche Markt setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Erstens der Versorgungsdichte und der Versorgungsqualität und zweitens dessen Finanzierung. Die Bevölkerung legt bisher Wert auf eine engmaschige Versorgung mit stationären Leistungen, sowie den sich daraus ergebenden Arbeitsplätzen bei gleichzeitig hoher Qualität der Leistungen (siehe zu Qualität und seinen verschiedenen Dimensionen auch Güntert und Wagner 2001). Die zweite

Komponente, der Steuermarkt, ergibt sich aus dem Umstand dass weder die Lebensverhältnisse in der Schweiz gleich sein müssen (wie z.B. im GG Deutschlands festgehalten) und sich daraus ergebend auch die Steuern unterschiedlich hoch ausfallen. In der Wahl des Wohnkantons spielt denn auch die Steuerbelastung, welche sich aus den Hauptkomponenten Gemeinde-, Kantons und Bundessteuer zusammensetzt eine prominente Rolle.

So kann dann das Marktgeschehen wie folgt dargestellt werden:

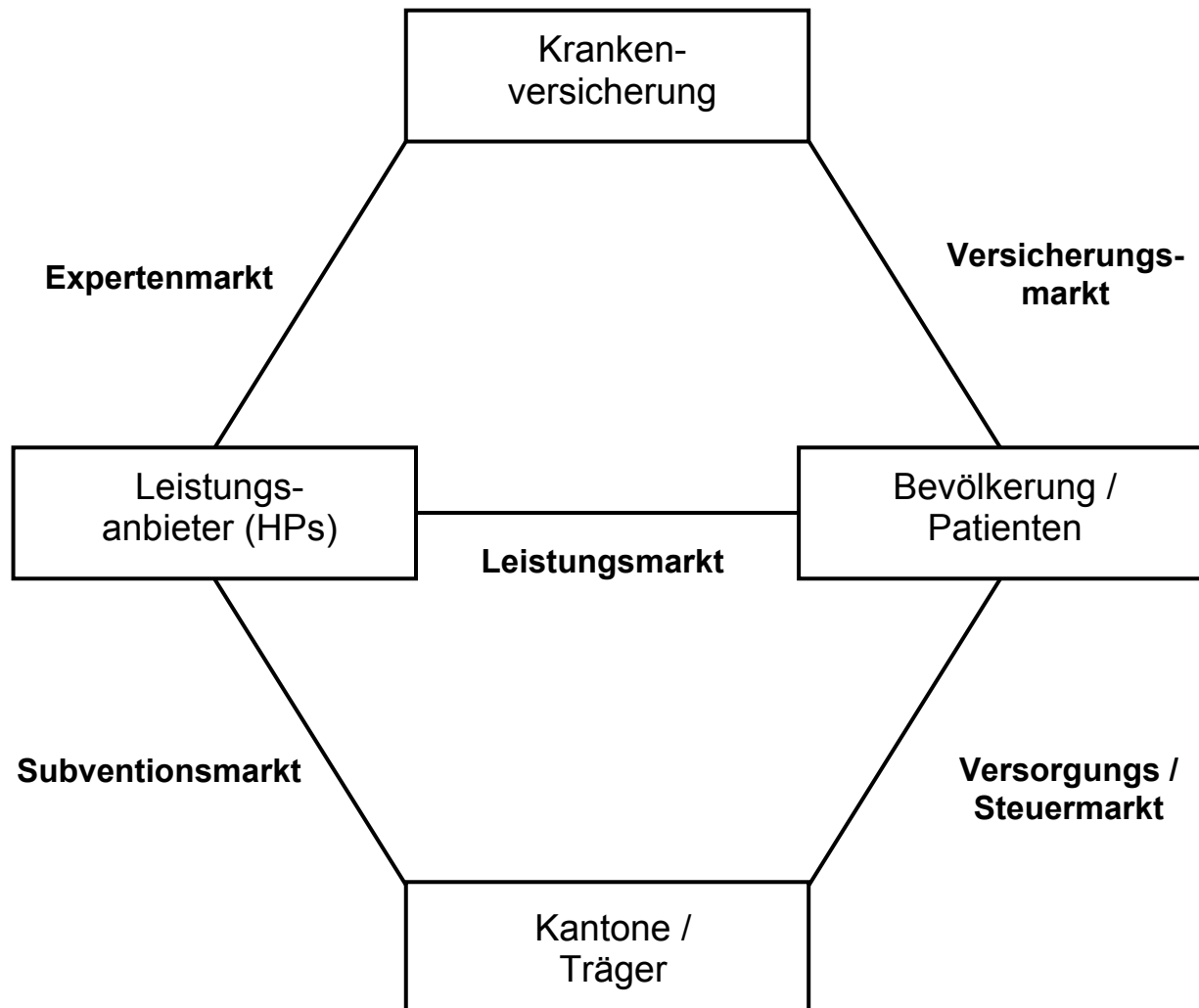


Abbildung 16: Märkte und Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen (aufbauend auf Güntert 2004, 8)

In diesen Märkten bewegt sich i.d.R. kein Teilnehmer gleichzeitig. Für die vorliegenden Betrachtungen sind nur die Leistungsmärkte, die Expertenmärkte und der Subventionsmarkt relevant, da hier die Leistungserbringer direkt involviert sind. Die Versicherungsmärkte könnten insofern relevant sein, als dass es für einen Leistungserbringer eine Strategie sein könnte eine Versicherung in deren Markt zu unterstützen (z.B. mit Pilotprojekten – wie es im Fall der Einführung der Case Manager in der Schweiz durch die Krankenversicherung HELSANA beobachtet

werden konnte), um im Gegengeschäft Vorteile im Expertenmarkt zu erzielen, z.B. eine PPO zu werden. In jedem Fall muss sich ein stationärer Leistungsanbieter mit der Situation und den Bedürfnissen des Verhandlungspartners im Expertenmarkt auseinandersetzen.

Im folgenden soll auf die unterschiedlichen möglichen Arten des Wettbewerbs in diesen Märkten eingegangen werden, wobei der Schwerpunkt klar auf den Leistungsmarkt liegt.

3 Wettbewerb und seine Faktoren im Gesundheitswesen

Es stellt sich die grundsätzliche Frage ob es in den deutschsprachigen Ländern mit ihrem Krankenversicherungssystemen überhaupt einen Wettbewerb unter den Leistungserbringern gibt - und wenn ja, wie dieser Wettbewerb charakterisiert sein könnte.

3.1 Arten des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Chambers (1997, 41 ff) macht zum Wettbewerb im Gesundheitswesen auf der Basis zweier grundlegender Unterscheidungen einen sinnvollen Vorschlag. Seine grundlegenden Unterscheidungsmerkmale sind: Existenz und Verhalten von Regeln und Zielen, sowie Marktlimitation (zero-sum oder positive sum). Er identifiziert 4 Varianten des Wettbewerbs, welche aus seiner Perspektive für das Gesundheitswesen in den USA (am Beispiel "dentistry" gelten: „a) pure competition, b) collaborative competition, c) market share, d) market growth". Dies führt letztendlich dazu, dass sich den Wettbewerb definierende Charakteristiken abbilden lassen: „1. needing a referee, 2. arguing over the spoils, 3. differentiation and substitutability und 4. customer focus“.

Bei a) dem reinen Wettbewerb sind sowohl die Regeln als auch der Preis im Voraus fixiert und für alle Wettbewerber die Gleichen. Die Knappheit der zur Verfügung stehenden Verteilmasse (zero-sum) und die Symmetrie der Regeln führen dazu, dass des einen Wettbewerbers Vorteil automatisch auf Kosten des Mitbewerbers geht. Diese Art des Wettbewerbs charakterisiert sich v.a. über die Durchsetzung und Erzwingung von Regeln. Schiedsrichter / Richter / Anwälte spielen in dieser Art des Wettbewerbs eine tragende Rolle. Die Marktteilnehmer stellen fragwürdige Praktiken von Wettbewerbern in Frage während sie gleichzeitig alles daran setzen ihren eigenen Nutzen durch Grenztätigkeiten zu erhöhen. Diese ausschliessliche Beschäftigung mit der „fairen“ Umsetzung von Regeln führt zu einer Standardisierung von Regeln, als auch von Resultaten und hemmt Innovation. Nach Chambers sind Märkte, welcher dieser Charakteristik unterliegen regressiv (a.a.O. 42).

Im Fall b) des collaborativen Wettbewerbs gehen die Wettbewerber (Leistungserbringer) davon aus, dass sie durch Zusammenarbeit im Wettbewerb mehr durchschnittlichen Ertrag erzielen als wenn sie alleine operieren. Die Regeln und die „Belohnung“ sind für die Kollaborationspartner symmetrisch, aber es ist kein „zero-sum“ – Spiel. Alle Partner, Wettbewerber um den Kunden, können Gewinner sein. Wenn allerdings die neuen Partner mehr Ressourcen verbrauchen als wenn sie jeweils selbständig gehandelt hätten, muss irgendjemand mehr Ressourcen zur Verfügung stellen. Dies sind die Lieferanten oder die Kunden – oder im Falle von Sozialversicherungssystemen – die Krankenversicherung und damit die Beitragszahler. Ein herausstehendes Merkmal dieser Art des Wettbewerbs sind Sekundärkonflikte, bei denen es darum geht wie der Zugewinn aus der Zusammenarbeit verteilt wird, denn es ist relativ schwierig festzustellen wer welchen Anteil am Zugewinn geleistet hat. Deshalb ist es auch nicht ungewöhnlich, dass opportunistisches Verhalten praktiziert wird (z.B. social loafing, free riding, etc.) (a.a.O. 42).

Für den Wettbewerb den Chambers als c) „market share competition“ bezeichnet gilt die Prämisse des fixierten Budgets beim Nachfrager. Die Nutzenstruktur ist dabei eine „zero-sum“, denn ein einmal ausgegebener Geldbetrag kann nicht für alternative Zwecke ausgegeben werden. Grundcharakteristiken sind dabei seitens der Anbieter die grundsätzliche Substituierbarkeit der Leistung und daraus abgeleitet eine Differenzierung resp. die Konzentration auf Marktsegmente. Substituierbarkeit wird in diesem Fall sowohl auf Ebene der Makro-, als auch auf Mikroallokation verstanden und gilt nur für elektive Leistungen (wie z.B. der des Zahnarztes).

Die letzte Art des Wettbewerbs die Chambers nennt ist d) der Marktwachstums – Wettbewerb (market growth competition). Dieser vereint Merkmale von b) (win-win Ziele in einem non zero-sum Spiel) mit Merkmalen von c) (Differenzierung und Substitution). Leistungsanbieter definieren sich nicht mehr in Abgrenzung zum Wettbewerber über das Produkt / die Dienstleistung, sondern über den Nutzen den sie dem Kunden bieten. Leitidee ist der „value added“. Während Dienstleister früherer Generationen quasi Standardprodukte / -dienstleistungen an den Mann brachten und der „value added“ sich auf die technische Qualität der Dienstleistung konzentrierte, kann in einem solchen Wettbewerb nur derjenige wachsen und

überleben der Alternativen anbieten kann und die gesamte Wertkette – wenn nicht selbst anbietet – so dann doch wenigstens managt (a.a.O. 43). Diese Art des Wettbewerbs kann beschrieben werden als Vernachlässigung des klassischen Kopf an Kopf Rennens um die Gunst des Kunden, und mehr bezeichnet werden als das Suchen (und Finden) der Lücken, welche der klassische Wettbewerb (siehe a)) nicht ausfüllt. Was diese Art des Wettbewerbs so attraktiv macht ist, dass zwar grundsätzlich alle Ressourcen beschränkt sind, aber die Bedürfnisse und Wünsche des Kunden grundsätzlich nicht limitiert sind (vgl. auch Stauffer 2003). Diese gilt es zu befriedigen. Grenzen dieses, auch für den Kunden bis hin zum Grenznutzen idealen Wettbewerbs zeigen Aspekte der Makroallokation auf.

Das Gesundheitswesen und auch der Bereich der stationären Versorgung verfügt in seinen einzelnen Leistungsbereichen über alle Merkmale der vier Typen des Wettbewerbs. Es erscheint deshalb sehr schwierig über diesen kompetent zu diskutieren und „den Wettbewerb“ (den es so nicht gibt) zu analysieren. Dies führt unter anderem dazu, dass es keine stringente und coerente Gesundheitspolitik geben kann. Es kann jedoch festgehalten werden, dass sich die Situation in den Ländern des deutschen Sprachraums auf der Makroebene als dem Typ c) zugehörig kennzeichnen lässt mit einer Tendenz zum Typ a), auf der Mikroebene – mit einem beständigen Wachstum zum Typ b). Dies hat über die letzten Jahrzehnte dazu geführt, dass es im Allgemeinen ein Überangebot, im Speziellen aber ein Unterangebot (dies würde eher im Markt des Typs d) verschwinden) an Dienstleistungen gibt. Gleichzeitig kann eine Infragestellung der Notwendigkeit der hohen Kosten des Gesundheitswesens / der stationären Versorgung beobachtet werden, welche durch einen Vertrauensverlust in die Institutionen, einen Vertrauensverlust v.a. in die ärztliche Profession, durch intransparente Qualität (aber auch die Honorardiskussion etc.) hervorgerufen wurde.

Es kann grundsätzlich festgehalten werden, dass sich der Wettbewerb im Gesundheitswesen verschärft, d.h. dass er an Intensität zugenommen hat (unklar ist allerdings auf welcher Ebene. Ebene Patient ?, ambulanter oder stationärer Leistungserbringer ?, Krankenversicherer ?, Schulmedizin – Alternativmedizin ?). Allgemein wird davon ausgegangen, dass eine Folge dieses Zustandes ist, dass sich

die Qualität der Produkte und Dienstleistungen der am Wettbewerb Beteiligten erhöht. Dies mit dem Zweck im verschärften Wettbewerb überleben zu können.

Auch Banker, Khosla und Sinha (1998, 1179 ff) gehen davon aus, dass das Qualitätsniveau einer Branche / Industrie sehr stark vom Ausmass des Wettbewerbs innerhalb der Branche beeinflusst wird. Sie weisen allerdings nach, dass nicht grundsätzlich festgestellt werden kann, dass erhöhter Wettbewerbsdruck grundsätzlich zu erhöhter Produkt- oder Dienstleistungsqualität führt, sondern dass genauso ein sinkendes Qualitätsniveau beobachtet werden kann, wenn bestimmte Rahmenbedingungen zutreffen. Banker et al. (1998, 1191) untersuchen in ihrer Studie drei unterschiedliche Szenarios von Wettbewerbsintensitäten. Zwei davon können im Gesundheitswesen der deutschsprachigen Länder beobachtet werden.

Erstens: Ein Wettbewerbsszenario in dem ein höheres Qualitätsniveau erreicht wird, indem Unternehmen kooperieren anstatt sich zu konkurrenzieren (dabei ist v.a. ausschlaggebend für den Erfolg eines solchen Modells, dass die resultierenden Synergien die Fixkosten für die Qualitätsverbesserung reduzieren und wenn simultan die Nachfragefunktion eine deutliche Qualitätssensibilität aufweist.)

Zweitens: Ein Wettbewerbsszenario in dem tatsächlicher Wettbewerb zwischen vielen Anbietern stattfindet erreicht ein höheres Qualitätsniveau, wenn die Fixkosten der Qualitätsverbesserung „economics of scale“ widerspiegeln und ausreichend schnell sinken, währenddessen die Zahl der Anbieter steigt oder wenn der Markt eine relativ hohe Qualitätssensibilität aufweist.

Wenn aber diese Fixkosten relativ konstant bleiben oder nur sehr langsam sinken, während gleichzeitig die Zahl der Anbieter wächst oder die Kundennachfrage nur schwach auf Qualitätsunterschiede reagiert, dann fällt das Qualitätsniveau insgesamt!

Letztere Situation scheint im Gesundheitswesen in den deutschsprachigen Ländern adäquat beschrieben zu sein. Die Fixkosten für Qualität sinken nicht, im Gegenteil, sie steigen bedingt durch a) ein recht niedriges Startniveau, b) die externe Qualitätssicherung und c) bedingt durch die suboptimalen Betriebsgrößen der Einrichtungen und rigide Strukturen stetig an. Gleichzeitig wächst aber die Zahl der Mitbewerber, weil ständig substitutive und additive Angebote auf den Markt gebracht werden. Weiterhin trifft die letzte Bedingung auf die Situation im Gesundheitswesen zu, glauben doch z.B. die meisten Patienten, dass es kaum Qualitätsunterschiede zwischen den verschiedenen stationären Leistungserbringern gibt und hier ein

Qualitätswettbewerb nahezu nicht stattfindet. Durch das Informationsgefälle Health-Professional – Patient ist es auch kaum möglich, dass im Akutbereich eine grosse Qualitätssensibilität entsteht (sicher eine Ausnahme bilden hier die geburtshilflichen Kliniken der Krankenhäuser oder andere Einrichtungen welche elektive Therapien anbieten).

Auch Michael Porter, bekannt für seine grundlegenden Arbeiten in Sachen Unternehmensstrategie und Wettbewerbsfähigkeit von Staaten, nimmt sich neuerdings zusammen mit Teisberg (2004) dem Gesundheitswesen (dem amerikanischen) an. Sie kommen in ihrer Analyse ebenfalls zu der Ansicht, dass sich das Gesundheitswesen in einem „zero – sum“ Wettbewerb bewegt, indem Wert von den Versicherern, Zahlern, Leistungserbringern und Ärzten geteilt und nicht geschaffen wird. „They seek to transfer costs onto one another, limit access to care, hoard information, and stifle innovation, all to the detriment of patients” (Weisman 2004).

	The Wrong Kind of Competition	The Right Kind of Competition
Level of Competition	Health plans, hospitals, and networks compete against one another.	Providers compete by excelling at preventing, diagnosing, and treating specific diseases or combinations of conditions.
Objective	Reduce costs by transferring them from System intermediaries (health plans or employers) to patients.	Improve value—quality of care per dollar—which is measurable only at the disease and treatment level.
Geographic Market	Compete only in local areas. This protects mediocre Providers and inhibits spread of best practices and innovations to other locations.	Compete in the regional or national arena, especially over remedies for complex conditions. Use local Providers for routine or emergency Services.

Strategies and Structure	Build facilities to treat all health conditions; consolidate facilities to bar competition; copy rivals.	Develop distinctive Services and facilities that create unique value, such as Houston's M.O. Anderson Cancer Center.
Information	Provide information only about health plan coverage and subscribers' satisfaction surveys—which have little impact on value.	Publish information about providers' records in treating particular conditions, such as data on post-surgical mortality rates.
Payers' Incentives	Reward payers for serving healthy subscribers only, restricting access to out-of-network Services, shifting costs to Providers and patients, and slowing innovation.	Reward payers for helping subscribers find the best value for specific conditions, simplifying billing (one bill for each Service bundle), and paying bills promptly.
Providers' Incentives	Reward Providers for offering every Service, referring patients within the network, and spending less time with patients.	Reward Providers for developing areas of excellence and expertise; measuring and enhancing quality and efficiency; and acknowledging, learning from, and eradicating mistakes.

Tabelle 6: Vergleich von gutem und schlechten Wettbewerb (Porter und Teisberg 2004)

Nach Porter und Teisberg müsste im US-amerikanischen Gesundheitssystem der Wettbewerb neu gestaltet werden und zwar auf der Ebene von spezifischen Krankheiten und deren Behandlungen – und nicht wie jetzt auf der Ebene Versicherung, Netzwerke oder Krankenhaus Gruppen. "The wrong kinds of competition have made a mess of the American healthcare system." Sie kommen deshalb zum Schluss: "The right kind of competition can straighten it out." "There's only one kind of competition that's directly connected to healthcare value. And that's the competition about who can do the best job of your prostate surgery, with the least complications and the best recovery records. That's where the competition needs to be. Yet that kind of competition has been all but eliminated in the system, in a misguided effort to save costs." Porter und Teisberg empfehlen diesem System also

einen Wechsel vom Wettbewerb des Typs a) hin zu einem Outcome gesteuerten Wettbewerb vom Typ d). Der Value Added, also der Nutzen steht im Vordergrund.

3.2 Steuerungsversuche der Gebietskörperschaften

Die Einrichtungen der stationären Versorgung, deren Betriebskosten bis anhin über tagesgleiche Pflegesätze finanziert wurden und deren Investitionskosten über die zumeist öffentlichen Trägerschaften finanziert wurden benötigten konjunkturunabhängig in den letzten Jahrzehnten immer mehr Mittel. Zwar stieg der Output beständig, aber der Outcome nicht nachweisbar in gleichem Masse. Die Einrichtungen waren mehr oder weniger blackboxes, welche mehrheitlich über die Zuweisung von Ressourcen gesteuert wurden. Ouchi legt dar, dass dies typisch ist, wenn sowohl nichts über Leistungen, sowie nichts über die Prozesse bekannt ist (vergleiche nachfolgende Abbildung nach Güntert 1996 und 1996c). Als Beispiel für Ressourcensteuerung kann die Grossgeräteplanung für Spitäler in Deutschland oder in den Kantonen in der Schweiz, die Spitzenmedizinplanung und –verteilung der GDK auf kantonaler Ebene in der Schweiz, oder als basisdemokratische Variante die Abstimmung an der Landsgemeinde in Kanton Glarus (CH) am 02. Mai 1999 dienen. Hier stimmte das Volk für den Vorschlag der Regierung, dass das Kantonsspital ein MRI Gerät anschaffen darf (NZZ 03.05.1999).

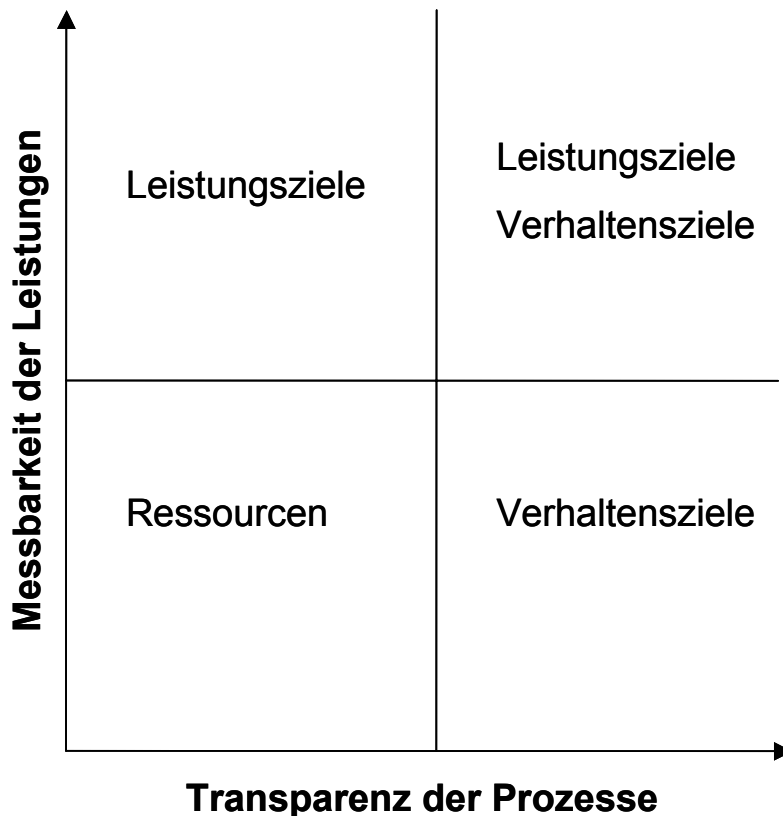


Abbildung 17: Steuerungsmöglichkeiten nach Ouchi (nach Güntert 1996)

Der Vertrauensverlust einerseits durch die Bevölkerung / Patienten andererseits durch die Politik / Verwaltung in die Professionen des Gesundheitswesens und auch der teilweise Vertrauensverlust der Bevölkerung in die Problemlösungsfähigkeit seiner Gebietskörperschaften ist eines der Kernprobleme des Gesundheitswesens. Bisher ist es leider nicht möglich die soziale Bedeutung des Gesundheitswesens zu messen (Buck et al. 1999, 89 ff). Zwar liegen erste Ansätze dazu vor, aber das hilft den Leistungserbringern nicht, welche sich zunehmend in einer Legitimitätskrise / Vertrauenskrise befinden, die Kostenträger und die Trägerschaft davon zu überzeugen, dass Sie ihr Geld wert sind.

Aus der Soziologie ist bekannt, dass das Vertrauen in Systeme, aber auch in die für deren Betrieb verantwortlichen Professionen von grundlegender Bedeutung für das funktionieren von modernen, komplexen Systemen und Gesellschaften ist (z.B. Hall, Camacho, Dugan und Balkrishnan 2002, 1431). Die Politik versucht mit ihren Interventionen – derzeit v.a. mit dem Hilfsmittel der Ökonomisierung und damit der Managerialisierung des Gesundheitswesens dieses Vertrauen zurückzugewinnen. Sie wird scheitern, denn nach Baier (2004a, 104) breitet sich damit eine lautlose Inhumanität im Krankenhaus aus, die Berufswissen und Berufsmoral des Führens,

Heilens und Helfens schwer belastet. Damit wird „...das Vertrauen in ein solidarisches Gesundheitswesen Zug um Zug untergraben und damit die Glaubwürdigkeit des Sozialstaats – es ist eine erste Legitimitätsquelle – weiter zerstören.“ (a.a.O.) Folgt man Baiers Argumentation muss man annehmen, dass dieses solidarische System auch nicht mehr gewollt ist.

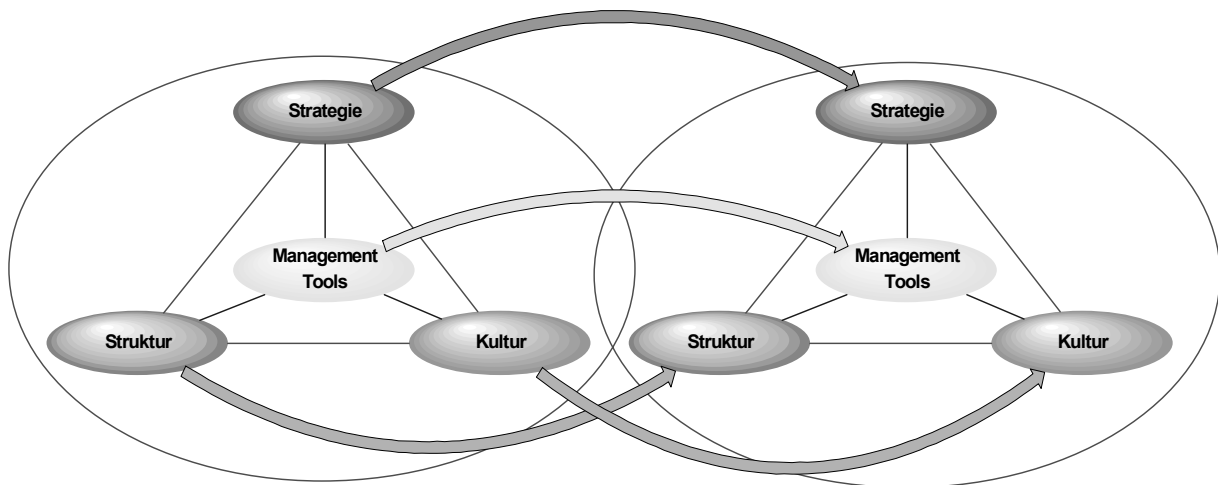


Abbildung 18: Management - Fit nach Güntert B. 1995 ff

Die Gesundheitspolitik versucht sich seit Jahrzehnten mit unterschiedlichsten Instrumenten und unterschiedlichen Ansatzpunkten (siehe nachfolgende Abbildung) in der Umsetzung der Strategie, die Kosten des Gesundheitswesens nicht schneller als das BIP wachsen zu lassen (Kostendämpfungspolitik), resp. die Leistungen transparent und qualitativ hoch stehend zu halten. Beispielhaft sei auf nachfolgende Tabelle verwiesen, die nur die deutsche Bundesgesetzgebung bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 15 Jahre abbildet. Diese Interventionen erfolgen immer auf struktureller Ebene (siehe vorherige Abbildung) und durch Einführung neuer Instrumente (z.B. durch DRGs) und sollen auch kulturentwickelnd wirken (z.B. weg vom benevolenten Paternalismus hin zu einer nicht näher definierten Partnerschaft zwischen Leistungserbringer und – empfänger, (SVR 2001, Ziffer 313 und SVR 1992, Ziff. 363)). Dabei schwankt die Politik zwischen der Nutzung der vorhandenen korporatistischen Strukturen und der Förderung des Wettbewerbs (z.B. Gerlinger 2002), bzw. mischt diese zu einem neuen Cocktail mit dem Ziel der Mengen und Preisorientierung.

In den anderen deutschsprachigen Ländern wird nicht ganz so viel und schnell aufeinander folgend interveniert. (Schweiz: KVG 1996 und dessen 1. Teilrevision ab 2001, sowie die 2. Teilrevision wahrscheinlich ab 2006)²⁶.

• 1988	Gesundheitsreformgesetz 1989 („Erste Stufe“)
• 1992	Gesundheitsstrukturgesetz 1993 („Zweite Stufe“)
• 1996	Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz
• 1972	GKV-Neuordnungsgesetz („Dritte Stufe“)
• 1998	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung
• 1999	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
• 2001	Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz - ABAG)
• 2002	Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz - AABG)
• 2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSich)
• 2004	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Modernisierungsgesetz oder GMG)

Tabelle 7: Chronologie der letzten Interventionen in das deutsche Gesundheitssystem

Auf untergeordneten Ebenen der Gebietskörperschaften werden, falls Interventionsmöglichkeiten z.B. durch Eigentumsrechte bestehen, v.a. Strukturveränderungen im Spitalsektor vorgenommen. In der Schweiz z.B. durch Privatisierungen²⁷, oder z.B. es werden Spitalverbünde²⁸ geschaffen, die einen

²⁶ Dies liegt nicht am Willen oder an der Reaktionsgeschwindigkeit der Executive oder Legislative in der Schweiz, sondern am föderalen Aufbau und der Referendumsdemokratie.

²⁷ Dabei werden sowohl gemeinnützige (öffentliche) Aktiengesellschaften gegründet (z.B. die Kantone Thurgau, Aargau oder Solothurn) wobei der Kanton i.d.R. das Eigentum an den Immobilien behält und den Spitalaktiengesellschaften das Nutzungsrecht einräumt. Dabei bringt er i.d.R. auch die Mobilien und Einrichtungen als Sacheinlage in die Spitalaktiengesellschaft ein. Andererseits werden z.B. unselbstständige kantonale Anstalten beibehalten oder gegründet, die dann den Status einer Spezialverwaltung haben (z.B.

gemeinsamen Leistungsauftrag und ein gemeinsame Globalbudget erhalten oder grössere Spitäler (wie Universitätsspitäler) werden intern reorganisiert, indem aus einem Potpourri an Kliniken Departemente geschaffen werden, die dann zu Profitcentern, strategischen Geschäftseinheiten – sogenannten Center of Excellence entwickelt resp. verordnet werden.

Die Interventionskonzentration der Exekutive und Legislative auf den Spitalsektor ist einerseits verständlich (hohe Wachstumsraten bei gleichzeitig hohem Anteil an den Gesamtkosten, siehe folgende Abbildungen), andererseits verfehlt. Das hohe Wachstum ist v.a. auf die ambulante Versorgung der Spitäler zurückzuführen, denn hier können noch Mittel ausserhalb des Globalbudgets erwirtschaftet werden, und somit Geld verdient werden (gilt für die CH) !

Dies ist nach Simon (zitiert von Baier 2004a, 102 ff) eine (fatale) “Umkehr der Zweck-Mittel-Relation: Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung der Kranken wird Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Einnahmen“...“Das Kosten-Nutzen-Denken, wenn allein der >ökonomische Imperativ< regiert, verdrängt den medizinischen Fachverstand, die ärztliche Kunst und das pflegerische Ethos.“ (Baier 2004a, 103) Das Spital wird zum Objekt – wird gestaltet, ist nicht mehr Subjekt seiner selbst. (Wer nicht handelt wird behandelt !!!)

Mit o.g. Umstand, der Fehlbewertung der Wachstumsraten des stationären Sektors und hier v.a. der Akutbereich, rückt die ambulante ärztliche Versorgung und der Medikamentenanteil sowie die Pflege (stationär und ambulant) mit den höchsten Wachstumsraten in den Vordergrund und werden, bedingt u.a. durch chronische Krankheiten und innovative Technologien weiter schnell wachsen (z.B. Wagner 2002). Dies aber sind Sektoren auf die die Politik z.B. in der Schweiz einerseits nur eingeschränkten Zugriff hat (die Kantone keinen). Ein gedeckeltes Budget im ambulanten Sektor wie in Deutschland kann man sich noch nicht vorstellen (man greift dafür wie in Deutschland zum allerdings befristeten „Niederlassungsstopp für

Kanton Schaffhausen) oder selbständige öffentlichrechtliche Anstalten gegründet, die vorher unselbstständige kantonale Anstalten waren (z.B. Unispital Zürich). Weiterhin gibt es aber immer noch z.B. öffentlich-rechtliche Zweckverbände als Rechtsform (z.B. das Spital Uster im Kanton Zürich)

²⁸ Z.B. im Kanton St. Gallen

Ärzte), und die Pharmaindustrie, welche einen hohen Anteil am BIP der Schweiz erwirtschaftet, geniesst noch einen Sonderstatus.

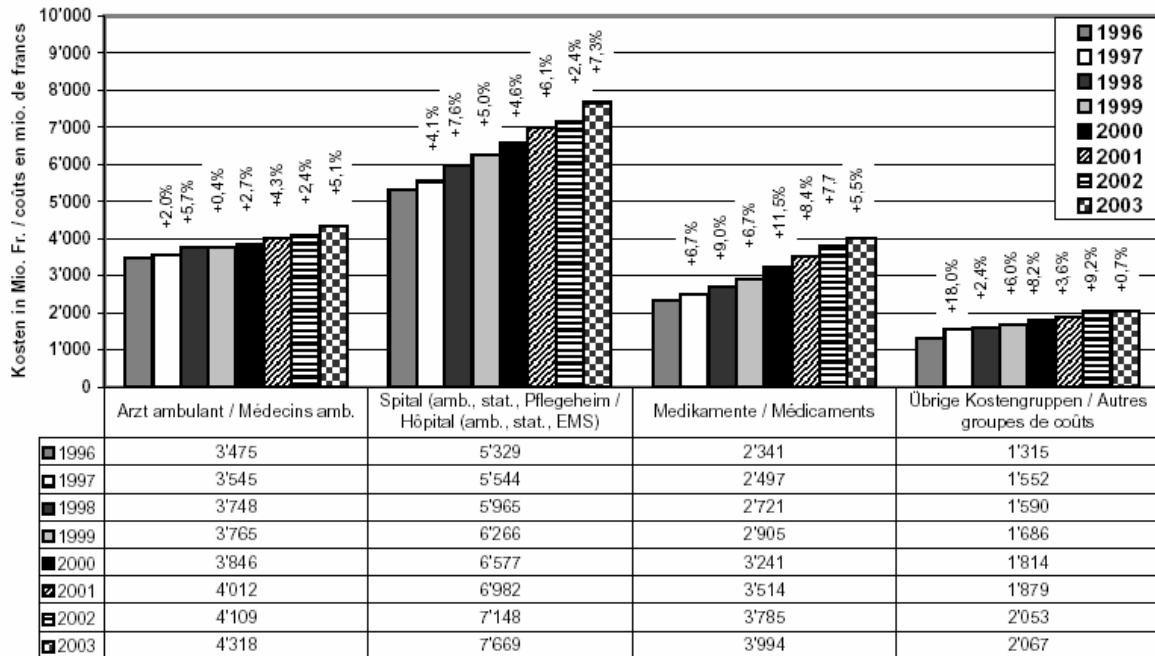


Tabelle 8: Kostenentwicklung nach Kostengruppen 1996 - 2003, in Mio. Fr., Quelle: BSV 2004

In Deutschland wurde nun versucht z.B. über die Einführung neuer Entgeltmodelle (G-DRG) hin zu einem Wettbewerb vom Typ a) pure competition oder c) market share zu kommen, der über Beschleunigung des Prozesses der Schwerpunktbildung und der Herausbildung medizinischer Kompetenzzentren (SVR 2003c, Nr.200) eine Flurbereinigung der Leistungsanbieterlandschaft leisten soll, welche die Politik bisher nicht zu leisten vermag. Dies ist eine Kulturveränderung. Für Leistungsanbieter hingegen wären die Märkte b) collaborative competition und d) market growth, für die Patienten ebenfalls der Markt d) market growth der Nutzenstiftendste (jedenfalls bis zum Erreichen des Grenznutzens). Unklar bleibt allerdings ob die Reformen – egal welcher Art überhaupt auf einer Ebene ankommen, bzw. angesiedelt sind auf der sie nachhaltig wirken können.

Baier (2004, 65) bezweifelt dies für Deutschland - zurecht. Seiner Ansicht nach greifen nahe allzu Reformen mit Ziel „Markt“ im deutschen Gesundheitswesen zu kurz, denn dieser greife nicht auf der Mikroebene im Verhältnis Leistungsanbieter - Patient durch, sondern laufe sich „fest auf der Mesoebene der Körperschaften und

professionellen Organisationen und wird zusammengezerrt auf der Makroebene des Sozialstaates (Baier, 2004, 65). Wäre tatsächlich Markt gewollt, einer den das Paradigma eines mündigen und selbstverantwortlichen Bürgers stützt, dann müssten nach Baier die Bürger aus den Körperschaftszwängen befreit und sich ihre Gesundheit (im niedergehenden Sozialstaat) wieder selbst aneignen (ebd.). Dies ist heute nach Baier nicht der Fall, denn der Orientierungspunkt ist heute nicht mehr der krankenversicherte Kunde mit seinen eigenen Nachfragebedürfnissen, sondern die bedarfsgerecht Inanspruchnahme der Sozialbudgets (Baier, 2004, 66). Diese Feststellung ist m.E. nach richtig. Der oben genannte Typ d) Markt wird für den Sozialversicherung nicht angestrebt.

3.3 Trends im Konsumverhalten als wettbewerbsbeeinflussender Faktor im Gesundheitswesen

In Deutschland z.B. herrscht derzeit noch ein Verbot für Krankenhäuser mit ihren Kompetenzen zu werben (Lehment 2000, A2916). Dies ist insofern problematisch (obwohl sicher mit dem Standesrecht vereinbar), als dass die Leistungsanbieter dies als Vorwand benutzen freiwillig überhaupt keine Daten zu ihrer Qualität resp. zu ihrem Outcome zu publizieren. So hat z.B. der Patient, dem in den USA z.B. von Seiten der AHCPH (2003) geraten wird sich folgenden Fragen zu beantworten: „Ist das zu wählende Spital durch die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations akkreditiert ? Wird es hoch gerated, z.B. von staatlichen oder Konsumentenorganisationen ? Hat Ihr Arzt in diesem Haus "Privilegien" ? Steht es auf der Liste Ihres Krankenversicherers ? Hat das zu wählende Spital Erfahrung mit Ihrem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, v.a. hat es Erfolg mit dessen Behandlung ? Überprüft es die eigene Qualität und arbeitet es daran die Qualität seiner Leistungen ständig weiter zu verbessern ?“ Diese Möglichkeiten hatte der Patient im deutschsprachigen Raum bisher nicht. Dass Qualität nicht einfach vorausgesetzt werden kann scheint in den USA "normal" zu sein (Wagner und Patzen 1999, 46). Auch werden Bestseller mit dem Titel: „Take this book to the HOSPITAL with you“ (Inlander und Weiner 1997) verkauft, die als kritische Leitfaden für den Patienten, zu deren Empowerment dienen und von der People`s Medical Society herausgegeben werden.

Und im deutschsprachigen Raum ? Erst eine Änderung des Art. 137 SGB V im Jahr 2002, welcher 2005 in Kraft tritt (Mohr 2003, 79) verpflichtet die deutschen Krankenhäuser regelmässig einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Bis anhin haben nur wenige Häuser die freiwillige Möglichkeit der Übergangsfrist genutzt hier vor der Ultimatum aktiv zu werden (eine Ausnahme bilden einzelne Häuser der HELIOS Gruppe, der Asklepios Gruppe oder z.B. der Wittgensteiner Kliniken (Wittgensteiner 2005) - bezeichnenderweise private Krankenhäuser oder Managementgesellschaften) Es bleibt abzuwarten welche Inhalte die Leistungserbringer veröffentlichen werden. Wenn sie sich an die von der Selbstverwaltung aufgestellten Regeln halten, wird eine Vergleichbarkeit der Daten sich sicherlich erst nach einigen Jahren und einigen Anlaufschwierigkeiten ergeben können.

Der Markt für Konsum- und Investitionsgüter, sowie für professionelle Dienstleistungen hat sich ausserhalb des Gesundheitswesens sehr verändert. Konnte man in den 50er und 60er Jahren von einem Verkäufermarkt sprechen, so hat sich dieser qua Überangebot zu einem Käufermarkt entwickelt. Ein objektzentrierter Käufermarkt, indem es notwendig und rational ist, den Qualitätsversicherungen der Anbieter nicht zu trauen und das Objekt eingehend kritisch zu überprüfen bevor es erworben oder konsumiert wird. Dieses Stadium wird nun langsam aber sicher ebenfalls für stationäre Dienstleistungen erreicht. Gefördert wird diese Entwicklung von den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Gruppierungen, verdammt hingegen von den meisten im Gesundheitswesen tätigen Professionen. Es scheint so, als dass diese Professionen selbst nicht von der Qualität ihrer eigenen Dienstleistungen überzeugt sind (andererseits wissen Sie aber auch welchen immensen Aufwand Dokumentation und Nachweise bedeuten). Da aber keine Daten und harten Informationen zu diesen Dienstleistungen vorliegen, orientieren sich potentielle Kunden an weichen Faktoren (Dienstleistungsqualität oder Komfortqualität), sowie an „word of mouth“ Aussagen.

Andererseits hat sich in den letzten Jahren der allgemeine Käufermarkt für Konsumgüter und vermehrt auch für private Investitionsgüter und private professionelle Dienstleistungen zunehmend zu einem Erlebnismarkt gewandelt, in dem das Subjekt selbst zum Objekt wurde (Schulze 1999). Diese Entwicklung ist

nach Schulze mit dem Konstruktivismus zu erklären. Das Bild der Wirklichkeit wird, wie weiter oben beschrieben, von der Betrachtungsweise und vom betrachteten Gegenstand selbst geformt. Wenn sich das Subjekt nun selbst zum Objekt macht, so Schulze, wird es zum Schöpfer einer Wirklichkeit welche nicht nur eingebildet ist. Der Placebo – Effekt ist so Schulze weiter, der beste empirische Beleg für die Selbstgestaltungskraft des Subjekts. Ökonomisch betrachtet gilt in diesem Umfeld die völlige Umkehr der kritischen traditionellen Rationalität des Verbrauchers. Jetzt ist es rational den Versprechungen und Wirksamkeitsversicherungen des Anbieters Glauben zu schenken, weil der Kunde (/der Patient) dadurch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sich die versprochene Wirkung tatsächlich einstellt – so Schulze. Wenn es nicht um die Sache geht (im Spital sind hiermit die Kerndienstleistungen medizinischer - pflegerischer Therapie gemeint), sondern um erlebnishafte Dienstleistungen ist auch hier der Kunde Mitproduzent. Diese entsteht nicht nur mit seiner Hilfe, sondern in ihm. Der Dienstleistungsanbieter und der Dienstleistungsnachfrager bilden nach Schulze in dieser Situation eine Suggestiongemeinschaft, die umso besser funktioniert je besser es gelingt den „Selbstbeeinflussungsvertrag“ zu vergessen. Je besser das Image des Anbieters, desto besser gelingt dies bei komplexen Dienstleistungen, denn hier wäre eine Bewertung des Wertes und der Qualität der Leistung sehr aufwändig. („Das Leben als Traum gelingt einem umso besser, je erfolgreicher man den Umstand des Träumens vor sich selbst verschleiern kann (Schulze 1999).“

Aber gerade hier sind grosse Defizite festzustellen. Abgesehen von einigen For Profit Krankenhausketten ist offenbar den meisten Häusern noch nicht gelungen, bei Patienten oder einweisenden Ärzten ein unverwechselbares Profil aufzubauen. Die von der Unternehmensberater von Haarmann Hemmelrath in den drei deutschen Grossstädten München, Düsseldorf und Hamburg durchgeführte Studie zum „hospital branding“ ergab, dass es v.a. den Patienten auch bei den grössten Klinikgruppen das Wissen um die Kernkompetenzen, die Besonderheiten und mögliche Vorteile der Anbieter fehlt. (o.V. 2005c). Für den Standort Düsseldorf ermittelten die Autoren, dass 61 % der ehemaligen Patienten sich ihr Krankenhaus bewusst zumindest mit ausgesucht haben.

Es gibt somit 2 Arten von Leistungen und 2 Arten Betrachtungen für die Leistungen einer Organisation der Gesundheitsversorgung:

- a) med./pfleg. Kernleistungen (derzeit nicht oder nur eingeschränkt durch hard facts bewertbar) werden als Objekt – kritisch rational betrachtet,
- b) alle anderen Leistungen können auch durch das Subjekt selbst nicht mehr als Objekt, sondern selbstreferentiell wahrgenommen werden (erlebnishaft sein).

O.g. Erlebnisgesellschaft ist sicherlich für einen Grossteil der Konsumgüter und Konsumdienstleistungsgesellschaft zutreffend. Aus Marketingperspektive wird allerdings eine Weiterentwicklung beobachtet. Die Entwicklung hin zur „Sinngesellschaft“ (z.B. Lammoth 1998, 37 ff), welche das Bedürfnis des Menschen in einer entzauberten Welt, in der jegliche Magie fehlt, weil Technik und Rationalität überwiegen nach Sinn, Lebenssinn widerspiegelt. Nach Lammoth: „High – Touch statt High – Tech.“ Die Rolle des Kunden als Co – Produzent und Co – Designer wird nicht nur akzeptiert sondern eingefordert. Dabei sucht der Kunde nicht nur seinen Narzissmus gerecht zu werden, sondern er sucht nach einer emotionalen Aura und stellt Forderungen an Unternehmen, Produkte und Dienstleistungen, welche er früher an Staat, Militär, Kirche oder Parteien gestellt hat. Diese sind aber immer weniger in der Lage „Sinn“ zu geben (Lammoth, 1998, 48 f). Nicht nur das „was“, sondern auch das „wie“ wird bei der Auswahl berücksichtigt. O.g. Trends und Entwicklungen die Baier beschreibt (Gesundheit als Lebensqualität, als Ziel des Daseins) welche der Medizin zusätzlich zu ihrem Kernauftrag – Lebensverlängerung zu erfüllen übertragen werden, sind hierunter zu subsumieren.

Eine weitere Beobachtung über das Marktverhalten von Konsumenten kann derzeit international in den entwickelten Märkten gemacht werden. Das sogenannte „up trading“. Beschrieben wird nach Silberstein und Fiske damit Folgendes: „Consumers tend to trade up to the premium product in categories that are important to them but trade down – buying a low-cost brand or private label, or even going without in categories that are less meaningful to them. Consequently, people`s habits do not invariably correspond to their income level.“ ... “ The trading up phenomenon already affects almost every category of goods – including consumables and durables - and services” (Silverstein / Fiske 2003).

Dass sich das Verhalten der Konsumenten polarisiert, beschreibt auch Bosshart: “Grundbedürfnisse werden zu möglichst niedrigen Kosten gedeckt, auf der anderen

Seite steht die Suche nach immateriellen Werten durch Konsum“ (Hamann / Rohwetter 2003). Dieses Verhalten kann auch für das Gesundheitswesen angenommen werden und ist, z.B. auch in der Schweiz durch den Indikator des Abschliessens von Zusatzversicherungen für den Krankheitsfall belegt. Diese beinhalten i.d.R. die freie Wahl des Leistungserbringers (ortsunabhängig) und somit auch der spezialisierten und teureren privaten Anbieter.

Die Konsequenz aus diesem Konsumverhalten - der Polarisierung der Märkte - ist, dass sich Anbieter, welche sich im Mittelfeld zwischen „Luxus (teuer)“ und „Masse (günstig)“ bewegen zunehmend an Marktanteilen und Bedeutung verlieren. Im Konsumgüterbereich ein derzeit intensiv zu beobachtender Prozess (z.B. Horx, Al-Ani. und Gattermeyer 2003, 5). Mehr und mehr werden hier Marken – und damit Produkte – aus dem Angebot herausgelöst, welche nur ein zweit- oder drittklassiges Image haben (Hamann / Rohwetter 2003).

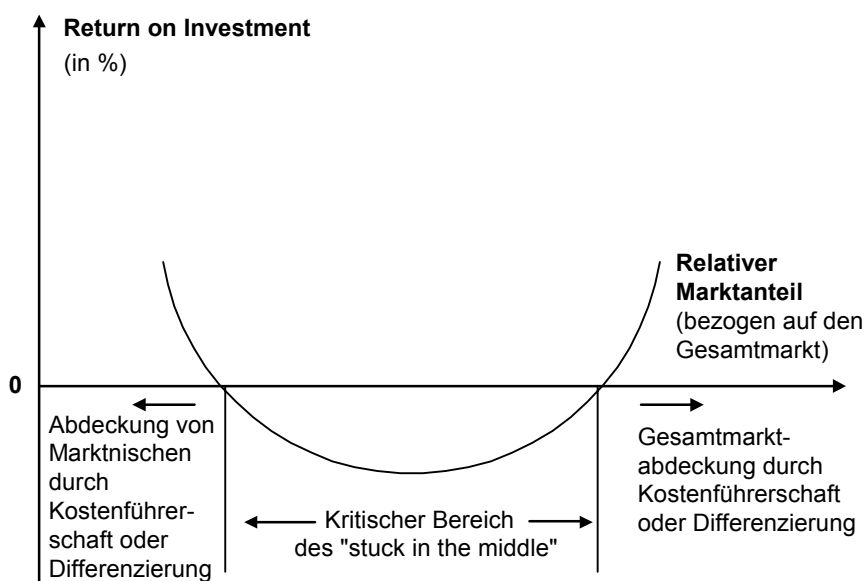


Abbildung 19: Zusammenhang zwischen Rentabilität und Marktanteil nach Porter 1990, 73

Für die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen hat dies ebenfalls Konsequenzen wenn man von einer Adaption der Verhältnisse ausgeht. Da das Gesundheitswesen auch einen Teil der Produkte und Dienstleistungen anbietet welche durch den Megatrend „Gesundheit, Schönheit und Wohlbefinden“ nachgefragt werden, bieten sich für die Unternehmen dieser Branche sehr gute Marktchancen – wenn Sie über das entsprechende Image verfügen.

Die Konsumenten / Patienten haben ja nur einmal die Möglichkeit, die Folgen des Alterns präventiv anzugehen, bzw. Defekte gleich beim ersten Mal richtig behandeln zu lassen um so einem Rezidiv vorzubeugen und dabei gleichzeitig das „Erlebnis“ nicht zu vernachlässigen. Gleichzeitig bieten diese „Bedürfnisse“ und Konsumwünsche den Anbietern die Chance Geld zu verdienen um, im Sinne Simons – die “Umkehr der Zweck-Mittel-Relation“ (siehe oben) wieder zu kehren und mit diesen Mitteln dazu beizutragen, eine herausragende Kerndienstleistung zu erbringen.

Folgt man dem GDI, welches für das Gesundheitswesen die nachfolgend aufgeführten Trends herausgearbeitet, wird sehr deutlich, dass sich das System nicht nur bewegt, sondern stark verändert (auch wenn diese Trends nicht ganz so radikal Realität werden sollten wie hier beschrieben). „Im Gesundheitsmarkt der Zukunft geht es immer weniger um die Heilung von Kranken, sondern immer mehr um Prävention, Wohlbefinden und die Verbesserung der biologischen Natur. Mensch und Maschine verschmelzen, Körper und Bewusstsein werden neu verschaltet. Die Rekombination von natürlicher und künstlicher Hard- und Software schafft Maschinenmenschen und Menschmaschinen. Die Gestalt dieser neuen Kreaturen ist nicht mehr fest, sondern

wandelbar. Radikale Trends:

- Sterben wird zur Option
- Künstliche Ersatzteile ersetzen kranke Organe
- Lifestyle-Prothetik: Der Markt für implantierte Trendprodukte
- Der Bio-Mensch wird per Body-upgrade aufgerüstet
- Das Geheimnis der Selbstheilung wird entschlüsselt
- Eine moderne Alchemie ersetzt die traditionelle Kosmetikindustrie
- Gestaltwandler leben in der permanenten Selbstveränderung
- Die Evolution des Menschen geht weiter und bringt neue intelligente Kreaturen hervor (Bosshard, Frick und Kaiser 2004, 61)“

Näher an der greifbaren Realität und Zukunft ist der Outcast den PWC für 2010 vorlegt. Er basiert auf Annahmen o.g. Stärkung der Marktkräfte und leitet daraus die hervorgehobenen Merkmale des Gesundheitswesens 2010 ab.

- 1. Kundenfreundliche Institutionen sind die Gewinner**
- 2. Die Leistungserbringer unterscheiden sich als Marken**
- 3. Service & Tempo sind Schlüssel für Kundenzufriedenheit**
4. e-Business-Modelle fordern heutige Anbieter heraus
5. Zugang zum Kapitalmarkt erfolgsentscheidend
6. Funktionale Silos ersetzt durch integrierten Service
7. Es gibt Ressourcen für Mitarbeiter-Umschulung
8. Kassen forcieren zwecks Kostensenkung Prävention
- 9. Die Kunden erwarten mehr, ohne dafür mehr zu bezahlen**
10. Allerorten Zunahme ethischer Konflikte
11. Neue Chancen für private Versicherer
12. Leistungserbringer unterwerfen sich globalen Standards (PWC 2000)

Dienstleistungen und Value Added Services Anbieter werden danach über ein gutes standing im Wettbewerb verfügen.

3.4 *Das Krankenhaus als Dienstleister im Wettbewerb*

Das Krankenhaus ist, wie weiter oben erwähnt, ein zweckorientiertes soziales System. Mit seinem dichten und differenzierten internen und externen Beziehungsgefüge kann es als komplexes System bezeichnet werden. Diese Komplexität steigt durch die weitergehende Spezialisierung mit der Bildung immer neuer medizinischer (z.B. Güntert 1990, 67) und pflegerischer Subdisziplinen weiter an. Gleicher Autor bezeichnet das Krankenhaus als gesellschaftliche Institution welche deshalb als offenes, umweltverbundenes System zu betrachten ist. Für das Management eines solchen Systems ist es notwendig den Zweck und die daraus resultierenden gesellschaftlichen Zusammenhänge zu erkennen, denn es gilt diese aussengerichtete Zweckorientierung im Managementprozess mit der Institution selbst (und umgekehrt) in Einklang zu bringen (Güntert 1990, 71).

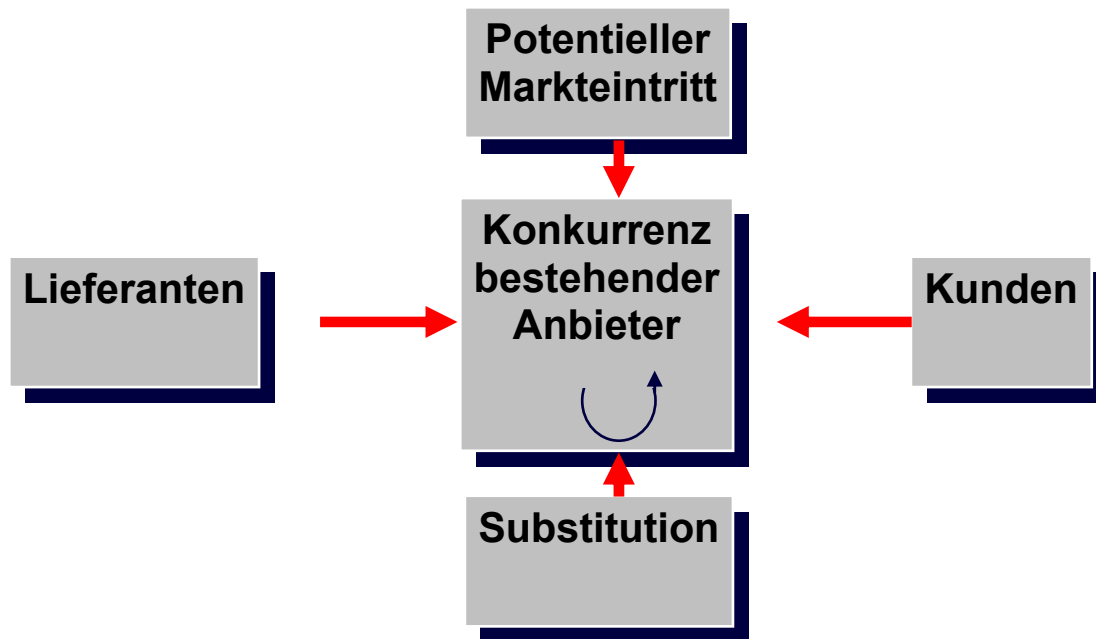


Abbildung 20: Wettbewerbskräfte nach Porter 1999, 32

Dies ist notwendig, denn wie oben gezeigt hält der Wettbewerb für Leistungsanbieter im Gesundheitswesen – auch für stationäre Leistungsanbieter - in Zukunft einige Herausforderungen bereit. Herausforderungen, die die althergebrachten allgemeinen Funktionen des Spitals (siehe nachfolgende Abbildung) nachhaltig verändern. Hinzu treten Wettbewerbskräfte, die u.a. durch potentielle substitutive Kräfte (z.B. ambulante Operateure oder Managed Care Organisationen) oder z.B. ausländische Anbieter die neu auf den Markt kommen, welche gemeistert werden müssen.

3.4.1 Funktionen des Krankenhauses

Die Angriffsflächen des Spitals sind vielfältiger Art und Natur, weil ein Krankenhaus i.d.R. über sehr viele Funktionen gefügt (siehe nachfolgende Abbildung)

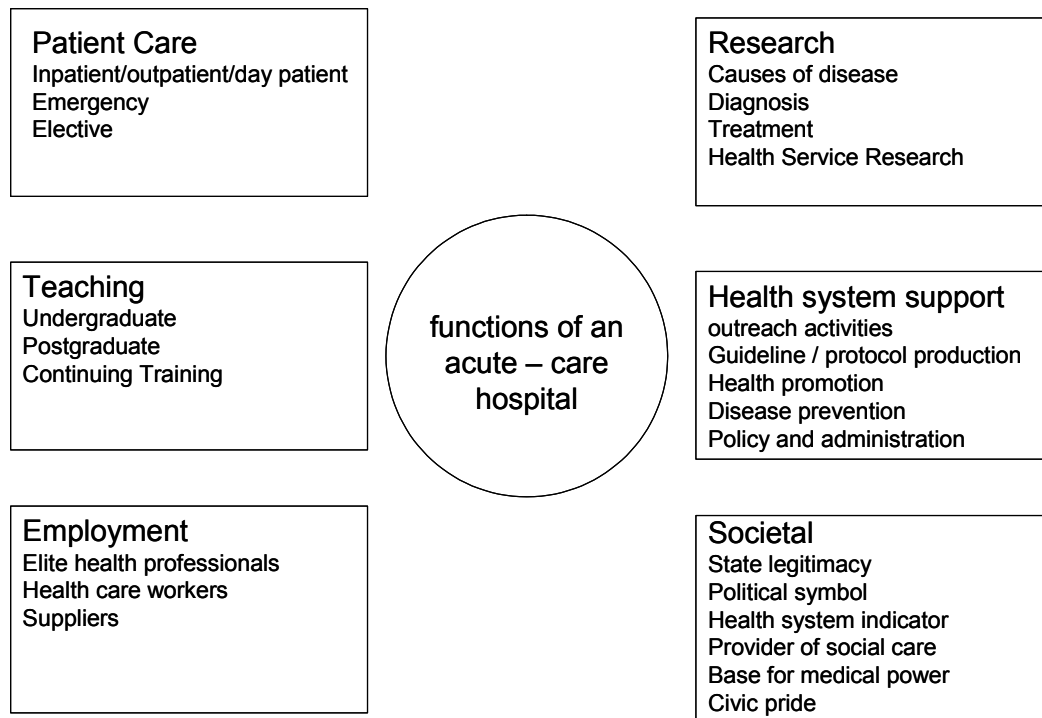


Abbildung 21: Function of an acute-care hospital (nach Healy und McKee 2001)

Die Funktionen nach Healy und McKee sind auf die Krankenhäuser in nationalen Gesundheitssystemen bezogen, wie sie z.B. Grossbritannien aufweist. Im deutschen Sprachraum werden den Spitälern nur die drei Kernfunktionen Versorgung, Lehre und Forschung zugeschrieben. Die Funktionen „Beschäftigung“, „Gesundheitssystemunterstützung“ und „Soziales“ werden in den einschlägigen Gesetzen i.d.R. nicht genannt.

Im Speziellen weist der Sachverständigenrat (2003, Nr. 198) für deutsche Krankenhäuser auf folgenden Funktionen hin:

- Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung,
- Elektive, d. h. nicht als Notfallbehandlung erbrachte und in der Regel zeitlich planbare voll- bzw. teilstationäre Versorgung in Entsprechung zu den medizinischen Schwerpunkten und zum Leistungsprofil von Krankenhäusern, ergänzt durch vor- und nachstationäre Versorgung,
- Rehabilitation in Abstimmung mit dem Leistungsangebot von Rehabilitationseinrichtungen oder Überleitung in Rehabilitationseinrichtungen,
- Überleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. ambulante pflegerische Versorgung,

- Hospizversorgung zum Ausgleich eines unzureichenden Angebots für terminal Kranke ausserhalb von Krankenhäusern,
- ambulante ärztliche Versorgung in Abstimmung mit der von kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Versorgung durch in einer eigenen Praxis niedergelassenen Ärzte,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung vor allem von Ärzten und Pflegepersonal und
- klinische Forschung, Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen und zukünftig vermehrt Versorgungsforschung.

Das traditionelle Krankenhaus – die dominante Versorgungsform in Gesundheitssystemen mit Krankenversicherungsordnung, weist nach Güntert (1996c) folgende Merkmale auf: Es konzentriert sich auf die stationäre Akutversorgung, spezialisiert sich stark und weist komplexe Strukturen auf, pflegt ein disziplinäres Denken und weist deshalb Merkmale der professionellen Bürokratie sowie Parallelhierarchien entlang der verschiedenen Professionen auf, hat eine zentrale Stellung innerhalb eines regionalen Versorgungssystems als medizinisch-technisches Kompetenzzentrum und wird v.a. über Ressourcen, nicht über Ziele gesteuert (siehe oben). Aus managementorientierter Perspektive sind Krankenhäuser sehr „spezielle“ Organisationen. Merkmale, die sie von anderen Institutionen unterscheiden sind nach Fottler (zitiert nach Stanwick et al. 1995, 16)

- Die Definition des Outputs (gemeint ist wohl der Outcome – der Verfasser) und dessen Messung ist schwer.
- Die Arbeit beinhalten Notfälle bzw. nicht planbare Aktivitäten und gestattet wenig Toleranz bzgl. Mehrdeutigkeit und Fehlern.
- Besteht aus Professionen deren primäre Loyalität ihrer Profession und nicht ihrer Organisation gilt.
- Es besteht geringe organisationale oder managerielle Macht über die Ärzte, der Profession die am verantwortlichsten ist für „generating work and expenditures“.
- Das politische, rechtliche und finanzielle Umfeld ist extrem komplex und pluralistisch, dies führt dazu dass komplexe intra- und intersystemische Verbindungen aufgebaut und unterhalten werden müssen.
- Da die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bzw. des Lebens die reine administrative bzw. managerielle Rationalität häufig ersetzt oder mit ihr konfligiert,

müssen die Dienstleistungen in einem höheren Masse individualisiert erbracht werden als in anderen Dienstleistungsorganisationen.

Ergänzend muss hinzugefügt werden, dass sich das Krankenhaus auch dadurch auszeichnet, dass es im deutschen Sprachraum lange Jahre mithilfe ungeeigneter theoretischer Rahmen der deutschsprachigen Krankenhausbetriebslehre analysiert und „therapiert“ wurde. Diese hatten Fehleinschätzungen und -entwicklungen zur Folge. Wie Offermanns (2005, 41ff) zeigt sind weder die lange dominierenden faktortheoretischen, als auch die neueren entscheidungsorientierten Ansätze der Betriebswirtschaftslehre geeignet, einen adäquaten Bezugsrahmen zur Analyse und darauf aufbauend zur Problemlösung zu bieten. Ihr Einsatz hat aber bewirkt, dass sich gewisse Resistenzen gegen betriebswirtschaftlich orientierten Wandel etabliert haben, die zusammen mit den medizindominierten hierarchischen Organisationsstrukturen eine gewichtige und stabile Barriere bilden.

Gleichzeitig wird aus der public health orientierten Wissenschaft das zukünftige Leistungsspektrum als Gesundheitszentrum definiert, welches umfasst (ebenfalls nach Güntert 1996c):

1. Erbringung qualitativ hochstehender stationärer Versorgungsleistungen im Bereich der Schulmedizin,
2. Integration ambulanter und teilstationärer Leistungen der Akutversorgung,
3. Integration von psycho-sozialen Leistungen und (evaluiertes) Leistungen der Erfahrungsmedizin,
4. patientengerechte Koordination der regionalen Leistungsangebote und Sicherstellung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern,
5. Koordination des stationären und ambulanten Leistungsangebotes der verschiedenen Leistungsanbieter aufgrund der individuellen Patientensituation (Patienten-management),
6. Schulung von Patienten und Angehörigen zur Selbsthilfe im weiteren Betreuungs- und Versorgungsprozess,
7. Aufklärung von Patienten, Angehörigen und weiteren Zielgruppen über Gesundheitsprobleme,

8. Durchführung von Präventionsmassnahmen für verschiedene Zielgruppen,
9. Gesundheitsförderung für Patienten, Angehörige und weiterer Zielgruppen,
10. Gesundheitsförderung für Mitarbeiter.

Leistungs- oder Versorgungsaufträge hingegen umfassen (zumindest in der Schweiz) mehrheitlich die klassischen Versorgungsaufgaben (Punkte 1 und 2) und unterstreichen vornehmlich den Effizienzgedanken, wobei in seltenen Fällen noch Zielvereinbarungen bezüglich der Qualität der angebotenen Leistungen getroffen werden. Die Punkte 3 bis 10, welche nach PH- Gesichtspunkten einen wichtigen Teil der Qualität ausmachen, werden i.d.R. nicht erbracht. Sie werden auch nicht explizit von z.B. Krankenversicherern verlangt. Man konzentriert sich auf das Messbare und Honorierbare. Gleichzeitig bieten die Punkte 3 bis 10 für die einzelnen Leistungserbringer herausragende Differenzierungspotentiale um sich im Wettbewerb von Mitbewerbern zu unterscheiden, um so von potentiellen Kunden wahrgenommen und ausgewählt zu werden.

3.4.2 Den Wandel im Krankenhaus beeinflussende Schlüsselfaktoren

Dabei spielt eine hohe Dienstleistungsorientierung und die vom Kunden wahrgenommene und tatsächliche Qualität der Leistungen und die Qualität – im Sinne eines TQM - eine wichtige Rolle (siehe auch nachfolgende Abbildung). So hat SPACE (2001) für die niederländische Krankenhausgesellschaft die folgenden key drivers der Entwicklung für die Krankenhäuser von zehn Ländern²⁹ in einer Expertenbefragung herausgearbeitet. Diese decken sich in Teilen mit den oben genannten Einflussfaktoren auf das Wachstum des Gesundheitswesens (z.B. den demographischen Wandel), und ergänzen sie. SPACE schätzt weiterhin noch die Bedeutung und die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens der einzelnen Schlüsselfaktoren ein.

²⁹ (Australien, Belgien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Spanien, Schweden, US-Amerika, Grossbritannien)

Schlüsselfaktoren für Veränderungen in Spitälern

Einstellung und Verhalten der Konsumenten

- Spitäler werden den Bereichen Kundendienst und Partnerschaften vermehrt Aufmerksamkeit schenken
- Spitäler haben damit begonnen, alternative medizinische Dienstleistungen bereitzustellen und werden diese in Zukunft ausbauen
- Spitäler haben damit begonnen, ihr Geschäft auf Prävention und Wellness auszurichten und werden diese Aktivitäten fortsetzen
- Konsumenten erwarten die Bereitstellung von Kerndienstleistungen in ihren Gemeinden
- Einige Konsumenten beginnen zwischen der Qualität einzelner Spitäler zu differenzieren und entscheiden sich ungeachtet des Standorts für die Einrichtung mit der höchsten Qualität

Relative
Bedeutung

Wahrscheinlichkeit
des
Eintreffens

Sehr
wichtig

Ungewiss

Soziodemografische Trends

- Spitäler müssen neue Instrumente entwickeln, um den gesundheitlichen Bedürfnissen von Älteren, Frauen und verschiedenen ethno-kulturellen Gruppen gerecht zu werden
- Spitäler müssen ausserdem den Bedürfnissen junger Familien vermehrt Beachtung schenken
- Spitäler müssen alle ihre Dienstleistungen besser integrieren, insbesondere für die Älteren
- Benutzerfreundliche Dienstleistungen müssen ausgebaut werden, um die Bedarfe u. Bedürfnisse einer kulturell stärker diversifizierten Bevölkerung zu erfüllen

Wichtig

Wahrscheinlich

Wertvorstellungen in einer Demokratie des 21. Jahrhunderts

- Steigender Bedarf an flexibleren Gesundheitseinrichtungen
- Spitäler müssen ihre Haltung und Aktivitäten vermehrt auf eine Partnerschaft mit den Patienten ausrichten
- Wachsender Bedarf an Flexibilität gegenüber sich verändernden Wertvorstellungen innerhalb einer Kultur
- Aussicht auf alternative Einnahmeströme

Wichtig

Wahrscheinlich

Wissenschaft und Technologie

- Spitäler sind weiterhin Bastionen der Spitzentechnologie

Sehr
wichtig

Ungewiss

- Gentechnologie wird zu einer neuen „Präventivmedizin“ und zu neuartigen Eingriffen führen
- Wissenschaft und Technologie werden weniger „intrusive“ Eingriffe ermöglichen, die näher am Wohn- bzw. Arbeitsort vorgenommen werden können. Spitäler dürften ihre Leistungseinrichtungen ausbauen, um die Chance für neue Leistungspartnerschaften wahrzunehmen
- Operationen werden weniger invasiv sein und kürzere Spitalaufenthalte (falls überhaupt) erfordern
- Spitäler werden immer stärker mit der Wissenschaft und Technologie bzw. mit dem Forschungs- und Entwicklungszyklus verflochten sein
- Erhöhter Bedarf an Informationsmanagement und Wissen
- Spitäler müssen vermehrt Fachkräfte für eine weiter gefasste health care community zur Verfügung stellen
- Erhöhter Bedarf an Change-Management-Fähigkeiten mit beschleunigtem Einsatz von Wissenschaft und Technologie

Informationstechnologie

- Der Trend in Richtung nicht-traditioneller Mehrzweckeinrichtungen dürfte sich verstärken, da der Zugang via Internet und Telekommunikation eine flexiblere Leistungserbringung ermöglicht
- Spitäler werden weiterhin auf umfangreiche Investitionen in ihre IT-Dienste angewiesen sein, um der Nachfrage nach modernster Technologie gerecht zu werden
- Spitäler werden vermehrt zu klinischen Teleoperationen (assistierten chirurgischen Eingriffen), Telekonsultationen und Telekonferenzen übergehen
- Spitäler werden ihre Patientendatenysteme elektronisch miteinander verbinden
- Der Bedarf an „virtuellen“ Einrichtungen wird steigen
- Spitäler werden vermehrt in die Schulung und Weiterbildung ausserhalb der Arbeitszeiten investieren müssen

Sehr
wichtig

Ungewiss

Wirtschaft

- Spitälern bietet sich vermehrt die Chance, ihre Funktion als treibende Kräfte der Wirtschaft zu nutzen
- Der absolute Wert von Intensivpflegeeinrichtungen wird zwar steigen, aber deren relativen Bedeutung im Gesundheitsbudget dürfte abnehmen

Weniger
wichtig

Wahrscheinlich

Staat

- Spitäler werden besonders stark als Monopole wahrgenommen (teuer und nicht für Änderungen empfänglich) Weniger Wahrscheinlich
- Spitäler werden in Zukunft höheren Ansprüchen an Qualität und Finanzmanagement genügen müssen wichtig

Umwelt

- Stärkere Verbreitung von antibiotikaresistenten Organismen verursacht höhere Behandlungskosten Sehr Ungewiss
- Globalisierung von Krankheiten führt zu neu auftretenden Krankheiten und neuartigen Eingriffen wichtig

Arbeit und Besonderheiten der Organisationen

- Verschlankung (Downsizing), Personalabbau und flachere Organisationsstruktur sind typische Merkmale von Spitalorganisationen
- Bisherige Rollen des Pflegepersonals, der Organisation und der Arbeitskräfte müssen neu definiert werden
- Der ausgeprägte Trend von der stationären zur ambulanten Pflege bzw. von der Outreach-Tätigkeit zur Home Tätigkeit wird weiter zunehmen Wichtig Ungewiss
- Übergang von herkömmlichen zentralisierten Einrichtungen zu dezentralisierten Mehrzweckeinrichtungen
- Wachsender Druck zum Outsourcing
- „High-Tech“ wird weiterhin im Vordergrund stehen, aber „High-Touch“ gewinnt ebenfalls an Bedeutung

Tabelle 9: Überblick über die Schlüsselfaktoren für Veränderungen und ihre wahrscheinlichen Auswirkungen auf Spitäler in den nächsten 10-20 Jahren (SPACE 2001, 83 f), eigene Übersetzung

Mit diesen Einflussfaktoren die direkt auf die Krankenhausentwicklung wirken, zeigt SPACE, dass das Gesundheitswesen und das Krankenhaus sich allgemeinen Entwicklungen nicht entziehen kann. Faktoren welche in der Güterindustrie oder in der allgemeinen Dienstleistungsindustrie gelten, wirken auch auf das Krankenhaus. So ist derzeit in der Literatur (branchenübergreifend) unbestritten, dass derjenige Marktanbieter langfristig den meisten Erfolg haben dürfte, welcher dem Kunden mittels konsequenter Dienstleistungsorientierung die beste Qualität, d.h. den subjektiv höchsten Wert zur Verfügung stellen kann. Aus der Industrie weiss man

weiterhin, dass solche Unternehmen nicht nur deutlich profitabler arbeiten als ihre traditionellen Mitbewerber, sondern auch eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit haben (Droege et al. 1995, 48 f - anhand der chemische Industrie).

Die Profit Impact of Market Strategy (PIMS) Studie stützt diese Hypothese und kann als ein Beleg für Relevanz des Themas Qualität für das Geschäftsergebnis herangezogen werden. Auch wenn die Studienergebnisse, welche seit 1975 veröffentlicht werden einer Vielzahl von berechtigter Kritik unterzogen werden müssen (siehe z.B. Müller-Stewens / Lechner 2001, 247), so kann doch recht deutlich nachgewiesen werden, dass die relative Qualität eines Produktes / einer Dienstleistung das Geschäftsergebnis (bei PIMS vornehmlich über den ROI gemessen) zusammen mit 7 weiteren Faktoren stark beeinflusst.³⁰ (Die weiteren Faktoren welche genannt werden und untereinander unterschiedlich stark vernetzt sind: Investitionsintensität, Produktivität, relativer Marktanteil, Marktwachstumsrate, Innovationsrate, vertikale Integration und Kundenprofil (a.a.O, 246)). Auch Saunders et al. weisen anlässlich des EFQM Forums 2001 (Saunders et al. 2001, 7) auf mehrere umfangreiche Studien hin, welche belegen, dass sich der Einsatz von Qualitätsmanagement und quantitativen Methoden günstig für die Unternehmensentwicklung (v.a. finanzielle Parameter) auswirken.

3.5 Value Added Services als Schlüsselfaktor des Wandels und als Chance zur Positionierung im Markt

Obige Schlüsselfaktorenanalyse von SPACE verdeutlicht nochmals die Bedeutung der Value Added Services und bietet vielfältigste Möglichkeiten zur Identifikation derselben.

Zur Ermittlung des Wertes der VAS kann z.B. die Wertanalyse herausgezogen werden, welche drei geteilt vorgenommen wird:

Der Funktionsanalyse identifiziert den Nutzen des Produktes oder der Dienstleistung

³⁰ Die Vertreter der PIMS Studie sprechen zwar von einer Erklärbarkeit von 70 – 80 % des Geschäftserfolges durch diese 8 Faktoren und somit ein nahezu Erreichen des Ursprungsziels der Studie die sogenannten „laws of the market place“ zu finden. Die an der PIMS Studie geübte Kritik kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Aussage mit Vorsicht zu genießen ist. Zwar konnten keine allgemeinen Marktgesetze gefunden werden, aber ihre Ergebnisse bieten laut Müller-Stewens / Lechner (2001, 247) wichtige Anhaltspunkte für die Bewertung strategischer Optionen.

unter Aufsplitterung der Analyseobjekte und erlaubt es den Wert jedes Objektes aus Kundenperspektive zu bestimmen. Die Funktionsbewertung hat zum Ziel die Kosten der einzelnen Teilfunktionen zu ermitteln. Diese können im Anschluss den Nutzenwerten gegenübergestellt werden. Aus diesem Vergleich leitet sich der Wert für den Kunden ab. In einem dritten Schritt gilt es eine Funktionssynthese vorzunehmen, deren Ziel es ist, kostengünstigere oder werterhöhende Alternativen zu generieren. Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass der subjektive Wert aus Perspektive des Kunden durch das Preis / Leistungsverhältnis bestimmt wird.

Den Krankenhäusern stehen somit drei Ansatzpunkte zur Erhöhung des subjektiven Wertes für ihre Kunden zur Verfügung: Preis, Produktqualität und Servicequalität. Anzumerken ist in diesem Fall, dass Ullmann hier unter Servicequalität die klassische Dienstleistungsqualität versteht, also die Qualität der Leistung, welche das „Produkt / Gut“ begleitet. Im Kapitel welches sich den Definitionen widmet, wird noch auf diese Definition und ihren Gebrauch in der vorliegenden Arbeit eingegangen werden. Servicequalität soll im Rahmen dieser Arbeit, d.h. im Zusammenhang mit Dienstleistungen als Kernleistung, „Value Added Services“ heißen.

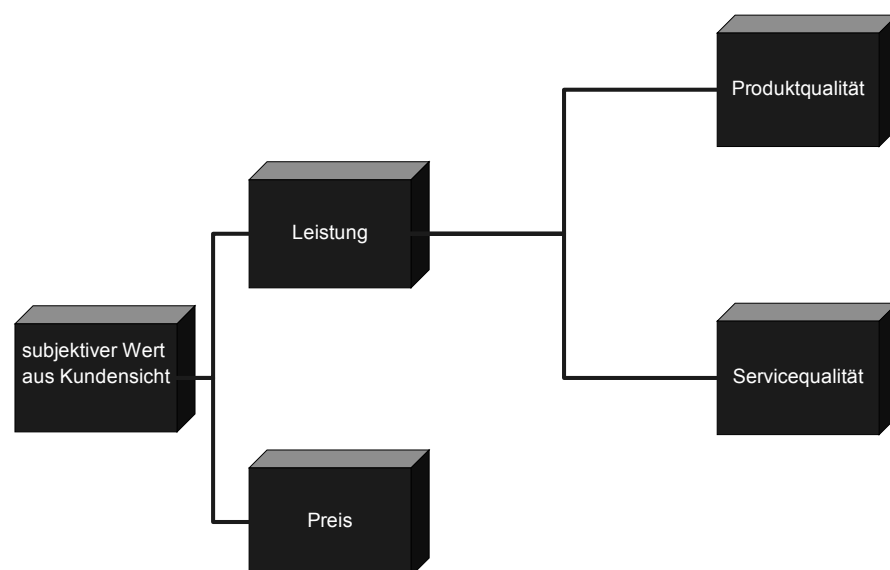


Abbildung 22: Möglichkeiten für zukünftigen Markterfolg nach Ullmann et al. 1994, S. 1266 ff

Es ist ein strategischer Entscheid ob sich eine Unternehmung für diese Art der Dienstleistungs- resp. Kundenorientierung entscheidet. Viele Indizien und Belege weisen allerdings darauf hin, dass es ein guter und richtiger Entscheid ist dies zu tun.

Nicht nur formale Managementlogik (z.B. nach Porter im Kap. 6.3), sondern auch inhaltlich fachliche Gründe sprechen dafür (siehe oben).

Die Zielsetzung strategischen Handelns nach Porter kann als das Herstellen von wettbewerblicher Unterscheidungskraft definiert werden. Ein strategischer Wettbewerbsvorteil hat nach Porter zwei Komponenten (Porter 1999). Erstens wenn die Kunden einen Unterschied zu den Wettbewerbern wahrnehmen und zweitens (dieser Punkt wird gerne übersehen), dass die Kunden diesen Unterschied wertschätzen (vgl. auch Liebl / Rughase 2002, 35).

Porter findet vielfache Bestätigung u.a. durch Beckham (Beckham 1990, 104), der bzgl. strategischer Optionen für grössere und kleiner Krankenhäuser differenziert. Diese Empfehlungen leitet er aus dem Verhalten und den Merkmalen der 10 erfolgreichsten Spitäler der USA bzgl. Marktanteil, Kundenpräferenz und relative Profitabilität (auf Grundlage von Daten der American Hospital Association) ab. Es sind:

- a) „Either be big or be different – or preferably, be both
- b) Use bigness as leverage for productivity, quality and preference
- c) If you are big, keep others from getting big
- d) If you are small, crawl in a niche and dig in“

Viele Organisationen des Gesundheitswesens (dies ist allerdings nicht nur auf diese Branche beschränkt) scheinen heute den herausragenden Stellenwert von Serviceleistungen im Rahmen einer ganzheitlichen Problemlösung noch nicht antizipiert zu haben. Hierfür kann es mehrere Gründe geben, wie zum Beispiel:

- Einen „neu“ geschaffenen Markt „Gesundheitswesen“;
- ein schwach ausgeprägtes oder gar fehlendes markt- und kundenorientiertes Management;
- eine fehlende Integration der Markt- und Kundenbedürfnisse;
- eine nur schwache Tendenz zu einem Angebot von individuellen Problemlösungen;
- eine fehlende oder nur ungenügende Analyse der/des relevanten Marktstruktur/ Marktverhaltens mit all seinen/ihren Determinanten;

- die damit zusammenhängende Unfähigkeit Erfolgspotentiale durch angepasste Strategien in Wettbewerbsvorteile und damit in Unternehmenserfolg zu transformieren;
- sowie eine negative Begriffsbelegung des Service in der Unternehmenskultur (Service als notwendiges und v.a. teures Übel).

Zwar ergab eine Studie der KPMG Unternehmensberatung im Jahr 1997, dass das Nachfrageverhalten von Patienten nach Meinung von Krankenhausverwaltungen in Deutschland stark durch die gestiegenen Ansprüche an die „Serviceleistungen“ determiniert wird. Allerdings zogen die Befragten daraus keine direkten Schlüsse hinsichtlich der Prioritätensetzung um zukünftige Managementaktivitäten und -voraussetzungen. Hier wurde weiterhin prioritär das Controlling, das Reengineering, das strategische Management sowie Krankenhausinformationssysteme genannt (Glasmacher et al. 1997, 231 f).

Trotzdem erkannten und erkennen alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, dass es Organisationen gibt, die bekannter – erfolgreicher und exzellenter sind. Was machen diese anders ? Es gibt Tausende von Kliniken die Hernien operieren, aber nur ein Shouldice Hospital, es gibt nur „eine“ Majo – Klinik, ein Cleveland Clinic Heart Center – oder ein Herzzentrum Bad Oeynhausen (das mit den meisten Operationen weltweit pro Jahr). Wenn tatsächlich Wettbewerb herrschen sollte, was zeichnet diese Einrichtungen aus, was macht sie attraktiver als die Konkurrenz, die oft gleich gut ist und über das gleiche Equipment verfügt ?

Der Beschreibung der Leistungen in o.g. KPMG Studie ist allerdings zu entnehmen, dass die Befragten mit „Service“ Dienstleistungen im Sinne dieser Arbeit gemeint waren, welche aber grundsätzlich einen werterhöhenden (value added) Charakter haben sollen, denn als Kernleistung wird von den Befragten nicht die Dienstleistung als Ganzes, sondern nur der medizinisch / pflegerische Teil dieser Leistung betrachtet. Die Befragten zeigten damit, dass sie grundsätzlich die Marktmechanismen verstanden haben (die Kernleistung reicht nicht mehr aus, sie muss durch weitere Leistungen ergänzt werden), wendeten diese Kenntnis jedoch nicht im notwendigen Sinne an. Sie definierten ihre Hauptleistung viel zu eng. Als Folgeschritt definieren sie dann einfache Dienstleistungen als VAS (Value Added Services), welche in realiter schon längst in die Hauptleistungen integriert worden

sind und mit denen sich weder Aufmerksamkeit noch Umsatz, geschweige denn Gewinn erzielen lassen.

3.5.1 Annäherung an eine Definition von Value Added Services

Schon die Legaldefinition des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Deutschland, welches hier als Beispiel dienen soll, macht deutlich, in welchem Umfang und in welcher Definition die zu erarbeiteten Begrifflichkeiten der VAS zum Tragen kommen.

So heisst es im KHG, Krankenhäuser sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“ (KHG, 1985, Art. 2, 1,1).

Damit sind die Haupt- / Kernleistungen „medizinische und pflegerische Versorgung, sowie Hotelleistungen festgelegt. Hinzu treten die minimal notwendigen Verwaltungsleistungen. Nur diese sind entschädigungswürdig.

Aber mit Service und hoher Service Qualität ist Geld zu verdienen, die Profitabilität zu erhöhen (Nacht 1993, 59 f) und das gesamte System weiterzuentwickeln. Deshalb müssen Sie trotzdem angeboten werden. Und sie werden angeboten, z.B. als Komforterhöhung.

Bei Privatpatienten z.B. in Deutschland werden zusätzlich zu den Basisleistungen auch Komfortleistungen angeboten (z.B. Chefarztbehandlung oder bessere Zimmerausstattung), welche den Versicherern zusätzlich in Rechnung gestellt werden können. Der BGH³¹ hat sich im August 2000 erstmalig mit dem Grundsatz der in der Bundespflegesatzverordnung (Art. 7, Abs.2, Nr. 7 in Verbindung mit Art. 22, Abs. 1) erwähnten Angemessenheit für solche Wahlleistungszuschläge im Komfortbereich geäußert. Er stellte fest, dass die Angemessenheit dann vorliegt, wenn der Komfort der Zimmer folgendes aufweist: Separate Dusche, WC; Grösse

³¹ Urteil vom 04.08.2000 – III ZR 158/99

und Lage des Zimmers; Komfortbetten; Besucherecke. Für Zweibettzimmer können nach BGH max. 60 Euro, für Einbettzimmer 90 Euro Zuschlag berechnet werden (o.V. 2001 b oder Quaas / Dietz 2000, 440 ff).

Serviceleistungen im Sinne von Public Health, oder im kundenorientierten Sinn, werden aber i.d.R nicht in den betreffenden Gesetzen erwähnt, da die Ziele der bisherigen staatlichen Gesundheitspolitik nur die Kernleistungen sind. Die Serviceleistungen hingegen werden von Einrichtungen des Gesundheitswesens genutzt um diese Kernleistungen attraktiver zu gestalten und deren Absatz zu unterstützen. Im ambulanten Sektor ist dies nach Nacht (Nacht 1993, 59 f) schon usus.

Als Beispiel zur Verdeutlichung der Kernleistung (hier für den Bereich der Administration) soll die verpflichtende Meldung der Krankenhäuser der Diagnosen nach ICD 10 an die Krankenversicherungen dienen, sowie deren elektronische Übermittlung. Diese Aufgabe, welche im Prinzip Servicecharakter hat, denn sie erleichtert dem Finanzier Krankenversicherung die Abrechnung und die Erstellung von gesundheitspolitisch relevanten Statistiken, wurde per Definition durch den Gesetzgeber zu einer Kernleistung der Krankenhäuser im administrativen Bereich.

Es gibt viele Beispiele für strategische Entscheide im obigen Sinn, z.B. der Erschliessung neuer Geschäftsfelder durch Krankenhäuser in Deutschland. Auffällig ist, dass in Umfragen antwortende Spitäler meist durch Ihren Geschäftsführer Gehör finden, d.h. in den meisten Fällen eine Umwandlung der Rechtsform stattgefunden hat. Überrepräsentiert ist eindeutig die GmbH, welche auch klar die innovativsten Ideen demonstrieren. (o.V. 2000a, 361 ff)

Eine weitere Form von Value Added Service kann z.B. die Corporate Social Responsibility sein:

Mit der immer häufiger zu beobachtenden Entlassung von Spitälern aus Ihrem Status als Verwaltungseinheit in privatrechtliche Organisationsformen (z.B. Aktiengesellschaft), aber auch relativ selbständige öffentlich – rechtliche Organisationsformen (z.B. Anstalten des öff. Rechts) wird es für diese Institutionen wichtig, nachzuweisen, dass sie nicht nur sich selbst optimieren – und dies auf Kosten der Gesellschaft, sondern darzustellen, dass sie trotz erhöhtem Druck ihre

soziale Verantwortung wahrnehmen. Klassische Massnahmen und Aussagen solcher verantwortlicher Organisationen werden zu den Themen Mitarbeiterbehandlung, Nachhaltigkeit, Umweltbilanzen, Verhaltensrichtlinien, Ethikstandards u.a. gemacht (z.B. Kröher 2005³²).

Inzwischen ist es auch möglich sich solche erfolgreiche Aktivitäten bescheinigen zu lassen. „Beratungsfirmen, Lehrstühle und sogar Wirtschaftsprüfungsgesellschaften wie PWC haben konkurrierende Verfahren entwickelt, um die Firmenethik zu überprüfen“ (Fischermann 2001). Das hinter solchem Engagement der Leistungsanbieter nicht nur altruistische oder ökologische Motive stehen, sondern ganz klar auf ein „long term shareholder value“ gezielt wird, zeigt auch die Existenz des Dow Jones Sustainability Group Index (DJSGI) (Steiner 2001, 27), oder die Existenz eines neuen Nachhaltigkeits - Zertifikats des US – Finanzinstituts Merrill Lynch, welches ökonomische, ökologische und soziale Kriterien berücksichtigt (Erfassung durch die Schweizerische Vermögensverwaltungsgesellschaft SAM Sustainable Asset Management) (o.V. 2002 a). Das Investment in 50 nach diesen Kriterien geführte europäische Blue Chip Unternehmen wirkt sich natürlich auch positiv auf die Rendite aus (Von 09 / 1999 bis 04 / 2002 übertraf die Performance die des Dow Jones Stoxx 50 Index um 18 % (a.a.O.).

Auch die EFQM mit ihrem Business Excellence Modell zielt hierauf ab. Kriterium 8 bezieht sich auf gesellschaftsbezogene Ergebnisse und verlangt hier den Nachweis umfassender Aktivitäten, welche strategieunterstützend auf die Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung ausgerichtet sind (EFQM 2000). Martin (Martin R. 2002, 69 ff) weist weiterhin darauf hin, dass die Wahrnehmung der „corporate responsibility“ durch nur ein erfolgreiches Unternehmen in einer Branche quasi einen Standard setzt, der von den Mitbewerbern zwangsläufig übernommen werden muss, um beim Kunden oder der Gesellschaft nicht bezüglich Image ins Hintertreffen zu geraten und dadurch vermindert wettbewerbsfähig zu werden.³³ Als Beispiel seien die kantonalen psychiatrischen Dienste in Wil, Kanton St. Gallen Schweiz genannt, welche für die naturnahe Gestaltung ihres Klinikareals im Mai im

³² Dieses good company ranking wurde von Deloitte durchgeführt und beinhaltet folgende Kriterien: Effektive Leistung der Unternehmen in den Bereichen Mitarbeiterförderung, gesellschaftliches Engagement, Umweltschutz, Finanzleistung und Transparenz.

³³ Liebl (2000) gibt einen herausragenden Überblick der Entwicklung vom Stakeholder Management über das Shareholder Management hin zu einem Corporate Citizenship Management als Teil der Unternehmensstrategie.

Jahr 2005 von der Stiftung Natur & Wirtschaft mit dem Label „Naturpark“ ausgezeichnet wurde. Dieses auf Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung basierende Label zeichnet Firmen aus, welche auf ihrem Areal die Natur fördern.³⁴

Ein weiterer Public Health Bezug sei erwähnt: Dass diese Verantwortung nicht nur in den klassischen oben genannten Bereichen des „Umweltschutzes“ wahrgenommen werden kann, sondern in allen anderen Bereichen, welche dies nötig haben, geeignet sind und sich die Institution einen Gewinn davon verspricht, scheint klar. So ist z.B. eine entsprechende Erhöhung der Dienstleistungs- und Servicequalität zugunsten der Hauptkunden „Patient“ nicht nur eine soziale und ethische Pflichtübung, sondern sie trägt auch dazu bei gesellschaftliche Verantwortung zu demonstrieren, indem die regionale Kaufkraft dort bleibt, wo sie erwirtschaftet wurde.

Eine zusätzliche Betrachtungsperspektive ergibt sich z.B. aus kantonaler Sicht. Da die Trägerschaft der Spitäler in der Schweiz (meist die Kantone) min. 50 % der Betriebskosten tragen und derzeit auch die Investitionskosten der stationären Versorgung, ist den Kantonen nicht nur an monetären Zielgrössen gelegen, sondern auch an qualitativen Zielen, wie z.B. eine Optimierung der Versorgungskette innerhalb des Kantons. Diese primär qualitativen Zielgrössen finden über kurz oder lang auch ihren quantitativen Counterpart. Die verbesserten Abläufe werden tiefere Kosten für den Kanton zur Folge haben, denn er ist nicht nur massgeblicher Finanzier der stationären Versorgung, sondern auch verpflichtet die Krankenversicherungsprämien für bestimmte Anspruchsgruppen zu subventionieren.

³⁴ <http://www.comm-care.ch/naturundwirtschaft/firmendetails.php?id=1210>

4 Qualität und Value Added Services - Begriffsabklärungen und -definitionen

Das eigentliche Ergebnis einer guten Definition liegt darin, über die Erörterung von Begriffen zu einer Auseinandersetzung mit der Sache zu gelangen (Mills 1963,75).

Dies ist im vorliegenden Fall notwendig, da Value Added Services im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, die die gleiche Funktionen haben sollen wie die industriellen Dienstleistungen – dies nur bezogen auf die Dienstleistung selbst. (Beispiele finden sich im Kapitel 1, z.B. Abb. 5 und fortfolgender Text).

	Güterindustrie	Dienstleistungsindustrie
Hauptleistung	Produkte / Güter	Dienstleistung
Nebenleistungen	Dienstleistungen	Value Added Services

Abbildung 23: Haupt- und Nebenleistungen in der Industrie und in Dienstleistungsunternehmen

Wie im Kapitel 3.5 angesprochen ist es für die weitere Entwicklung und das Management von Dienst- und Serviceleistungen essentiell zu verstehen was die Hauptleistung eines stationären Leistungserbringers ist und welchen Umfang diese hat, sowie zu erkennen was werterhöhende (Neben-) Leistungen sein können. Die Entwicklung des eigenen Marktes, sowie des Gesamtmarktes sollte in diesem iterativen Prozess angemessen berücksichtigt werden.

Dazu ist es notwendig a) den Fakt der Dienstleistung näher zu betrachten, und b) Qualität näher zu definieren, denn diese muss werterhöhend wirken. Daraus abgeleitet sollen unterschiedliche Ansätze zur Definition und Messung von Dienstleistungsqualität zuerst analysiert und dann auf ihre Eignung zur Beschreibung und Verwendung für Value Added Services hin überprüft werden.

Danach kann eine exaktere Definition von Value Added Services – tatsächlichen Serviceleistungen – für den Dienstleistungsbereich vorgenommen werden. Was

tatsächliche Value Added Leistungsqualität im Dienstleistungsbereich sein kann und wie Value definiert werden kann, wird anhand unterschiedlicher Wertmodelle diskutiert, bevor eine eigene Definition vorgenommen wird. Der zu verwendende Managementbegriff und das zu verwendende Managementkonzept zum Management dieser Art von Leistungen, rundet das Kapitel ab und legt die Grundlage für das Implementationskapitel.

4.1 Dienstleistung

„Dienstleistungen im weitesten Sinne sind der Bedarfsdeckung Dritter dienende Prozesse mit materiellen und/oder immateriellen Wirkungen, deren Vollzug und deren Inanspruchnahme einen synchronen Kontakt zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer beziehungsweise deren Objekten von der Bedarfsdeckung her erfordert.“ So die Definition von Berekoven (1983, 23). Sie eine von hunderten von Definitionen die die Wissenschaft hervorgebracht hat (vgl. z.B. Kleinaltenkamp 1998, 27 ff)

Charakteristika von Dienstleistungen (siehe z.B.: Corsten 1998, 78 oder Kotler / Bliemel 2001, 775 ff oder Meffert / Bruhn 2000, S. 51 ff):

1. Sind Intangibilität und Immaterialität.
2. Ist nicht vorhandene Lagerfähigkeit ³⁵.
3. Ist asymmetrische Informationsverteilung zwischen Dienstleistungsanbieter und Nachfrager.
4. Sie entstehen zumeist im Direktkontakt zum Kunden, d.h. durch die Integration eines externen Faktors (v.a. dem Patienten, der Koproduzent der Dienstleistung sein kann), dies bedeutet eine Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsum. Dies trifft v.a. auf personale Dienstleistungen zu.
5. Sie unterliegen Qualitätsschwankungen (Kotler / Bliemel 2001, 777).
6. Integriertheit in das Unternehmensleitungssystem und Vernetztheit mit anderen Dienstleistungen (z.B. Lehmann 1995, 322 f).
7. Sie unterliegen keiner prinzipielle Sättigungsgrenze für Dienstleister (z.B. Thill 1999, 44 ff).

³⁵ Kotler/ Bliemel sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Integrativität“ (a.a.O.)

8. Für sie gilt mangelnde Reversibilität (v.a. für medizinische Dienstleistungen).

Durch diese Charakteristika ergeben sich einige Konsequenzen allgemeiner aber auch organisatorischer Art:

Ad 1: Durch die Intangibilität³⁶ und Immaterialität von Dienstleistungen sind sie prinzipiell nicht oder wenig darstellbar, greifbar und erkennbar ist, woraus sich eine schwierige ex-ante-Überprüfbarkeit und Beurteilbarkeit des Nutzens ergibt. Dadurch ergibt sich ein gewisses Kauf-, resp. Konsumtionsrisiko. Dies erzwingt prinzipiell nicht nur eine transparente Gestaltung der Dienstleistung bereits vor der Anbahnung und des Abschlusses des Dienstvertrages um ein vertrauensvolles Vertragsverhältnis zu gewährleisten, sondern auch eine Materialisierung der Dienstleistung. Dienstleistungsanbieter müssen also für die immateriellen Leistungen materielle Ausdrucksformen finden. Weiterhin sollten um dieses Ziel zu erreichen Zuverlässigkeit und Sicherheit durch Garantien demonstriert werden. Für die Mitarbeiter ergibt sich hieraus eine mehrdimensionale Zielsetzung – Such und Vertrauenseigenschaften zu kommunizieren, denn Zeithaml erklärt, dass Kunden drei Eigenschaften bei einer Dienstleistung suchen (Zeithaml 1981 zitiert in Gallouj 1997, 45):

1. Sucheigenschaften können vom Konsumenten vor der Kaufentscheidung beurteilt werden (Farbe eines Kleides, Grösse eines Möbelstücks).
2. Erfahrungseigenschaften können erst durch Konsum/Nutzung, also i.d.R. nach dem Kauf, beurteilt werden (Geschmack einer Mahlzeit im Restaurant, Haarschnitt).
3. Vertrauenseigenschaften können weder vor noch nach dem Kauf beurteilt werden (Angemessenheit einer Verteidigungsstrategie vor Gericht, Wirksamkeit einer medizinischen Behandlung).

Ad 2: Die Nichtlagerfähigkeit bringt massive Probleme wenn es darum geht die Produktion im Tages-, Wochen- oder Jahresverlauf der schwankenden Nachfrage anzupassen. Die Leistungserstellung erfolgt denn auch häufig vor Ort, d.h. lokal. Das Just in Time (JIT) – Konzept mit seinem Teilkriterium „Transport“ erhält bzgl.

³⁶ Intangibilität umfasst nach Füglistaller (2002, 222 f) die Sachverhalte, die nicht gesehen, gefühlt oder geschmeckt werden können, sowie die Phänomene, die nicht einfach definiert, beschrieben oder geistig erfassbar sind.

Lieferflexibilität, Lieferzeit und Lieferzuverlässigkeit eine besondere Bedeutung, v.a. für den Kunden Patient. Eine engere Kopplung oder auch eine Abkopplung der Betriebszeit an die Arbeitszeit, sowie ein bedarfsorientierter, relativ flexibler Einsatz von Humanressourcen ist im Gesundheitswesen notwendig.

Ad 3: Der Dienstleistungsnachfrager ist schlechter über das angebotene Dienstleistungsprodukt und über die Potentiale des Anbieters informiert, dafür kennt er seine individuellen Bedürfnisse (Wünsche, Erwartungen, etc.) besser als der Dienstleistungsanbieter. Der Dienstleistungsanbieter wiederum hat einen Informationsvorsprung bezüglich angebotenenem Produkt (Leistungsqualität, Servicegarantie, etc.) andererseits ist er schlechter als der Dienstleistungsnachfrager bezüglich Kundenerwartungen, Zahlungsfähigkeit, Zuverlässigkeit und Kooperationsfähigkeit des Kunden informiert. (Meffert / Bruhn 2000, 62 ff). Dieser Fakt verdeutlicht die enorme Bedeutung der Kommunikation für den gesamten Leistungserstellungsprozess, sowie für vor- und nachgelagerte Prozesse.³⁷

Ad 4: Der direkte zwischenmenschliche Kontakt zum Einzelkunden der bei Dienstleistungen eine hohe Bedeutung hat, bringt den Vorteil mit, dass Absatzmittler nur zur zusätzlichen Akquise einbezogen werden müssen (oder im Falle der Krankenversicherung als Absatzmittler als Sicherstellungswerkzeug, dass überhaupt ein Zugang zum Dienstleister möglich ist – man denke an Spitalisten). Personelle Beziehungspflege zu Schlüsselkunden unter Zuhilfenahme des Beziehungsmarketings sind hier i.d.R. wichtig. Je individueller und einzelkundenbezogener die nachgefragte Leistung ist, desto mehr verschmelzen Kunden- und Anbieterprozesse miteinander. Wertschöpfung ist nur noch unter Integration und Partizipation des Kunden möglich. Prinzipiell und theoretisch müsste dies zu längerfristigen Geschäftsbeziehungen führen (Baumbach u. Stampfl 2002, 29).

Ad 5: Allerdings ist eine kontinuierlich hohe Leistungsqualität schwer erreichbar, da es nicht nur Leistungsschwankungen bei den Mitarbeitern gibt, sondern auch weil der

³⁷ Siehe hierzu auch Screening (Informationsbeschaffung/Leistungsfindung) und Signaling (Informationsübertragung / Leistungsbegründung) als Prozess der Marktinformation im Rahmen der „Neuen Institutionen Lehre“ in Kaas 1991, 358, Meffert / Bruhn 2000, 70 oder Kaas 1990, 540

Kunde i.d.R. personengebundene Präferenzen bildet. Füglistaller (2002, 223) nennt hier auch den Wunsch des Kunden nach „persönlichen Beratern“.

Ad 6: Da Produktion und Konsum bei Dienstleistungen gleichzeitig erfolgen, sowie der Kunde bei personengebundenen Dienstleistungen direkt am Leistungserstellungsprozess beteiligt ist (uno-actu-Prinzip) sind Produktion und Marketing nur schwer trennbar. Daraus folgt, dass nicht nur Fehlverhalten des Mitarbeiters direkt in einem Produkt-/Dienstleistungsfehler endet, sondern, dass ihre Qualität stark davon abhängt, wer die Dienstleistung wann, wo und an wem erbringt. Kunden müssen sehr direkt in die Dienstleistungserstellung miteinbezogen werden, denn nur so ist es möglich die Dienstleistung am tatsächlichen Kundenbedürfnis auszurichten. Laut Kotler / Bliemel (2001, 775 ff) können Dienstleistungsunternehmen drei Dinge tun um positiv auf die Qualität Einfluss zu nehmen. Erstens kommt dem Gewinnen qualifizierter Mitarbeiter und deren Fortbildung eine wesentliche Bedeutung zu. Zweitens kann die Qualität durch Standardisierung von Prozessabläufen der Dienstleistung mit einer möglichst hohen Prozessdurchgängigkeit verbessert werden. Als dritte Möglichkeit zur Qualitätssteigerung nennen sie die Überwachung der Kundenzufriedenheit mit Hilfe von Kundenbefragung sowie Vorschlags- und Beschwerdemanagementsystemen. Nach den gleichen Autoren ist die Produktion konstant guter Leistungsqualität die wichtigste Profilierungsmassnahme für Dienstleistungen. Entscheidend ist dabei aus ihrer Sicht, die vom Kunden erwartete Dienstleistungsqualität stets zu erreichen oder zu übertreffen.

„Die besondere Bedeutung von Geschäftsbeziehungen im Dienstleistungsmarketing und eine regelmässig hohen Spezifität und Individualität von Dienstleistungen erzeugen häufig eine hohe Bindungsintensität zwischen den Marktpartnern.“ (Kaas zitiert nach Meffert / Bruhn 2000, S.73). Beim Dienstleistungsmarketing kommt also dem Wiederverkauf und der wiederholten Inanspruchnahme von Dienstleistungen eine zentrale Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang spricht die Theorie auch vom Konstrukt der Kundenbindung (z.B. Meffert / Bruhn 2000, 83).

Ad 7:

Aus o.g. Gleichzeitigkeit der Produktion und des Konsums sowie dem Bedürfnis nach individueller Leistung resultiert eine relativ komplexe Wertschöpfungsstruktur welche es wiederum erschwert Skaleneffekte zu realisieren.

Ad 8:

Dadurch, dass das Produkt erst in der Servicesituation seine Form erhalte, seien Schadensfälle nicht Fehler im Produktionsprozess, sondern Verhaltensfehler (Güntert, 1994, 31). So werden Handlungen im Krankenhaus irreversibel, d.h. Behandlungsfehler durch ärztliches oder pflegerisches Personal können schlimmstenfalls mit dem Tod des Patienten enden, also mit dem „Abbruch“ der Kundenbeziehung (Offermanns 1996).

Hilke bringt einige dieser Charakteristika in folgender Abbildung zu Ausdruck. Zugleich macht er, in Anlehnung an Donabedian, mit seiner phasenorientierten Darstellung deutlich, dass die Dienstleistung schon vor der eigentlichen Erstellung beginnt und erst nach der eigentlichen Erstellung endet.

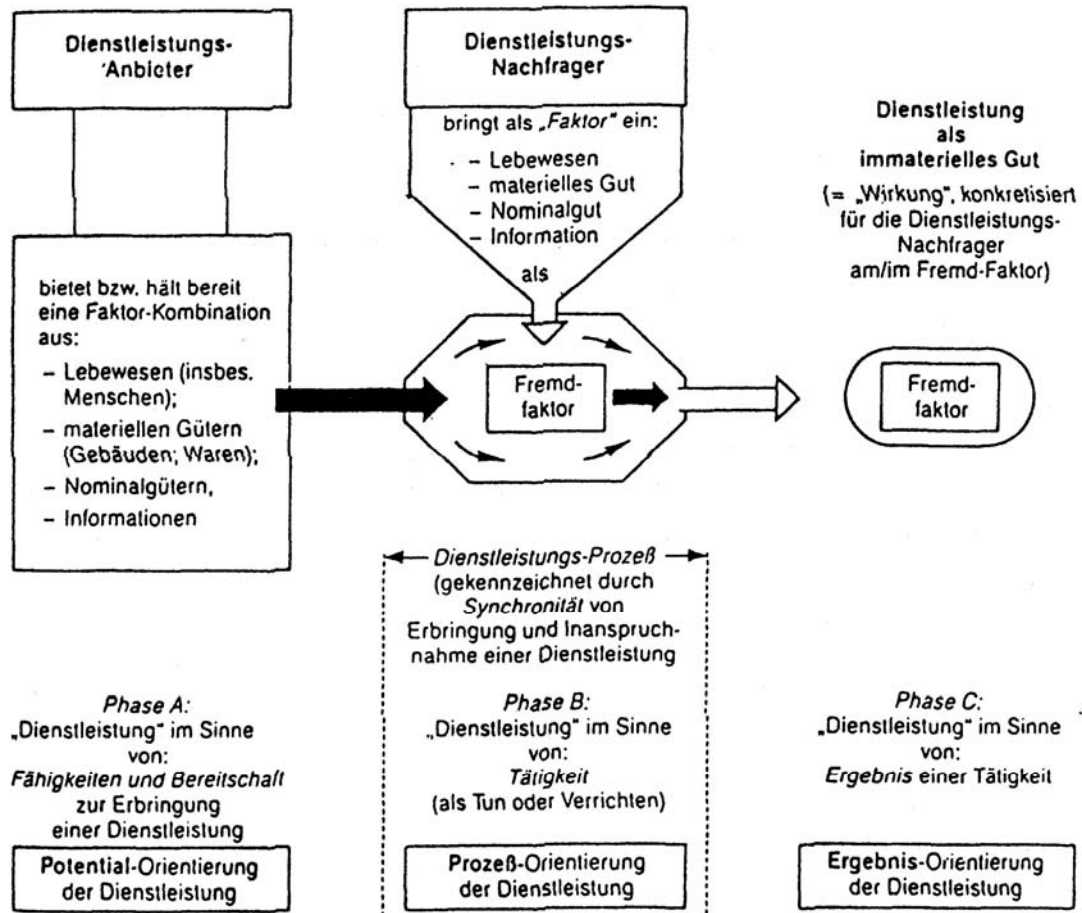


Abbildung 24: Dienstleistung im phasenbezogenen Zusammenhang nach Hilke 1989, 15

Chase und Dasu (2001) stellen aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive eine Hypothese auf. Zentral ist Ihre Argumentation, dass bei der Begegnung mit dem Kunden letztendlich nur eines zählt: Die Wahrnehmung des Kunden. Folglich hat sich der Service auch an dieser Wahrnehmung auszurichten. Richtigerweise machen Chase und Dasu (a.a.O.) auch ein Ende mit der Theorie des „moment of truth“ und ersetzen ihn durch dynamische Wahrnehmungsprozesse und somit durch „moments of truth“³⁸. „Augenblicke der Wahrheit“ sind nach Stauss (1995, 382):

- „Alle Kontaktpunkte im Dienstleistungserstellungsprozess, an denen Interaktionen zwischen Dienstleistungsunternehmen bzw. seinem Personal zustande kommen, sowie die an diesen Punkten stattfindenden Kundenkontakte selbst,
- der Teil der Kundenkontakte, der eine persönliche Interaktion zwischen Kunden und dem Personal des Dienstleistungsanbieters beinhaltet,

³⁸ Siehe dazu z.B. auch: Carlzon J. 1987: Moments of Truth, Harper & Row, New York

- alle von den Kunden wahrgenommenen Kundenkontakte (übliche und kritische Kontakterlebnisse),
- der Teil der wahrgenommenen Kundenkontakte, der von den Kunden als besonders (positiv oder negativ) erlebt wird (kritische Kontakterlebnisse).“

Die Begegnung mit dem Kunden ist damit weit mehr als Stimulus und Response. Sie ist eine prozessgesteuerte Interaktion. Aus dieser leiten die o.g. Autoren fünf grundlegende Prinzipien des Servicemanagements ab:³⁹

1. Finish Strong: Suchen sie einen starken Abschluss im Kundenkontakt zu generieren, denn Wahrnehmung ist entschieden ergebnisorientiert. Die Leistung als Ganzes mag noch so gut sein, gemessen und beurteilt wird der Dienstleister am Schluss.
2. Get the bad experiences out of the way early: Chase und Dasu empfehlen alles Unangenehme (z.B. Preisforderungen, Wartezeiten, etc.), eben alle Eindrücke welche ein gewisses Mass an Unlust verursachen, so schnell und so früh als möglich im Prozess abzuwickeln. Mit diesem Grundsatz hängt auch der nächste Punkt zusammen:
3. Segment the pleasure, combine the pain: Negatives sollte früh beseitigt werden und möglichst auf einen Punkt konzentriert werden. Angenehmes sollte durch eine grosse Anzahl an Episoden zeitlich ausgedehnt, gesteigert und stark abgeschlossen werden.
4. Build commitment through choice: Negative Wahrnehmungen verlieren an Intensität, wenn dem Kunden das Gefühl der freien Wahl und des selbstständigen Einflusses vermittelt wird (z.B. an welchem Arm soll Blut abgenommen werden ?). Freie Wahl scheint im Zweifel wichtiger zu sein als eine schnelle Reaktionen zu Behebung eines Problems.
5. Give people rituals and stick to them: Menschen neigen zu Ritualen, denn verlässliche und wiederkehrende Ereignisse stärken das Gefühl von Komfort, Sicherheit und Ordnung. Besonders bei längeren Dienstleistungsprozessen kommt dies zum Tragen.

³⁹ Siehe dazu z.B. auch: o.V. 2003c

Diese 5 Grundsätze, welche v.a. für die klassische Dienstleistung zusammengestellt wurden, machen aber auch nochmals die Unterscheidung zum Service deutlich. Dies deshalb, weil a) der Value Added Service grundsätzlich ein positives Ereignis ist und damit Punkt 2 und 3 entfallen und b) weil solche Serviceleistungen nie zum Ritual werden können, da sie überraschend und eher unerwartet erbracht werden sollen um ihren ganzen Effekt zu entfalten (siehe auch Kap. 3.6).

4.2 Grundlagen für Loyalität

Seit ca. Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden verstärkt Strategien zur Erreichung von Kundenzufriedenheit entwickelt.⁴⁰ Im Gegensatz zum traditionellen Ansatz des Marketings, welcher massgeblich auf den Verkauf von Dienstleistungen ausgerichtet war, zielen diese neueren Ansätze direkt auf die Befriedigung der „needs, wants und hopes“ der Konsumenten sowie deren Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot ab. Auch die Zielsetzung hat sich gewandelt. Nicht mehr nur primär neue bzw. potentielle Kunden mittels entsprechender (Werbe)Aktivitäten zu gewinnen, sondern insbesondere auch vorhandene Kunden zu binden ist das Ziel (z.B. Töpfer / Mann 1996, 28). „Während der klassische, aktionsbezogene Ansatz darauf abzielt, dem Kunden einen einzigartigen Verkaufsvorschlag zu unterbreiten, der sich aus Sicht der Kunden von den Konkurrenzprodukten positiv abhebt, also eine Unique Selling Proposition (USP), ist der erweiterte Marketingansatz darauf ausgerichtet, eine zufriedenheitsorientierte Beziehung herzustellen. Statt dem klassischen Motto “Take the money and run” gilt dann “Make the customer happy!” (a.a.O.). Zufriedenheit wirkt dabei nicht nur kurzfristig, sondern kann aus Perspektive des Kunden und soll aus Perspektive des Anbieters zu einer längerfristigen Beziehung führen. Diese längerfristigen Beziehungen werden auch als Loyalität bezeichnet und können sich in Wiederholungskäufen, Weiterempfehlungen und weiteren Formen äussern. Dies ist der Kundenteil der Service Profit Chain. Dieser wird ergänzt durch den Mitarbeiterteil: Aus systemischer Perspektive müsste diese lineare Wirkungskette kreisförmig angeordnet werden, oder zumindest eine Feedbackschleife vom Ende der Kette zu

⁴⁰ Siehe z.B. Meffert / Bruhn 1981

deren Anfang aufweisen, sodass sich ein Kreislauf ergibt.

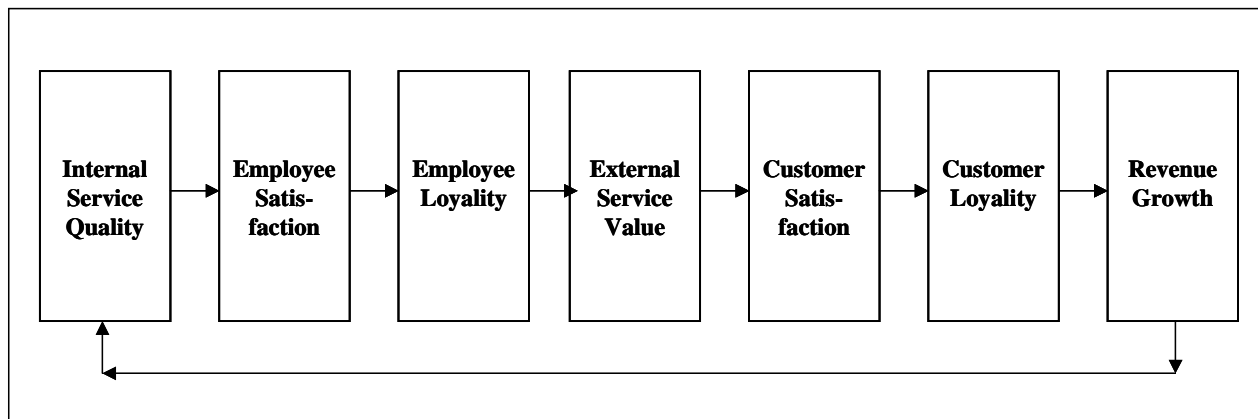


Abbildung 25: Service Profit Circle in Anlehnung an die Service Profit Chain (nach Loveman 1998)⁴¹ (eigene Darstellung)

Da die meisten Entwicklungen dieses Wissenschaftsgebietes, welche im deutschen Sprachraum aufgegriffen werden aus dem US-amerikanischen Raum stammen, erstaunt es wenig, dass sich kurz zuvor auch im dortigen Gesundheitssektor infolge zunehmender Konkurrenz und der Liberalisierung bzw. Ökonomisierung des Krankenhaussektors die strategische Marketingplanung zum Standardinstrument der Unternehmensführung entwickelt hatte (z.B. Hillestad / Berkowitz 1991; Cooper 1994).

Wie in Kap. 1 gezeigt, bildet die Annahme, dass v.a. sehr zufriedene Kunden loyale Kunden sind und bleiben und dass sie langfristig zum Geschäftserfolg beitragen, die Grundlage für die Zufriedenheitsdebatte. Zufriedene Kunden sind das Fundament längerfristigen Erfolges.

Für das Gesundheitswesen, v.a. den Akutbereich trifft dies in besonderen Massen zu, da, wie Fist et al. argumentieren: „Not all satisfied consumers remain brand loyal through their post-usage evaluation of their service experiences. Further, brand loyalty tends to be lowest for products or services that, like health care, are perceived to be major decisions and are used relatively infrequently (Frank 1967; Kotler 1988). The practical consequences of this finding is that an extremely high level of service satisfaction must be attained to minimize the extent of the subsequent

⁴¹ Siehe zu Kundenloyalität auch Heskett et al. 1994 und 1997, Reichheld und Teal 1996 oder McCarthy 1997, sowie Levitt 1983 mit dem wohl ersten Ansatz zu längerfristigen Kundenbeziehungen, oder Fornell 1992 mit seinem Quality-Satisfaction-Profit Ansatz (nach Rapp 1995, 10 f). Andreassen und Lindestad (1998) weisen allerdings darauf hin, dass die Zufriedenheit nicht der einzige Weg zur Loyalität ist. Bei komplexen Dienstleistungen spielt v.a. auch das Image des Anbieters eine wesentliche Rolle.

erosion of brand loyalty" (Fisk et al. 1994, p. 320).

So ist Loyalität nicht gleich Loyalität. Nach Ruyter, Wetzels und Bloemer (1998) können z.B. unterschiedliche Arten von Loyalität differenziert werden:

- Tatsächliche Loyalität (preference loyalty)
- Preis - Indifferenz Loyalität (price indifference loyalty) und eine
- Unzufriedenheits - Loyalität (dissatisfaction response)

Mit dieser Kategorisierung sprechen die Autoren indirekt auch mögliche Wechselgründe an.

Basis für Erfolg in der Kundenbindung und damit Loyalität ist die Qualität resp. die Zufriedenheit mit der erhaltenen Leistung⁴². Diese beiden Konstrukte sind eng miteinander verwandt (Ruyter, Wetzels und Bloemer 1998, 438) und werden in den folgenden Kapiteln näher beleuchtet.

4.2.1 Qualität und Zufriedenheit

Ursprünglich aus dem lateinischen „qualis“, d.h. wie beschaffen, respektive dem Substantiv „qualitas“, d.h. Beschaffenheit, Verhältnis oder Eigenschaft abgeleitet, wird heute unter dem Begriff der Qualität nach der ISO Norm 8402 folgendes verstanden: „Die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“

Qualität ist somit kein Wert an sich, sondern wird durch den potentiellen Bezieher des Produktes oder der Dienstleistung festgelegt, indem er definiert (explizit oder implizit) welches die benötigten Erfordernisse sind. Qualität hat somit grundsätzlich keinen normativen Charakter, sondern einen zweckorientierten Charakter. Haller bezeichnet diesen Qualitätsbegriff auch als teleologisch (Haller 1998, 6). Für die folgende Untersuchung sind deshalb nur die zweckdienlichen Eigenschaften von

⁴² Empirisch überprüft ist dieser Zusammenhang in nahezu allen Branchen und Settings. O.g. Autoren geben hierzu einen eindrucksvollen Überblick. Gleichzeitig weisen sie aber darauf hin, dass für eine Branche und/oder Setting geltende Schlüsse nicht ohne weiteres auf andere übertragen werden können.

Dienstleistungen relevant, denn nur diese befriedigen menschliche Bedürfnisse. Wie Haller zutreffend nachweist (a.a.O., 7) ist trotz einer doppelt vorhandenen Subjektivität (Wahrnehmung und Beurteilung) eine objektive Qualität konstruierbar. Objektivität entsteht durch die Tendenz, dass Werturteile von Individuen in Kollektiven (segmentierte Gruppen) dazu tendieren Übereinstimmung zu zeigen, da sie unter ähnlichen Umständen und vor dem Hintergrund ähnlicher Normen gebildet werden. Durch diesen Fakt ist es möglich Qualität aus der Ecke der Subjektivität herauszuholen und Sie einer objektiven – wissenschaftlichen Analyse, Betrachtung und Nachvollziehbarkeit zuzuführen. Hierzu gibt es grundsätzlich zwei Modelle.

- Erstens das Modell der Merkmale von Qualität.

Beispielhaft sei hier der Ansatz von Garvin (1987) mit 8 Dimensionen der Qualität nach Garvin, welche für die Beurteilung von Produkten - und für Dienstleistungen - gelten: (1) performance (primary operating characteristics); (2) features (characteristics that supplement the basic functioning of products); (3) reliability (probability of a product malfunctioning or failing within a specific time period); (4) conformance (the degree to which a product's design and operating characteristics meet established standards); (5) durability (the amount of use one gets from a product before it deteriorates); (6) serviceability (the speed, courtesy, competence, and ease of repair); (7) aesthetics (how a product looks, feels, sounds, tastes, or smells); and (8) perceived quality (inferences about quality based on image, brand name and advertising) (Erklärungen nach Ho u. Cheng 1999, 204 ff).

- Und Zweitens sei beispielhaft genannt der Ansatz von Garvin (1988) in welchem er versucht, die unterschiedlichen Perspektiven der sich mit dem Qualitätsbegriff auseinandersetzenen Wissenschaftsdisziplinen, zu definieren. Dies auf Grundlage unterschiedlichster Qualitätskonzepte u.a. folgender Autoren:
 - Wert (Abbott 1955; Feigenbaum 1951);
 - Übereinstimmung mit Spezifikationen (Gilmore 1974; Levitt 1972);
 - Übereinstimmung mit Erfordernissen (Crosby 1979);
 - Ständige Verbesserung, da Definition im Grundsatz unmöglich (Deming 1982),
 - Fitness for use (Juran und Gryna, 1988).

V.a. die Definition Cosbys und Jurans haben deutliche Spuren im Management hinterlassen. Sie sind es, die die kundenorientierten Managementansätze mitbegründen. Unter Kundenorientieren wird verstanden: „...die Ausrichtung sämtlicher Aktivitäten und Abläufe (Prozesse und Geschäftsprozesse) eines Unternehmens auf die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen seiner Kunden“. „Grundlage ist die Einbeziehung einer kunden- bzw. anwenderbezogenen Sichtweise in die mögliche Ausprägung des Qualitätsbegriffs, wobei dann Qualität als die Erfüllung von Anforderungen verstanden wird.“ „Ein Kunde kann dabei jeder sein, der von einem Produkt oder Prozess betroffen ist. Dabei lässt sich unterscheiden zwischen internen und externen Kunden.“ (Kamiske und Brauer 1995, 95). Als interne Kunden werden i.d.R. alle Mitarbeiter eines Unternehmens aufgefasst. Interne Kunden sind Empfänger eines Produktes bzw. einer Dienstleistung im Rahmen des Prozesses der Produkt- bzw. Dienstleistungserstellung. In der gesamten Wertschöpfungskette, die als eine Kunden-Lieferanten-Beziehung betrachtet werden kann, ist es daher notwendig, die Qualität der Dienstleistungen innerhalb des Unternehmens so einzuhalten, wie dies gegenüber den externen Kunden getan wird.

Zu den externen Kunden zählen a) alle Abnehmer von Produkten bzw. Dienstleistungen, d.h. die primären Kunden, b) Lieferanten von Zwischenprodukten im Rahmen des Produktions- bzw. Dienstleistungserstellungsprozesses sowie c) weitere Personengruppen, die entweder für den Produktionserstellungsprozess indirekt bedeutsam sind und/oder die Abnahme der erstellten Produkte bzw. Dienstleistungen mitbeeinflussen (Kamiske, Brauer 1995, 96 f).

Garvin definiert nun 5 Ansätze der Qualität:

1. den transzendenten Ansatz
2. den produktorientierten Ansatz,
3. den kundenorientierten Ansatz,
4. den herstellungsorientierten Ansatz, sowie
5. den wertbasierten Ansatz (Garvin 1988, 39 ff).

KRITERIEN	ANSATZ	Transzendenter Ansatz	Produktorientierter Ansatz	Kundenorientierter Ansatz	Herstellungorientierter Ansatz	Wertorientierter Ansatz
Definition		"Qualität, ... man weiß, was es ist, und weiß es doch nicht. Aber das ist ein Widerspruch in sich. Aber manche Dinge sind nun mal besser als andere, das heißt, sie haben mehr Qualität." Pirsig, 1991, S. 189	"... differences in quality often consist of differences in the quantity of some desired ingredient or attribute." Abbott, 1955, S.126f.	"Quality is fitness for use." Juran, 1974, Section 2-2 "Qualität ist der Grad der Eignung eines Produktes für bestimmte Verwendungszwecke, Nutzererwartungen." Wimmer, 1987, S. 507	"... we must define quality as conformance to requirements." Crosby, 1979, S.17	"Quality means best for certain customer conditions. These conditions are (a) the actual use and (b) the selling price of the product." Feigenbaum, 1961, S.1
Herkunft		Philosophie	Wirtschaftswissenschaften	Marketing	Qualitätssicherung und -kontrolle Produktion	Nutzentheorie Marketing
Kernaussagen		Qualität ist der absolut höchste Standard der Güte einer Leistung. Auch wenn der Begriff nicht exakt definierbar ist, so weiß jeder, wenn er Qualität vor sich hat.	Qualitätsunterschiede lassen sich zurückführen auf Unterschiede in der Menge eines Bestandteils oder Attributs, die zu einer Leistung gehören.	Ausschließlich der Kunde bestimmt die Qualität einer Leistung. Qualität ist damit hochgradig subjektiv.	Die tatsächlich erbrachte Leistung muß den zuvor festgesetzten Normen und Regeln entsprechen. Enge Auslegung des Qualitätsbegriffes auf Produktionssicht.	Qualität ist definiert als Austauschverhältnis. Das Individuum als Nutzenmaximierer wägt zu erbringendes Opfer und zu erwartenden Nutzen ab und begründet hierauf sein Qualitätsurteil.
Probleme		Vage Definition; keine exakte Anwendbarkeit.	Läßt subjektive Komponente der Einstellungen unberücksichtigt. Käufer können unterschiedliche Maßstäbe anlegen. Produktorientierte Qualitätsindikatoren können durch Kommunikationspolitik der Unternehmen zu Maßstäben gemacht werden.	Verdichtung einer großen Anzahl unterschiedlicher Qualitätsurteile zu einem generellen Qualitätsurteil. Gefahr der Gleichsetzung von Qualität und Kundenzufriedenheit.	Festlegung der Standards und Normen muß häufig subjektiv geschehen. Damit erfolgt eine willkürliche Festlegung der Personen, die festlegen, was Qualität ist.	Hochgradig subjektiver Ansatz. Qualität wird nicht einer Leistung zugeordnet, sondern einem Austauschverhältnis.
Operationalisierbarkeit		Kaum operationalisierbar; nicht zum Aufbau eines Meßinstrumentariums geeignet.	Sehr gut operationalisierbar; objektiv meßbar; Bildung von Rangfolgen möglich; Kontrolle einmal gesetzter Qualitätsstandards ohne Probleme möglich.	Meßinstrumentarium entwickelbar; Anwendung der Methoden der Einstellungsmessung.	Sehr gut operationalisierbar; Meßinstrumentarien vorhanden; Kontrolle und Messung der Abweichung von den festgelegten Standards.	Schwierigkeiten bei der Operationalisierung.

Abbildung 26: Die Qualitätsbegriffe nach Garvin (vgl. Haller 1998, 13)

Alle Qualitätsbegriffe haben ihre Berechtigung und alle kommen in der Praxis sehr reell vor. Ziel aller Anstrengungen (v.a. von Marketingverantwortlichen) ist sicherlich den Status einer transzendenten Qualität zu erreichen. Hier erlauben es die Kunden auch durchschnittliche handwerkliche oder dienstleisterische Qualität zu einem hohen Preis zu liefern, da das Image der Dienstleistung / des Produktes diese wieder aufwiegt. Imagerächtige Marken reduzieren die Unsicherheit bei der Kauf- / Konsumententscheidung.

Auch im Krankenhaus sind die Garvinschen Qualitätsbegriffe zu beobachten. M.E. sind sie auch den einzelnen Professionen und den Kunden zuzuordnen.

So pflegen i.d.R.:

den transzendenten Ansatz	v.a. Kunden und hier die Patienten und die Marketeer,
den produktorientierten Ansatz	F & E Angehörige,
den kundenorientierten Ansatz	die Pflege und die Marketeer,
den herstellungsorientierten Ansatz	Operateure / EBM und BMP Anhänger,

den wertbasierten Ansatz	Finanzchef / Verhandler mit Versicherern, Kunden / mündiger Patient
--------------------------	---

Abbildung 27: Garvins Qualitätsbegriffe und deren Pirmärverwender im Krankenhaus

Es bleibt somit festzuhalten, dass es ausserhalb der ISO Definition, welcher sich an die Definition von Crosby anlehnt, keinen breit anerkannten Qualitätsbegriff gibt. Dieser Qualitätsbegriff ist aber, wie gezeigt nur einer von vielen möglichen. Favorisiert und letztendlich auch verwendet werden sollen innerhalb dieser Arbeit – in welcher es sich um Value Added Services für Kunden dreht – deshalb die Qualitätsbegriffe welche auf den Kunden ausgereicht sind und vornehmlich dessen Perspektive berücksichtigen. Dies sind der transzendente Ansatz sowie der wertbasierte und kundenorientierte Ansatz.

Ob nun für den Kunden Qualität vorliegt, beurteilt dieser in einem Dreischritt. Er legt i.d.R. ein Soll (Erwartungen) fest, nimmt ein Ist wahr (Wahrnehmung) und stellt einen Soll – Ist – Vergleich an (vgl. z.B. Grönroos, PZB unterschiedliche Jahrgänge).

Die Erwartungen werden dabei aus unterschiedlichen Quellen beeinflusst. Grundlegend durch die eigenen needs, wants und hopes (siehe auch Kapitel 5.3.1.2.2.2), die eigenen Erfahrungen, informelle Kommunikation (word of mouth), sowie die formelle Kommunikation des Leistungsanbieters. Haller (1998, 33) fügt dieser Aufzählung noch einen fünften Punkt hinzu, das zu erbringende Opfer (z.B. den Preis). Dieser durchaus zu beachtende Aspekt soll an anderer Stelle aufgegriffen werden.

Die Erwartungen, welche für die Value Added Services im Sinne der vorliegenden Arbeit eine besondere Rolle spielen (das überraschende Moment, eben das nicht erwartete – die Überraschung) werden in der Literatur weiter differenziert und ihr Einfluss auf das Qualitätsurteil empirisch überprüft (siehe z.B. auch Haller 1998, 34 ff). Durch die unterschiedlichen Modelle der Forscher und deren Begriffskategorien ist eine gemeinsame Aussage nur insofern herausarbeitbar, als dass alle unterschiedlichen Formen von Erwartungen (z.B. vorhersehbare, ideale, minimal tolerierbare und verdiente Erwartungen (Miller 1977, 76 zit. in Haller a.a.O) oder Wird

-Erwartung und Soll-Erwartung als sich dynamisch verändernde Grösse⁴³ (Boulding et al. 1993, 7 ff)) mit in die Bewertung der Qualität einfließen. Dabei wird es dank vielfältiger empirischer Untersuchungen klarer, welche Formen dominanten bzw. weniger dominanten Charakter haben und wie dieser zur Erklärung von Varianzen in der Zufriedenheit mit der Qualität beitragen (siehe 3.3.1)

Auch Berry (1999, 132) macht deutlich dass Kunden sehr klare Vorstellungen bzgl. der Leistung haben die sie erwarten. Seine Dreiteilung lehnt sich an obige Argumentation an, wenn er von „desired service, zone of tolerance und adequate service“ spricht. Nach Berry beinhaltet die Kategorie „desired service“ eine Erwartungsmischung aus „can be“ und „should be“, während die Kategorie „adequate service“ das Minimum an akzeptablem Service umfasst.

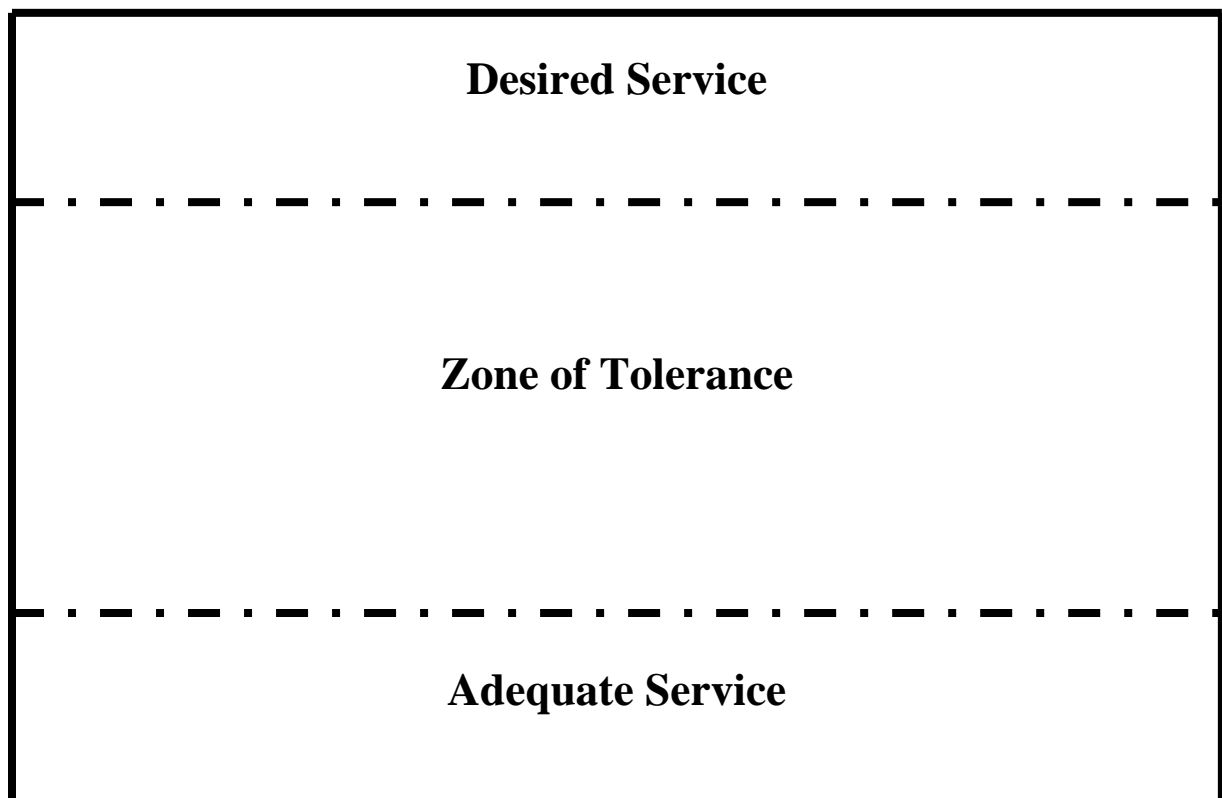


Abbildung 28: Zone of Tolerance (Berry 1999, 132)

Unterhalb der adequate zone verstehen die Kunden nach Berry keinen Spass mehr und agieren in den bekannten Kategorien „exit und voice“. Sind sie zufrieden – obere

⁴³ Wird – Erwartung (der Kunde nimmt an was passieren wird) und Soll – Erwartung (der Kunde definiert was passieren sollte) werden der tatsächlich erhaltenen Leistung gegenübergestellt und führen einerseits zur Beurteilung der Dienstleistungsqualität und somit zur Zufriedenheit / Unzufriedenheit und andererseits zur Bestätigung oder Revidierung der Erwartungsgrößen.

zone of tolerance und desired service, mit voice und loyalty (vgl. Kano weiter unten, oder Hirschman (1970). „Voice“ bei Hirschman aus der politischen Wissenschaft kommend entspricht sie in etwa der Dienstleistungsmanagementbegrifflichkeit des „word of mouth“.

Berry scheint sich mit diesem Modell an der klassischen Qualitätsregelkarte (Control Chart) der Statistischen Prozesskontrolle (SPC) aus der Qualitätssicherung angelehnt zu haben. Hier würde die Zone of Tolerance dem Sollwert- begrenzt von den oberen und untern Eingriffs - / Toleranzgrenzen begrenzt. Dienstleistungsgemäss – und damit in klarer Abgrenzung zu Produkten - variiert die „zone of tolerance“ von Kunden zu Kunden und potentiell auch von Transaktion zu Transaktion (a.a.O. 133).

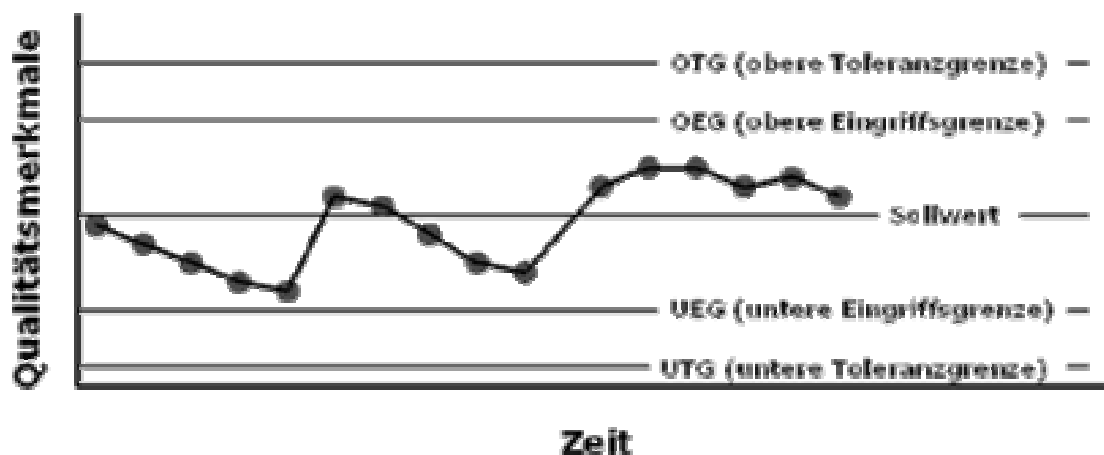


Abbildung 29: Qualitätsregelkarte in der SPC (z.B. Jacob 2002)

Stauss entwickelt ein ähnliches Konstrukt und verbindet Qualität und Zufriedenheit, wobei er die Qualität weiter differenziert. Erst die werterhöhende Qualität befriedigt Kunden tatsächlich und wird zum gewünschten Verhalten (word of mouth und loyalty) führen.

Minimumqualität:

- Kern des Dienstleistungsangebots
- von den Kunden grundsätzlich erwartete Leistung
- kaum Ansatzpunkte für Profilierung im Wettbewerb
- bei fehlerhafter Leistung: „Strafpunkte“ vom Kunden

bei Nichterfüllung der Erwartungen: unzufrieden	bei Erfüllung der Erwartungen: nicht unzufrieden	
	bei Nichtleistung: nicht unzufrieden	bei Leistung: zufrieden
	Werterhöhungsqualität: - erhöht den Wert der Kernleistung - kann von den Kunden nicht grundsätzlich erwartet werden - Ansatzpunkt für Profilierung im Wettbewerb - bei Leistung: „Bonuspunkte“ vom Kunden	

Abbildung 30: Entstehung von Kunden - Zufriedenheit in Anlehnung an Cina
Quelle: in Anlehnung an Stauss, 2001, in Anlehnung an Cina, C. 1989, 8

Er lehnt sich damit sehr stark an das Modell von Brandt (Brandt 1987, 61 ff 1988) zur Ermittlung / Messung von Qualität, der Penalty-Reward Methode an resp. seine Untergliederung der Leistungsbestandteile in Minimal- und Werterhöhungskomponenten. Diese eignet sich besonders zur Bestimmung der Dienstleistungskonzeption und zur Identifikation der Leistungsattribute, welche vom Kunden werterhöhend und welche wertmindernd wahrgenommen werden (z.B. Meister und Meister 1996, 31; Haller 1998, 111).

Dienstleistungsqualität und Zufriedenheit sind nach Shemwell et al. konzeptuell getrennte, aber eng verwandte Konstrukte (Shemwell et al. 1998, 156 oder Ruyter et al. 1998, 438). Deshalb soll auch im folgenden Kapitel, nachdem das Konstrukt „Zufriedenheit“ geklärt wurde, auf den Terminus „Dienstleistungsqualität“ eingegangen werden. Dienstleistungsqualität ist nach Shemwell et al. eher ein kognitives, in der linken Hirnhälfte angesiedeltes, evaluatives und objektives Konzept, während Zufriedenheit eher eine Kombination einer affektiven, rechtshirn- und gefühlsbasierten und subjektiven Komponente, mit einer kognitiven, in der linken Hirnhälfte angesiedelten, evaluativen und objektiven Komponente ist (Shemwell et al. 1998, 156). Shemwell et al. weisen empirisch anhand des Beispiels Patienten – Arzt Beziehung (exakt: Patienten – GP Beziehung) nach, dass eine Verbesserung der Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität tatsächlich zu einer höheren Zufriedenheitsniveau führt, die Beschwerdehäufigkeit tatsächlich abnimmt, stärkere

emotionale Verbindungen geknüpft werden, sowie eine erhöhte Neigung der Patienten bei diesem Arzt zu verbleiben (Shemwell et al. 1998, 163 f).

Garbe (1998, 14 ff) hingegen sieht keinen Unterschied zwischen Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit, nimmt deshalb keinerlei weitergehende Differenzierung vor und setzt die Begriffe synonym ein.

4.2.2 Zufriedenheit und Qualität

Zufriedenheit wird im Allgemeinen definiert als das Delta aus erwarteter Qualität und erhaltener Qualität - also wie die Qualität wahrgenommen wird (z.B. Zeithaml, Parasuraman, Berry 1992, 62).

Diesem Ansatz gemäss ist Zufriedenheit ein Ergebnis der Qualität, ein Indikator für Qualität⁴⁴. Elliot, Hall und Stiles definieren denn auch Zufriedenheit in Abgrenzung zur Dienstleistungsqualität (diese ist „a global judgement, or attitude, relating to the superiority of the service“) als „...related to a specific transaction“ (1992, 115). Auch nach Stauss und Seidel (1995, 182) oder Haller (1998, 44 f.) stellt Zufriedenheit das Ergebnis einer ex post-Beurteilung dar und setzt ein konkretes, selbsterfahrenes Konsumerlebnis voraus.

Nach Bender, resp. seinem Quality Value Modell (1983⁴⁵), beeinflussen 5 verschiedene ursächliche Faktoren die Zufriedenheit (zitiert nach Rapp 1995, 9). Diese Faktoren weisen nach Bender unterschiedliche Merkmale auf, weshalb auch dieser Ansatz den attributorientierten Ansätzen zuzuordnen ist (siehe weiter unten).

1. Technische Produktqualität: mit Produktleistung, Produktzuverlässigkeit, Nutzbarkeitsdauer, Produktdesign, Produktsicherheit, Produktökologie
2. Servicequalität (gemeint ist hier die Dienstleistungsqualität): mit Zuverlässigkeit, Reaktionsbereitschaft, Sicherheit, Einfühlungsvermögen, Tangibles
3. Reputationsqualität: mit Wettbewerbsfähigkeit, Kompetenz, Solidität, Image,

⁴⁴ Auf der Makro- und Mesoebene spielt die Zufriedenheit der Patienten in medizinisch-pflegerischen Qualitätsmodellen eine wichtige Rolle als Indikator für die Gesamtqualität wenn in diesen Systemen mit pauschalierten Entgelten entschädigt wird, da eine realistische Gefahr des Qualitätsabbaus besteht. Auf der Mikroebene ist Zufriedenheit der Kunden ein wichtiger Indikator für die Wettbewerbsfähigkeit einer Unternehmung.

⁴⁵ Bender H.O. 1983: Industrial Conversion Framework: A Theory of Organisational Marketing, Diss. Columbia University, New York

Markenwert

4. Persönliche Beziehungsqualität: mit persönlicher Kommunikation, Verkaufskompetenz, Konfliktverhalten, Beziehungsatmosphäre
5. Preiswahrnehmungsqualität: mit Preis, Zahlungsmodalitäten, Preisänderungen

„Zufriedenheit als vom Kunden wahrgenommener Wert entsteht also durch die von der Unternehmung gelieferte Qualität. Qualität ist damit nah an den Begriff Kundenwert herangerückt“ (Rapp, 1995, 7).

Obwohl das Konstrukt der Zufriedenheit eine zentrale Stellung sowohl in der Qualitäts- als auch der Marketingtheorie hat, ist es den mit diesem Konstrukt beschäftigten Wissenschaftlern bisher nicht gelungen eine Definition, resp. einen allgemein akzeptierten Ansatz der Zufriedenheit zu erarbeiten. Auch die Abgrenzungen zu den Konstrukten der Qualität, Dienstleistungsqualität und Dienstleistungszufriedenheit und Einstellung ist noch nicht zufrieden stellend geklärt.

Grundsätzlich können drei unterschiedlich Reaktionsmuster von Kunden bzgl. Zufriedenheit und Unzufriedenheit differenziert werden: Die Assimilations-Theorie, die Kontrast-Theorie, sowie die Assimilations-Kontrast-Theorie (z.B. Hinterhuber et al. 1997, 14 ff):

Alle drei Theorien gehen davon aus, dass Kundenzufriedenheit durch einen Vergleichsprozess entsteht. Kunden bilden sich vor dem Konsum der Leistung bestimmte Erwartungshaltungen. Die wahrgenommene Leistung wird mit der erwarteten Leistung verglichen⁴⁶ und bei Nichterfüllung entsteht im Allgemeinen „Unzufriedenheit“. Im Speziellen, kann es aber folgendem Verhalten kommen:

1. Bei Über- bzw. Nichterfüllung der Erwartung durch wahrgenommene Leistung (positiv bzw. negative Nichtbestätigung) passen die Kunden nachträglich ihre Erwartungen bzw. die Wahrnehmung der Leistung an, damit die Zufriedenheit wieder das Konfirmationsniveau (Ist = Soll). Dies sagt die Assimilationstheorie aus.

⁴⁶ Dies wird auch als Confirmation / Disconfirmation Modell bezeichnet und ist das weit verbreitetste Modell mit der höchsten empirischen Penetranz. (z.B. Bitner 1990, 1994, Oliver 1980, 1993 oder Rust und Oliver 1994) Nach Oliver (1993, 78) kann auf der Basis des C/D Ansatzes von folgendem hypothetischen Zusammenhang ausgegangen werden: a) Zufriedenheit ist der Qualität übergeordnet, d. h. Qualität ist eine der Dienstleistungsdimensionen, die in das Zufriedenheitsurteil des Konsumenten eingehen; b) die Zufriedenheit könnte die Qualitätswahrnehmungen - allerdings lediglich indirekt - verstärken; c) Qualität ist hypothetisch eine Dimension, auf der Zufriedenheit basiert und Zufriedenheit ist ein potentieller Einflussfaktor für zukünftige Qualitätswahrnehmungen; d) beide Konzepte sind nicht notwendigerweise unabhängig voneinander, sie stehen jedoch nur in einem schwachen Bezug zueinander.

2. Die Kontrasttheorie nimmt an, dass bei Über- bzw. Nichterfüllung der Erwartung durch wahrgenommene Leistung (positiv bzw. negative Nichtbestätigung) die Kunden nachträglich die Erwartungen bzw. die Wahrnehmung der Leistung „extremieren“. Dies führt zu einer Vergrößerung der Diskonfirmation⁴⁷.
3. Die Assimilations – Kontrast – Theorie besagt, dass bei geringen Abweichungen zwischen Soll und Ist die Kunden nachträglich ihre Erwartungen bzw. die Wahrnehmung der Leistung anpassen. Weicht die wahrgenommenen Realität dagegen stark von den Erwartungen ab, setzt der Kontrasteffekt (siehe oben) ein.

Um Nicht- und Unzufriedenheit zu verhindern bietet die Wissenschaft (z.B. Liebl 2003) aus Managementperspektive drei Ansatzpunkte zur stetigen Optimierung:

1. Die Erwartungen des Kunden
2. Die Wahrnehmung des Kunden, und
3. Die Partizipation des Kunden.

4.2.2.1 Zum Erwartungsmanagement:

Da sich die unterschiedlichen Kundensegmente unter einer guten Qualität unterschiedliche Dinge und Ausprägungen vorstellen (dass dies auch im Spital so ist, weisen z.B. Elliot, Hall und Stiles schon 1992 (121ff) für Geschlecht, Alter, Einkommen und Bildungsstand nach), müssen diese Erwartungen an die zu erwartende Realität angepasst werden, resp. vice versa die Realität an die Erwartungen angepasst werden.

Stiansen (1990) fordern deshalb ein gezieltes Erwartungsmanagement mit dem Ziel: "underpromise and overdeliver."

„Für die meisten Unternehmen dürfte dies allerdings ein Optimierungsproblem darstellen, das einer schmalen Gratwanderung gleichkommt: nämlich erst genau herauszufinden, was die Kunden erwarten, ihnen dann etwas weniger zu versprechen, um schliesslich ein bisschen mehr zu halten.“ (Liebl 2003)

Corporate publishing für alle Anspruchsgruppen (Lüönd 2000, 73) ist eine idealer

⁴⁷ Das Diskonfirmations- Paradigam wird allerdings auch in Frage gestellt (siehe z.B. Andreassen und Lindestad 1998)

Weg für grössere Organisationen die Qualität und die erlaubten Erwartungen zu kommunizieren. Diese noch relativ neue Kommunikationsform ist an den Schnittstellen zwischen Publizistik, Marketingkommunikation und Public Relations angesiedelt. Hier stehen nicht mehr die biedereren Haus- und Kundenzeitschriften im Vordergrund, sondern die Etablierung eigener, nach aussen wie nach innen gerichteter Mediensysteme, welche die traditionelle (gedruckte) Kommunikation mit Online Auftritten in Internet, Intranet und Extranet in den Mittelpunkt stellt (cross media).

Da Erwartungen ein „moving target“⁴⁸ sind und sich verändern, sollte das Erwartungsmanagement von einem Wahrnehmungsmanagement unterstützt werden.

4.2.2.2 Zum Wahrnehmungsmanagement:

V.a. dem Problem der Wartezeiten hat sich die Wissenschaft angenommen, scheint es doch ein Problem zu sein welches Kunden zwar sehr subjektiv erleben, aber nichtsdestotrotz eines der Hauptkriterien der Zufriedenheit ist. Dies hat u.a. mit der Unkenntnis der Dienstleistungsprozesse, aber auch seiner persönlichen Beteiligung und Rolle an diesen Prozessen zu tun:

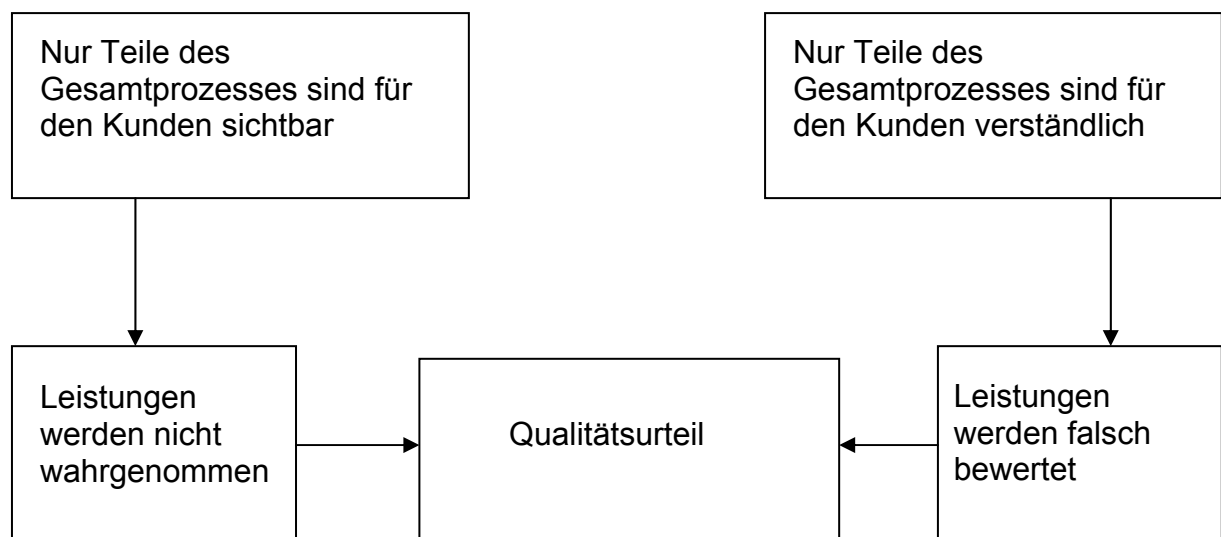


Abbildung 31: Das Qualitätsurteil des Kunden als Resultat negativer und unvollständiger Prozessperzeption

⁴⁸ Wie derzeit in der scientific community diskutiert wird, scheint dies auch bei der Quality of Life der Fall zu sein. Dieses Phänomen wird als Reframing bezeichnet und umschreibt, dass “patients’ concepts of QL shifts during the course of illness” (Lowy 2004) bzw. „that the patient has succeeded in adapting to his changed circumstances“ (z.B. Bernhard, Lowy, Herrmann und Hürny 2003).

Bezüglich der Wartezeit wurden unterschiedlichste Studien hierzu durchgeführt, welche nach Durrande-Moreau in zwei Kategorien eingeteilt werden können. Vor der Wartezeit und während des Wartens (Durrande-Moreau 1999, 174).

1) Before the wait:

- a) Individual factors linked to duration (personal expectation).
- b) Individual factors not linked to duration (value, habit, motivation, mood and time pressure).
- c) Situational factors linked to duration (manipulated expectation).

2) During the wait:

- a) Individual factors not linked to duration (self-distraction, perceived environment and self-explanation).
- b) Situational factors linked to duration (real duration).
- c) Situational factors not linked to duration (suggested distraction, moment of the wait, reducing uncertainty through feedback, manipulated explanation, reduction of unfairness by new type of queue, solo wait and manipulated environment through servicecapes, music, etc.)

Verschiedenste Erkenntnisse bzgl. der Wichtigkeit der einzelnen Faktoren in den unterschiedlichen Branchen und Settings können diesen Studien entnommen werden (Durrande-Moreau 1999, 175 ff):

So hat, wie die Zufriedenheitstheorie insgesamt propagiert, 1a – die persönliche Erwartung, auch bzgl. der Wartezeit - nach verschiedenen Studien zusammen mit 2b – der tatsächlichen Wartezeit - den stärksten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Wartesituation. Die individuellen Faktoren welche in 1b und 2a genannt werden nennt Durrande-Moreau „promising“, sie sind bezüglich Ihres Einflusses auf die Zufriedenheit mit der Wartezeit vielversprechend. Da sie aber individuell sind, sind sie vom Management nur schwer beeinflussbar. Die Faktoren welche in 1c beinhaltet sind, sind nicht nach der Autorin nicht nur vielversprechend, sondern auch vom Management beeinflussbar. Durch ein geschicktes Erwartungsmanagement kann hier viel zur Zufriedenheit des Kunden beigetragen werden ohne Kunden zu verlieren. Die Faktoren welche in Punkt 2c genannt werden, sind hingegen in Ihrer Aussagekraft bzgl. Wartezeitenzufriedenheit enttäuschend (a.a.O. 178), oder in den ausführenden Studien in einem solch speziellen Setting eingesetzt, dass sich keine

verallgemeinernden Aussagen treffen lassen. Nach Liebl (2003) zeigen die Ergebnisse der mathematischen Warteschlangentheorie, dass die durchschnittliche Kundenwartezeit deutlich kürzer wird, wenn z.B. nicht jeder Schalter seine eigene Warteschlange abarbeitet, sondern alle Schalter eine gemeinsame Warteschlange bedienen (siehe z.B. Postschalter in der Schweiz). Aber Warteschlangen sind sogenannte Signalkriterien (siehe Porter 1999, 195). Kunden werden schon unruhig wenn Sie solche sehen. Wahrnehmungspsychologisch ist dies erklärbar und so hat z.B. die Deutsche Post die alte, langsamere Methode beibehalten (Liebl 2003). Grundsätzlich aber gilt folgender Ablauf: "beginning by an analysis of the long times, then classifying customers for a better adaptation and finally trying to modify the environment" (Durrande-Moreau 1999, 180).

4.2.2.3 Zum Partizipationsmanagement / Involvement:

Eine positive Beziehung zwischen Kundenbeteiligung und Kundenzufriedenheit konstatieren Kellog et al. und fordern dazu auf die Kundenbeteiligung als Variable für die Wertung der Dienstleistungszufriedenheit in den Kanon der zu managenden Variablen des Dienstleistungskonzeptes zu integrieren (Kellog et al. 1997, 217). Bestätigt werden kann diese positive Beziehung durch die Erfahrungen der Shouldice Hospitals in Toronto, Canada. Hier werden die Patienten sehr früh nach ihrer Hernienoperation aktiviert und tragen so erstens selbst einen grossen Anteil am positiven Outcome bei, zweitens sind sie selbst am eigenen Genesungsprozess beteiligt und drittens helfen diejenigen Patienten den Kollegen denen es noch nicht so gut geht. Shouldice Konzept ist Kundenbeteiligung pur (Gummesson, 2001, 8), aber auch Konzentration – Konzentration auf einen Leistungsbereich, in diesem Fall die Hernien⁴⁹.

⁴⁹ Vgl. hierzu auch Herzlinger (1997), die in Ihrem Werk sogenannte focused factories für das amerikanische Gesundheitswesen vorschlägt (sie bezieht sich dabei wohl auf Skinner 1974, welcher die Nachteile diversifizierter Unternehmen zu verdeutlichen suchte). Kliniken die sich wie Shouldice nur auf einige wenige (oder gar eine einzige) Diagnosen spezialisieren und dabei KnowHow, Kapital und Technologie so bündeln können, dass dabei nur Qualität entstehen kann. Durch vollkommene Transparenz sollen diese Kliniken dann Ihren Kunden die Information die diese benötigen um einen Anbieter auszuwählen anbieten (zur sehr berechtigten Kritik an diesem Ansatz siehe z.B. Halasz 1998 oder Relman 1997. Herzlingers neoliberale Ausrichtung verdeutlicht auch: Herzlinger u. Parsa-Parsi 2004 oder Herzlinger 2004. In beiden Artikeln wird die Schweiz als Vorbild für „consumer driven health care“ – Ihren neusten Ansatz dargestellt, „Switzerland, which has long had a consumer driven health care system in which all citizens must purchase health insurance, provides the best longrun evidence of its workings.“ (Herzlinger 2004) und Fakten so weiter verdreht, dass Sie in Ihre Logik passen. Das Konzept der Focused Factory kann auch beobachtet werden bei folgenden Einrichtungen:

Dabei nehmen die Patienten / Kunden unterschiedliche Grade an Beteiligung wahr. Bitner et al. identifizieren Folgende: Low, moderate und high (Hubbert 1995 zitiert nach Bitner et al. 1997, 194,)

<i>Low</i> : Customer presence required during service delivery	<i>Moderate</i> : Customer inputs required for service creation	<i>High</i> : Customer co-creates the service product
Products are standardized	Client inputs customize a standard service	Active client participation guides the customized service
Service is provided regardless of any individual purchase	Provision of service requires customer purchase	Service cannot be created apart from the customer's purchase active participation
Payment may be the only required customer input	Customer inputs (information, materials) are necessary for an adequate outcome, but the service firm provides the service	Customer inputs are mandatory and co-create the outcome
Examples: <u>End consumer</u> Airline travel Motel stay Fast-food restaurant	Hair cut Annual physical exam Full service restaurant	Marriage counselling Personal training Weight-reduction program
<u>Business-to-business</u> <u>Customer</u> Uniform cleaning service Pest control Interior greenery maintenance service	Agency-created advertising campaign Payroll service Independent freight transportation	Management consulting Executive management seminar Install wide area network (WAN)

Tabelle 10: Levels of customer participation across different services nach Bitner et al. 1997, 194

Salick Health Care für Cancer Care, Pearl Vision für Eyecare und Texas Heart Institute für Herzangelegenheiten (diese haben nach Porter und Teisberg 2004 trotz wesentlich schwererem CaseMix und erhöhtem Einsatz von Technologie ca. 50 % tiefere Kosten für chirurgische Leistungen als vergleichbare Center)

In der Literatur werden nach Mills und Moshavi (1999, 51 ff) grundsätzlich drei Mechanismen der Kunden- / Klientenkontrolle diskutiert, welche Prädiktoren für die Compliance und Kooperation – und damit für die Partizipation des Kunden mit dem Leistungsanbieter sind: a) die soziale Distanz (social distance), b) die psychologische Bindung (psychological attachment) und c) die professionelle Distanz (professional distance). O.g. Autoren schlagen eine neue Methode vor, welche sie „professional concern“ (professionelle Besorgnis) nennen und funktioniert ...“.... by incorporating both the authority found in social distance and the assurance inherent in psychological attachment. In addition, it optimizes the exchange of information through provider competence and objectivity.” (a.a.O., 54). Die vier zu beachtenden und berücksichtigenden Dimensionen dieses Ansatzes sind folgende:

- Professionelle Autorität des Anbieters (provider authority)
- Soziale Verbundenheit des Anbieters mit dem Kunden (social affiliation)
- Akzeptanz der Mitverantwortlichkeit des Kunden (Client role accountability) als Koproduzent
- Objektive und kongruente Haltung / Einstellung (Objective attitude) des Anbieters aufgrund eines Wertesystems

Wird Partizipation und Involvement allerdings so aufgefasst und praktiziert wie im Shouldice Hospital (siehe oben), werden auch die Patienten welche ihre Hernienoperation schon hinter sich haben, zu „Anbietern“ in o.g. Sinne, denn sie übernehmen vielfältige Aufgaben welche sonst von den Mitarbeitern der leistungserbringenden Organisation erbracht werden (siehe z.B. Bowen u. Youngdahl 1998, 218), sie werden zu Experten. Sowohl der Partizipationsgrad ist in diesem Fall – genau wie die Zufriedenheit sehr hoch, denn die Erwartungen werden den Patienten sehr realistisch von ihren Vorgängern begeistert nähergebracht. Die Health Professional müssen dann „nur noch“ Ihre gewohnte Routine kundenindividuell abspulen.. I.d.R. sind die Patienten so begeistert, dass viele von Ihnen auch dem Ehemaligen Club beitreten.

Bitner et al. kommen in ihrem Beitrag zur Conclusio, dass sowohl eine „customer education“, als auch die Vermittlung von effektiven und realistischen Erwartungen notwendig ist um den Kunden zu helfen ihre Rollen ideal auszufüllen um somit einen

optimalen Anteil an der Generierung von Wert einnehmen zu können (Bitner et al. 1997, 203). Diese innovative Herangehensweise generiert interessante Perspektiven und zeitigt ebenso interessante Implikationen für das Management. Welche Informationen und Handlungsanleitungen müssen mit dem Kunden geteilt werden? Welche Ansätze für ein Training oder eine Entschädigung / Belohnung für den Kunden bei wirksamer Beteiligung wären denkbar? Andererseits besteht die Möglichkeit dem Kunden auch gar keine andere Chance zu lassen als sich entsprechend zu beteiligen. Unternehmen, können ihre Servicekapazität beträchtlich erhöhen, wenn sie dem Kunden Serviceaufgaben übertragen (Davidow und Uttal 1990). „Betriebswirtschaftlich gesprochen handelt es sich dabei um Outsourcing zum Nulltarif. Es ist daher nicht übertrieben, wenn manche Firmen ihre Kunden als wichtigste Ressource bezeichnen - um sie in der Folge als billigste Form von Humankapital zu nutzen. Dies tun beispielsweise Banken, wenn sie jeglichen Kundenservice vom Kunden selbst abwickeln lassen“ (Liebl, 2003, 3). Auch gilt dies z.B. für Prepaid Telefonkarten oder ähnlich Leistungen nach dem Motto „erst zahlen, dann kaufen“.

Auch aktives Beschwerdemanagement ist Partizipationsmanagement (siehe Kap. 5.3.2.1.4))

Den Einfluss von wahrgenommenen Emotionen auf die wahrgenommene Zufriedenheit beim Kunden untersuchte z.B. Liljander et al. mit dem Ergebnis, dass negative Emotionen während des Dienstleistungsprozesses einen stärkeren Effekt auf die Zufriedenheit mit der Dienstleistung haben als positive Emotionen. Solange aber der Kunde nur wenige positive oder negative Emotionen während des Prozesses hat, scheinen diese Emotionen die Zufriedenheit mit der Dienstleistung nicht zu beeinflussen (Liljander et al. 1997, 167). Richtigerweise macht Liljander aber darauf aufmerksam dass Emotionen erstens multidimensional sind und dass die unterschiedlichen Emotionen zweitens abhängig sind von der zu erbringenden Dienstleistung und dem Kontext in dem dies Dienstleistung erbracht wird.

Söderlund demonstriert wie Kundenzufriedenheit mit Kundenverhalten in Verbindung steht (Söderlund 1998, 169 ff). Drei Variablen des Kundenverhaltens werden dabei detailliert erfasst und analysiert:

- Weiterempfehlungen positiv bzw. negativ - word of mouth – (Word of mouth referral is the most successful and time-proven method to expose services (Sadock 1991, 19)) (V.a. ältere Menschen nutzen sie als Informationsquellen über soziale und gesundheitliche Dienstleistungsangebote insbesondere von Freunden, Familienangehörigen und Health Professionals (vgl. Kaye / Reisman 1993, 208)). Auch Runy., Towne und Hoppszallern (2003) stellen fest, dass Patienten “are still happy to use word-of-mouth to select doctors and hospitals. They tend to ignore data on quality.”
- Kundenloyalität und
- Kundenfeedback in Form von Beschwerden und positivem Feedback.

Der Schwerpunkt wurde dabei v.a. auf zwei Aggregatzustände gelegt. Hohe Zufriedenheit und tiefe Zufriedenheit. Dabei zeigt sich, dass die Kundenloyalität mit zunehmender Zufriedenheit steigt, dass das Kundenverhalten „word of mouth“ v.a. bei tiefer und hoher Zufriedenheit zu beobachten ist, weniger bei mittlerer Zufriedenheit, sowie dass Feedback v.a. bei hoher Unzufriedenheit zu beobachten ist, während dem positives Feedback in deutlich geringerem Ausmass selbst bei hoher Zufriedenheit erwartet werden kann (siehe folgende Abbildung).

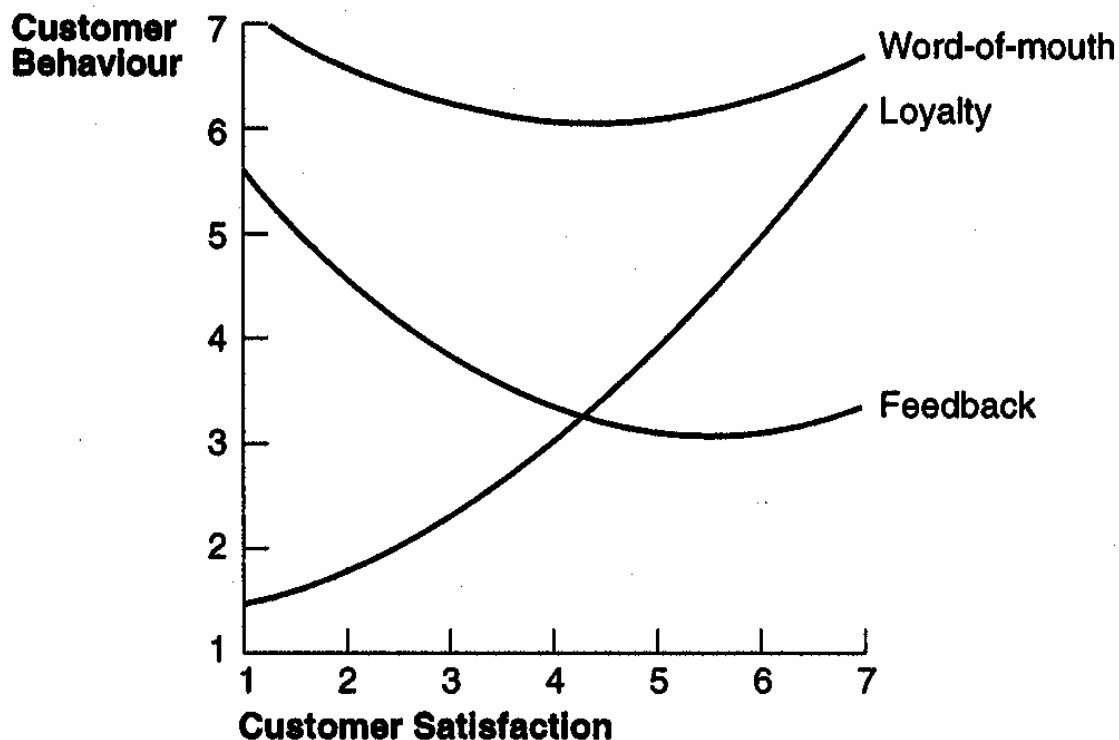


Abbildung 32: Die Beziehung zwischen Kundenzufriedenheit und -verhalten (Söderlund 1998, 182)

4.3 Kundenzufriedenheitstypen und deren strukturelle Determinanten

Nach Godman und Newman (2003) kann das Verhalten von Kunden in acht Merksätzen zusammenfasst werden:

1. **Dissatisfied individual and business customers tend not to complain.**
2. Complaints often do not directly identify the source or cause of the problem.
3. Retail, field sales and service systems filter and discourage complaints.
4. Brand loyalty can be retained by merely getting customers to articulate their problems (siehe auch weiter unten)⁵⁰
5. Increasing the ease of access to the provider can reduce the complaint ratio (multiplier).
6. The propensity (Neigung) to complain is directly proportional to the perceived severity (Ernsthaftigkeit) of the problem and damage to the respondent.

⁵⁰ Dass dies doch nicht ganz so leicht ist, zeigt z.B. Vandermerwe 1996

7. Complainers tend to be the heaviest users of the product or service.

8. Problem experience, especially in the case of those consumers who remain unsatisfied after complaining, results in substantial amounts of negative word of mouth.

Studien zeigen, dass der Streuungseffekt bei zufriedenen bzw. bei unzufriedenen Kunden sehr unterschiedlich ist. So hat Krämer unterschiedliche Studien zusammengetragen in denen das „Word of mouth Verhalten“ untersucht wurde. Die verschiedenen Analysen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Es scheint aber erweisen, dass das Streuungsverhältnis unzufriedener Kunden zu zufriedenen Kunden bei 2 bis 4 zu 1 liegt. Die absoluten Streuungsdaten der Studien differieren dabei je nach Branche von 11 bis 22 bei unzufriedenen Kunden und 3 bis 8 bei zufriedenen Kunden (Krämer 1996, 25). Bei einem angenommen Verhältnis von 80 % zufriedenen Kunden zu 20 % unzufriedene Kunden bedeutet das, dass bei 10 Kunden insgesamt 8 Kunden mit jeweils 3 bis 8 Menschen (dies sind Kunden oder potentielle Kunden) sprechen (= 24 bis 64), die unzufriedenen aber mit 22 bis 44 Menschen (z.B. Boutellier et al. 1999, 65).

Die Kundenloyalität kann grundsätzlich in drei Schichten hinsichtlich der Stärke der Loyalität unterteilt werden.

- **„Trügerische“ Kundenloyalität:** Die schwächste Form der Kundenloyalität wird lediglich am Wiederkaufverhalten gemessen. Die Gründe hierfür sind jedoch unbekannt (Lieferprobleme der Konkurrenz, Unsicherheit).
- **„Bedingte“ Kundenloyalität:** Engere Fassung der Loyalität, beruhend auf einem Anreiz-Beitrag-System bei dem der Kunde seinen Beitrag (Wiederkauf) leistet, wenn die Anreize (Erfahrungen, Sympathie usw.) vorhanden sind. Die Bindung des Kunden ist freiwillig, kann aber durch Erfüllung der Erwartungen erhalten werden. Zusätzlich kann der Anbieter Wechselbarrieren aufbauen.
- **„Belastbare“ Kundenloyalität:** Commitment, die engste Fassung der Loyalität, ist eine Art moralische Selbstverpflichtung des Kunden, bewusst „treu“ zu bleiben, obwohl bessere Angebote bekannt sind, als Folge einer Verschiebung des Anreiz-Beitrag-Gleichgewichts zu Gunsten des Dienstleistungsanbieters.

Die Stärke der Kundenbindung und damit der Loyalität ist vom Nutzen und den Wechselkosten abhängig, die der Kunde aufgrund psychologischer und faktischer Bindungen empfindet. Ziel aller Massnahmen ist daher die Erhöhung des Kundennutzens und der Wechselkosten durch den Aufbau verschiedener Wechselbarrieren. Diese können materiell, emotional oder rechtlich errichtet werden und verursachen direkte, psychologische oder vertragliche Wechselkosten. Positiv bezeichnet werden können diese Massnahmen auch mit Loyalitätsprogramm. Diese Programme erscheinen notwendig, zeigen doch unterschiedliche Forschungsprojekte, dass nur 10 % aller Kunden zu 100 % loyal gegenüber einer Marke innerhalb eines Jahres (Dowling u. Uncles 1997) sind und damit im o.g. Sinne „belastbar“.

Idealerweise sollte eine Situation des Commitments angestrebt werden, mindestens jedoch eine bedingte Loyalität des Kunden. Value Added Services im Sinne dieser Arbeit sind dazu geeignet diese Loyalität zu erhöhen, denn sie erfüllen die drei Funktionen die Dowling und Uncles nennen, um die erwünschte Effektivität eines Loyalitätsprogrammes herzustellen:

- sofortiger direkter oder indirekter Effekt
- eine Wertwahrnehmung, und
- Timing – im Sinne von zeitnaher Aktion.

Gemäss Stauss et al. (Stauss et al. 1997, 246) existieren auch unterschiedliche Kundenzufriedenheits – Typen. Sie weisen drei verschiedene Typen nach, die obwohl alle höchste Zufriedenheit mit einer Dienstleistung ausweisen unterschiedliche Gefühle gegenüber dem Anbieter aufweisen, unterschiedliche spezifische Erwartungen an diesen haben und unterschiedliche Gründe haben den Anbieter bei Bedarf wieder zu wählen oder nicht mehr zu berücksichtigen. Diese drei Typen sind (Stauss et al. 1997, 241):

- The demanding satisfied: „The demanding satisfied (customers) are active satisfaction types. Their relationship with the provider is determined by positive emotions, especially optimism and confidence. Due to their positive past experiences they have the expectation that the supplier will be able to satisfy their rising expectations in the future. In addition, they are willing to continue the

satisfying relationship. However, loyalty is subject to the condition that the performance of the provider will improve according to the rising demands of the customer.“

- The stable satisfied: The stable satisfied customers can be described by a passive aspiration level and demanding behaviour. Their positive emotions towards the provider can be characterized by steadiness and trust in the existing relationship. They want everything to stay as it is. Due to the positive experiences made up to now they are willing to continue the relationship.“
- The resigned satisfied: Customers of this type score satisfied, too. However, this satisfaction is not induced by the fulfillment of expectations but is based on the impression that it is unrealistic to expect more. The customers' behaviour is passive. They are not willing to undertake efforts in order to demand an improvement of the situation.

Nach Stauss et al. sind es v.a. die „resigned satisfied“ und die „demanding satisfied“, welche eine grundsätzliche Wechselbereitschaft haben. Obwohl mit der Dienstleistung sehr zufrieden, zeigen Sie nur eine abnehmende Loyalität.

Ergänzt, und mit ähnlichen Kernaussagen werden diese Kundenkategorisierungen durch Tomczak und Dittrich (1997, 15), welche die Unzufriedenen hinzufügen, bei denen die Wechselbereitschaft naturgemäss noch höher ist (siehe folgende Abbildung)

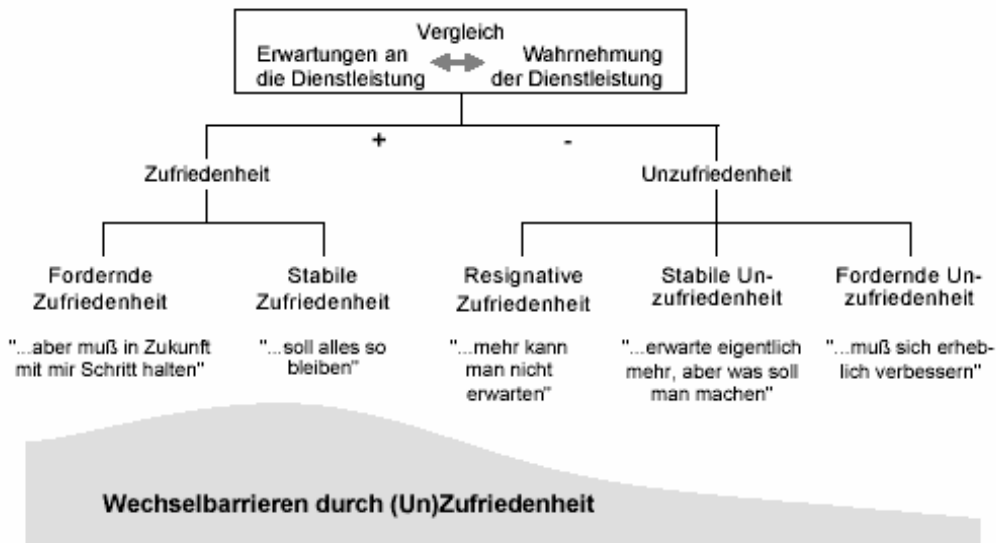


Abbildung 33: Kundenzufriedenheitstypen und deren Auswirkung auf die Höhe der subjektiv empfundenen Wechselbarrieren (nach Tomczak und Dittrich 1997, 15)

Grundsätzlich sind folgende Gründe zum Verlassen eines Dienstleistungsanbieters möglich:

- a) Unangemessener Preis
- b) Unbefriedigende Dienstleistung
- c) Unbefriedigender Value Added Service
- d) Substitution durch neue Technologien ausserhalb der eigenen Branche
- e) Interne und externe politische Gründe

Keaveney (1995, 74 f) stellt in einer Untersuchung in den USA bei Dienstleistungskunden die folgenden Wechselgründe und Subkategorien fest:

Wechselgrund	Subkategorien	Häufigkeit in % (Mehrfachnennungen)
Failed Service Encounters	<ul style="list-style-type: none"> - uncaring - impolite - unresponsive - unknowledgeable 	34,1
Pricing	<ul style="list-style-type: none"> - high price - price increases - unfair pricing 	29,9

	- deceptive pricing	
Inconvenience	- location/hours - wait for appointment - wait for service	20,7
Response to failed service	- negative response - no response - reluctant response	17,3
Competition	- found better service	10,2
Ethical Problems	- cheat - hard sell - unsafe - conflict of interest	7,5
Involuntary switching	- customer moved - provider closed	6,2
Other		8,6
		166

Abbildung 34: Wechselgründe bei Dienstleistern nach Keaveney 1995, 74 ff⁵¹

Die markierten Kategorien sind dem persönlichen Service, also dem Verhalten zuzuordnen und machen mehr als 38 % der Mehrfachnennungen aus.

In obige Ausführung sind m.E. die strukturelle Komponenten untervertreten (nur „competition), denn die Kundenbindung ist a) auch stark vom Wettbewerbsumfeld und b) auch von organisationsinternen Faktoren abhängig.

Das Wettbewerbsumfeld:

Jones und Sasser (1995, 91) konstatieren für das Veröffentlichungsjahr 1995 (sic !) für Krankenhäuser in den USA denn auch ein nahezu proportionales Verhältnis zwischen Kundenbindung und Zufriedenheit, was auf eine durchschnittlich kompetitives Umfeld hinweist (siehe folgende Abbildung). Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Zustand inzwischen stark verändert hat. Dies trifft auch für den deutschsprachigen Raum zu, in dem Krankenhäuser i.d.R. auch einen regionalen Markt bedienen, in bestimmten Behandlungsfeldern allerdings nicht nur überregional, sondern auch national und international (auf den deutschsprachigen Raum bezogen)

⁵¹ Ähnliche Gründe für Kundenabwanderungen (weniger ausdifferenziert aber mit vergleichbarer Verteilung) nennt Bruhn 1999, 67, wenn er sich auf Simon bezieht

und in Spezialfällen auch weltweit kompetitiv agieren (müssen). Anzumerken ist bei dieser Abbildung, dass sich einige Branchen dergestalt weiterentwickelt haben, dass sie heute nicht mehr am gleichen Ort in der Abbildung stehen würden. So sind Fluggesellschaften und auch Telefongesellschaften (mit Ausnahme der letzten Meile) in einer hochkompetitiven Zone zu verorten. Wie oben erwähnt (Kapitel 3) hat in fast allen Branchen das Paradigma des „Marktes“ das der „Planung“ abgelöst.

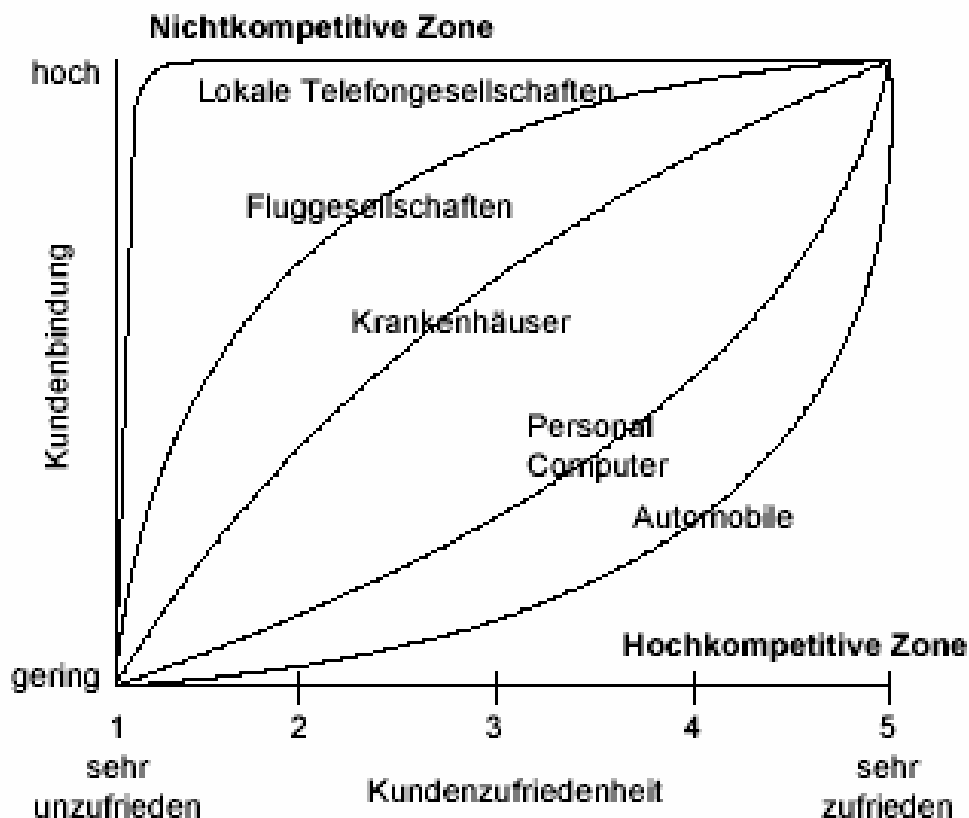


Abbildung 35: Der Einfluss des Wettbewerbsumfelds auf die Beziehung von Kundenzufriedenheit und -loyalität nach Jones und Sasser 1995

Obwohl Boutellier et al. durch ein Best Practice Benchmarking Projekt an der Universität St. Gallen herausgefunden haben, dass es durchschnittlich 5 Jahre dauert, bis eine enge Beziehung zwischen klassischen Kundendienstmitarbeitern und dem Kunden aufgebaut ist (Boutellier et al. 1999, 27), was für das B2B Service Management ebenfalls angenommen werden kann, darf man sich über den Charakter des Marktes nicht täuschen lassen. Es wird trotzdem gewechselt:

Krafft et al. kommen 1999 in ihrer Studie (Vertriebs – Informations – Panel (VIP)) zwar zu der Erkenntnis dass die Anstrengungen von Unternehmen der

Investitionsgüterindustrie die Zufriedenheit Ihrer Kunden zu erhöhen um eine langfristige Kundenbindung zu erzielen Erfolge zeigen, aber sie kritisieren auch, dass diese Kundenbindungsanstrengungen derzeit übertrieben werden, bzw. die Erfolge durch unzureichende Kostenrechnungssysteme nicht deutlich gemacht werden können. Die Unternehmen tappten damit in eine „Zufriedenheitsfalle“, auch wenn sie mit den bestehenden Kunden tatsächlich langfristige Partnerschaften eingingen. Denn diese Anstrengungen verhinderten auch, dass sich die Unternehmen stärker auf Neukunden konzentrierten. Unternehmen übersehen, so Krafft et al., dass auch langfristige und ertragreiche Kundenbeziehungen einen maximalen Reifegrad erreichen und irgendwann beendet werden. Deshalb müssten, so Krafft et al. permanent potentielle Neukunden identifiziert, qualifiziert und gewonnen werden. Dies sei wesentliche Voraussetzung um dauerhaft erfolgreich in einem immer stärker wettbewerblichen Umfeld bestehen zu können (Krafft 1999).

Organisationsinterne Faktoren:

Nichtsdestotrotz gilt es die Kunden so lange als möglich an das Unternehmen zu binden. So kommen z.B. Leong et al. durch empirische Untersuchung zum Ergebnis, dass auch das „physical environment“ wesentliches zur Zufriedenheit beträgt – und zwar in dem Sinne, dass Kunden bei Servicefehlern diese bei einem angenehmen Ambiente nicht der Unfähigkeit des Dienstleisters zuschrieben sondern einem „lack of control“ (Leong et al. 1997, 231 ff).

So ist es auch nicht verwunderlich, dass z.B. das neue Mayo Klink Rochester „Gonda Building“ darauf ausgerichtet ist: „...to relieve stress, offer a place of refuge, create positive distractions , convey caring and respect, symbolize competence, minimize the impression of crowding, facilitate way – finding, and accommodate families.“ (Berry / Bendapudi 2003 b).⁵²

Goldschmidt und Chung (2001) präsentieren ein Modell in dem es ihnen gelingt die Mitarbeiterzufriedenheit als intermediäre Variable zwischen Organisationsgröße und Kundenzufriedenheit (aus pers. Kontakt) darzustellen. Dabei gehen diese beiden Autoren von 7 Hypothesen aus, welche sie durch Literaturbeispiele belegen. Diese

⁵² In der angelsächsischen Literatur wird auch der einprägsame Begriff des „Servicescape“, also der „DienstleistungsLandschaft“, verwandt. Unterschiedlichste Studien kommen zu dem Schluss, dass folgende ökonomisch relevanten Dimensionen des Kaufverhaltens von Konsumenten durch Servicescapes beeinflusst werden z.B.: Image des Dienstleisters; Bewertung der Dienstleistung und des Dienstleistungsumfelds; Aufenthaltsdauer; Preisbereitschaft; Ausgabenhöhe und Wiederkaufabsicht (Olavarria 2001, 180).

Hypothesen sind: (Goldschmidt / Chung 2001, 51 ff)

1. Employees in large organizations tend to be more satisfied with the facets of pay and promotion, than employees in small organizations.
2. Employees in small organizations tend to be more satisfied with the facet of work itself than employees in large organizations.
3. Employees in small organizations tend to be more satisfied with the facet of supervision than employees in large organizations.
4. Overall employee job satisfaction is positively related to service quality delivered by service employees that, in turn, is positively related to customer satisfaction derived from personal contact.
5. The different facets of employee job satisfaction (except pay) are positively related to service employees' customer-oriented performance that, in turn, leads to quality service delivered by the service employee.
6. Organizational size has a direct effect on customer satisfaction from nonpersonal aspects.
7. Organizational size affects customer satisfaction derived from personal contact aspects through overall employee job satisfaction, as well as the different facets of employee job satisfaction (except coworkers).

Die Vorteile kleinerer Organisationen liegen nach diesen beiden Autoren klar in der persönlicheren Erbringung kundennaher Dienstleistungen und damit höherer Kundenzufriedenheit, während grosse Organisationen Zufriedenheit im Bereich der nichtpersonalen Kontakte v.a. durch standardisierbare Leistungen und erhöhten Ressourceneinsatz erzielen können. Dabei werden definiert: „Nonpersonal contact, which is similar to service depth satisfaction, includes dimensions that do not involve direct contact with people (e.g., price, location, product variety, credit options, and opening hours). Personal contact, which is similar but broader than response satisfaction, includes dimensions that involve service quality derived from employee performance and behaviors (e.g., responsiveness, reliability, assurance, and empathy)“ (Goldschmidt / Chung 2001, 49).

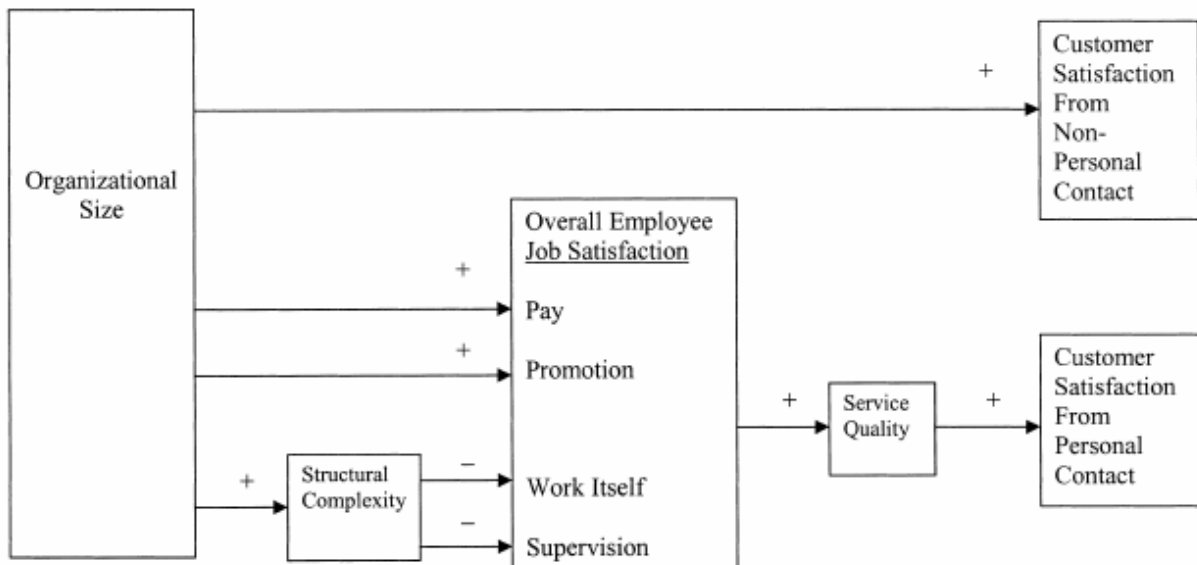


Abbildung 36: Modell des Effektes organisationaler Grösse auf Kundenzufriedenheit (nach Goldschmidt und Chung 2001, 55) + bedeutet hier positiven und - negativen Effekt

Was die Definition von grossen und kleinen Unternehmen betrifft halten sich beide Autoren bedeckt. Zwar machen Sie den Hinweis, dass sich eine Definition sinnigerweise an der Zahl der Beschäftigten orientieren sollte, dies aber v.a. aus Gründen der Vergleichbarkeit. Eine konkrete Zahl oder einen Vorschlag für Ihre Empfehlung kleiner Organisationen bei personaler Dienstleistung legen sie nicht vor (Goldschmidt / Chung 2001, 57 f). Dies gilt ebenfalls für gross-kleine, sogenannte hybride Organisationen – Organisationen welche die Vorteile grosser Organisationen nutzen, ohne die Vorteile kleiner Organisationen aufgeben zu wollen (und vice versa).

4.4 Dienstleistungsqualität

Um die Dienstleistungsqualität von Spitälern, Einrichtungen des Gesundheitswesens, oder des Gesundheitswesens selbst zu definieren, gibt es zahlreiche Möglichkeiten und Dimensionen (z.B. Güntert und Wagner 2001). Donabedian (1980) und seine Qualitätstrilogie aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist sicherlich die bekannteste. Lehtinen und Laitamaki (1985, 45 ff) versuchen es für das Krankenhaus mit einem holistischen Ansatz (er soll geeignet sein um die Wahrnehmung zu

messen, zu überwachen und zu operationalisieren) und mit folgenden drei Dimensionen:

1. Institutionelle Qualität (bezieht sich auf das „corporate image“)
2. Physikalische Qualität (bezieht sich auf die physikalischen Merkmale des Leistungserstellungsprozesses)
 - Qualität der Physikalische Umgebung (Bau, Landschaft, Gestaltung)
 - Qualität der Ausstattung (Apparate und Equipment)
 - Qualität der Konsumierte Güter (Essen und Trinken)
 - Qualität des „process outcome“ (medizinisch-pflegerischer Outcome)
3. Interaktive Qualität (bezieht sich auf das Verhalten der Health Professionals und das Verhältnis zum Patienten)

Es existieren vielfältige weitere Ansätze und Verfahren die in ihren jeweiligen Modellannahmen und Vorgehensweisen, der Reichweite bezüglich der Erkenntnisgenerierung, der unmittelbarer Relevanz sowie ihrer Praktikabilität im Hinblick auf den Nutzen und ihren Einsatz in den unterschiedlichen Dienstleistungsunternehmen zu unterscheiden sind. Diese Ansätze zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität versuchen nachzuvollziehen wie diese zustande kommt (siehe 4.4.1. bis 4.4.7).

Die zu beleuchteten theoretischen Konzeptionen zur Erklärung von Dienstleistungsqualität machen deutlich, dass es eine grosse Anzahl unterschiedlichster Einflussgrößen auf die wahrgenommene Qualität gibt. Gleichzeitig machen diese Ansätze deutlich, dass es „den“ idealen Weg zur Messung von Qualität von Dienstleistungen nicht gibt.

Ein umfassendes Modell zum Nachvollzug der Qualitätswahrnehmung und deren Beeinflussungsgrößen, kann bei der Vielfalt der Branchen und Situationen kaum entwickelt werden. Auch sind die vorgestellten Leistungsmerkmale und Qualitätsdimensionen häufig abstrakter Natur und so hoch aggregiert, dass eine Messung nahezu unmöglich ist. Deshalb wurden neben den theoretisch-konzeptionellen Ansätzen auch vermehrt empirische Ansätze entwickelt werden, welche die systematische Erfassung von Kundenwahrnehmungen (multiattributuell) erlauben.

Diese zweite Kategorie von Ansätzen widmet sich der Messung von Dienstleistungsqualität. Diese Ansätze beziehen sich nicht immer auf Ansätze zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität in obigem Sinne, sondern machen teilweise eigenständige Aussagen zur Entstehung. Deshalb wird hier näher auf diese Ansätze eingegangen und wo zweckmässig einzelne Aspekte vertieft und genutzt.

Allgemein kann von kunden- und unternehmensorientierten Ansätzen gesprochen werden, wobei für vorliegenden Zweck nur die ersteren Relevanz haben können. Es existieren allerdings auch Mischformen, welche hilfreich sein können (z.B. Sureshchandar weiter unten). Diese werden von Bruhn in objektive und subjektive Ansätze unterteilt. „Objektiven Verfahren liegt die Idee zugrunde, dass Zufriedenheit durch Indikatoren messbar ist, die eine hohe Korrelation mit der Zufriedenheit aufweisen und nicht durch persönliche subjektive Wahrnehmungen verzerrt werden können“ (Homburg und Rudolph 1995, 42). Obwohl es wissenschaftstheoretisch keine objektiven Messansätze geben kann⁵³, bezeichnet Bruhn (a.a.O) einzelne kundenorientierte Messansätze als objektiv. Nach Ansicht des Autors wäre es passender hier von direkten (d.h. der Kunde bewertet) und indirekten (d.h. der Experte, Forscher bewertet) zu sprechen. Die subjektiven, besser direkten Ansätze werden wiederum in merkmals- und ereignisorientierte Ansätze unterteilt.

Merkmalsorientierte Verfahren bzw. Multiattributverfahren beruhen auf der Annahme, dass Kunden Erwartungen und Wahrnehmungen auf einzelne Qualitätsmerkmale beziehen und dass sich die globale Zufriedenheit mit einem Sachgut oder einer Dienstleistung als Ergebnis von Einzelzufriedenheiten mit Merkmalen der Qualität ergibt (Hentschel 1992, 111; Stauss und Seidel 1995, 183). Der SERVQUAL Ansatz ist ein solcher Ansatz. Ein überwiegender Teil der diesbezüglich vorliegenden Untersuchungen misst allerdings weniger das Konstrukt Kundenzufriedenheit, sondern die vom Kunden wahrgenommene Dienstleistungsqualität. Dies macht nochmals die sehr verwischten Grenzen dieser beiden Konstrukte deutlich. Als Beispiel soll hier ein eher unbekannter Ansatz dargestellt werden, der eine wenig beachtete Komponente enthält. Die Zeit !

Bisgaard nennt insgesamt 7 Dimensionen mit etlichen Unterpunkten welche wie er es nennt „nützlich“ sein können (Bisgaard 2000, 300 f) um Dienstleistungsqualität zu

⁵³ Siehe Kapitel 1: Einführung zum Thema Konstruktivismus und die Rolle des Forschers in der Betriebswirtschaft nach Hans Ulrich

planen, zu steuern und zu verbessern. Auffallend ist an diesen Dimensionen die Dimension Zeit, welche nach Bisgaard (a.a.O.) nicht nur ein Qualitätsindikator bzgl. Dienstleistungswahrnehmung und damit Zufriedenheit ist, sondern auch als Indikator für Ineffizienzen. Der Zeitindikator kann nach Bisgaard aber auch als Tracer Indikator für die übrigen sechs Dimensionen herangezogen werden, denn i.d.R. können Probleme oft über ihren Zeitverbrauch identifiziert werden.

1. Fitness for the customer's use; technical and professional	<ul style="list-style-type: none"> • correctness of service outcome: • Degree to which the primary benefits are delivered to the customer • Correctness of the service delivered • Gap between customer's expectation and actual outcome
2. Time and timeliness:	<ul style="list-style-type: none"> • Schedule deviations • Time to access • Time between access and start of delivery • (i.e. waiting time) • Time for delivery • Time after delivery before transaction is completed
3. Professionalism and courtesy	<ul style="list-style-type: none"> • Personal mastery of the profession • Attitude : helpfulness, desire to serve, • a "The Customer is always right" attitude, sincerity in delivery • Choice of language and politeness • Respect and humility • Personal touch and empathy • Flexibility, adaptability and ability to improvise • Customer information and guidance • Personal integrity and feel of responsibility • Maintenance of professional stance under pressure, unusual situations, deviations from plans or standard operating procedures • Ability to deal professionally with complaints and unhappy customers
4. Consistency:	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformity and consistence of service delivery under time and volume pressure and the time of delivery

	<ul style="list-style-type: none"> • Robustness to seasonally. weather and other adverse environmental conditions • Predictability • Reliability
5. Convenience:	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibility: ease; distance; quality of access channels or roads; parking availability; connection to public transportation; handicap accessibility; electronic accessibility, • Availability • Business hours • Necessity of prior appointment or reservation
6. Ethics and security:	<ul style="list-style-type: none"> • Honesty • Principled conduct • Personal and material safety • Security of privacy, information and property • Legality
7. Psychological factors:	<ul style="list-style-type: none"> • A: Serviceprovider: <ul style="list-style-type: none"> ○ Personal hygiene ○ Physical appearance ○ Recognition of regular customers ○ Friendliness • B: Service delivery venue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Location; neighborhood; environment ○ Ambiance, atmosphere and aesthetics ○ Cleanliness ○ Noise, smell and odor ○ Comfort

Abbildung 37: Seven Service Quality Dimensions (Bisgaard 2000, 301 f)

Ereignisorientierte Verfahren beruhen auf dem Konzept der episodischen Informationsverarbeitung und gehen davon aus, dass die zufriedenheitsbildenden Erfahrungen mit Dienstleistungen nicht kontextungebunden als „Merkmal“ erlebt und gespeichert werden, sondern kontextgebunden mit räumlichen und zeitlichen Bezügen als „Ereignis“ wahrgenommen werden (Hentschel 1992, 112 ff). Besondere Bedeutung haben in diesen Ansätzen die „moments of truth“ und hier die „critical moments of truth“, die besonders intensiv empfunden und erinnert werden und

Dritten gegenüber weitererzählt werden, da diese anzeigen, was den Kunden wirklich wichtig ist (Stauss 1995, 384). Sie lösen auch – bei positiver Empfindung und Erinnerung die gewünschte Loyalität aus (Stauss und Seidel 1995, 201).

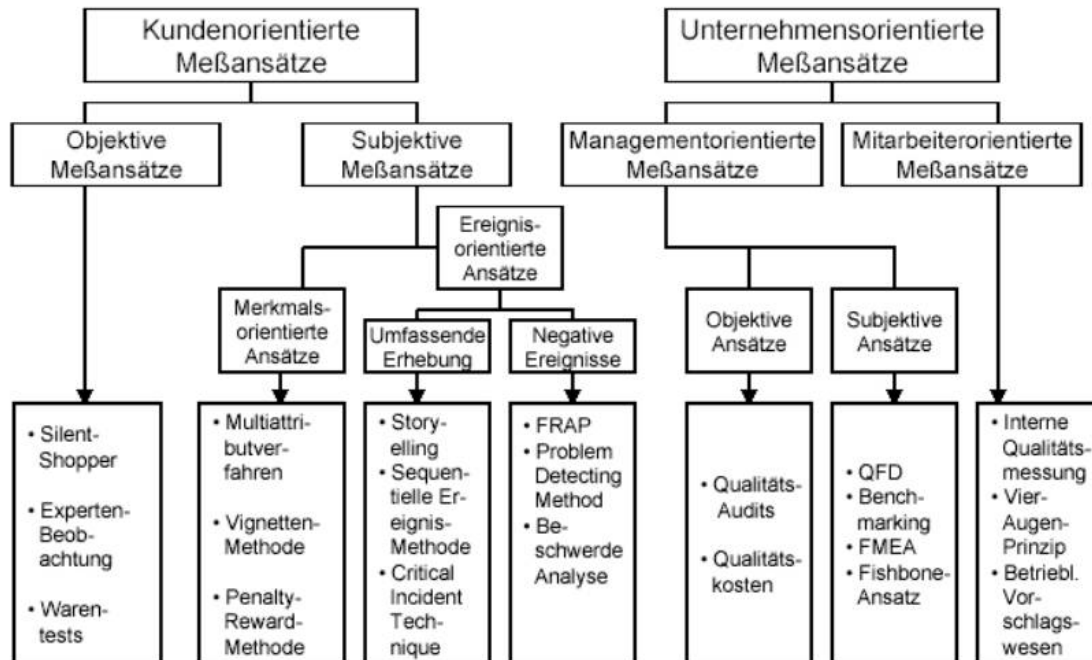


Abbildung 38: Systematisierung der Messansätze zur Dienstleistungsqualität nach Bruhn 1997, 61 oder auch Bruhn 1999, 99

Aus Managementperspektive sollte Dienstleistungsqualität nicht mit Kundenzufriedenheit verwechselt werden. Taylor (1994, 221 ff) weist darauf hin und macht deutlich, dass dies Implikationen für die Marketing – Strategie eines Krankenhauses hat, denn Zufriedenheit lässt sich nicht vorhersagen (moving target) und managen. Dienstleistungsqualität hingegen schon.

Aus Kundenperspektive hingegen können die beiden Konstrukte m.E. durchaus zusammengefasst werden.

Im Folgenden werden phasenunabhängige Beurteilungs- / Erklärungsansätze der Dienstleistungsqualität deskriptiv aufgearbeitet und auf ihre Geeignetheit hin bewertet, ob sie erklären können, wie nachhaltige Zufriedenheit ausgelöst wird und damit der Unternehmung einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil verschaffen.

Die folgenden Ausführungen zur Dienstleistungsqualität beziehen sich nach oben genannter Kategorisierung auf die Dienst- und Serviceleistungen und nicht auf

medizinisch-pflegerische Kernleistungen (outcome). Diese werden als konstant und qualitativ hochstehend angenommen, da sie im deutschsprachigen Raum bisher nicht öffentlich zugänglich und transparent sind und somit für eine wettbewerbliche Situation wenig relevant.

4.4.1 Das Modell von Grönroos (technische und funktionale Dimension)

Mit seinem 1982 erschienenen Werk „Strategic Management and Marketing in the Service Sector“ (Helsingfors) greift Grönroos die Frage auf, wie der Konsument Dienstleistungsqualität wahrnimmt und welche Faktoren diese Qualität beeinflussen.

Wie viele seiner Kollegen auch kommt Grönroos zu dem Schluss, dass die Dienstleistungsqualität sich definieren lässt als die wahrgenommene Qualität als Resultat von erwarteter und tatsächlich erhaltener Dienstleistung. Die zentrale weitere Frage bei Grönroos ist die der Ressourcenaktivitäten innerhalb und ausserhalb des Unternehmens, die die erwarteten und wahrgenommenen Leistungen beeinflussen. Die Antwort auf diese Frage gibt er mit den zwei Dimensionen, der technischen und der funktionalen Qualität. Die technische Qualität kann mit dem Was der Kunde eines Dienstleistungsanbieters bekommt (Hentschel, 1992, S. 90) und die funktionale Dimension als das Wie er es bekommt beschrieben werden.

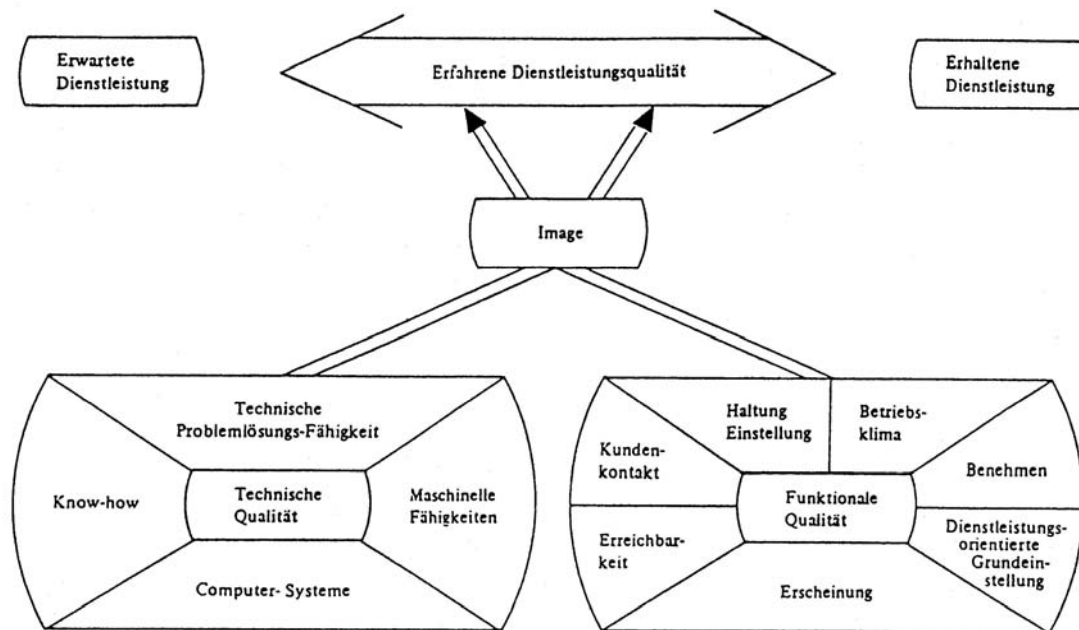


Abbildung 39:Q Konzept von Grönroos 1982, 79 (zit. nach Meyer+Mattmüller 1987, 191) (Abbildungsquelle: Haller 1998)

Nach dem Modell des Soll-Ist-Vergleichs nach Grönroos (1982) stellt der Kunde ein Vergleich zwischen den Erwartungen, die er hat und der wahrgenommenen Leistung an. Geht der Vergleich positiv aus wird die Qualität der Dienstleistung auch positiv gewertet. Grönroos stellt die beiden Fragen: Was wird erbracht (technisch)? und Wie wird es erbracht (funktional)? Das Image eines Anbieters oder Person dient hier als "Filter": Die Erwartungen an eine öffentliches Allgemeinspital sind nicht so hoch, wie an ein spezialisiertes Privatspital.

Als Beispiele für die beiden Qualitätsdimensionen können genannt werden: für die technische Qualität z.B. alle technischen Lösungen, das Know-how, maschinelle Fertigkeiten oder auch Computersysteme, deren Beurteilung objektiv möglich ist. Beispiel für die funktionale Qualitätsdimension, welche die Art und Weise der Dienstleistungserbringung darstellen, sind das Benehmen und das Erscheinungsbild des Personals, die Haltung und Einstellung gegenüber dem Kunden, die dienstleistungsorientierte Grundeinstellung, die Kundenorientierung insgesamt, aber auch die Erreichbarkeit des Unternehmens für den Konsumenten (Grönroos 1985, S. 41 ff.). Die Gewichtung beider Dimensionen ist sicherlich äusserst schwierig

vorzunehmen. Grundsätzlich kann aber festgehalten werden, dass die funktionale Qualität sehr einfach beurteilt werden kann und sicher auch in jedem Fall beurteilt wird. Sie wird deshalb die grössere Bedeutung für ein Gesamturteil oder auch die Zufriedenheit des Konsumenten bilden. Die technische Qualität hingegen ist durch den Konsumenten nur sehr schwer oder eingeschränkt zu beurteilen. Sie wird als hinreichende Bedingung vorausgesetzt.

Ein weiterer Baustein des Qualitätskonzepts von Grönroos ist das Image des Dienstleistungsanbieters, da es die Erwartungen der Konsumenten mit beeinflussen kann. Im Idealfall (für den Anbieter) kann dieses Image zu einer eigenen Qualitätsdimension werden. Das Image verbindet beide Dimensionen miteinander und dient beiden als Filter zur wahrgenommenen Dienstleistungsqualität. Hierdurch macht Grönroos nochmals eindeutig klar, dass es sich bei der wahrgenommenen Qualität um ein subjektives Konstrukt handelt. Das Image des Anbieters kann die Bewertung der technischen und der funktionalen Dimension klar positiv oder negativ beeinflussen. Andererseits ist das Image selbst ebenfalls abhängig von diesen beiden Qualitätsdimensionen, und wird von ihnen geprägt.

4.4.2 Das Modell von Donabedian

Donabedian, ein amerikanischer Arzt (verstorben im Alter von 81 Jahren im Jahre 2000), legt den umfassendsten und immer wieder auftauchenden Qualitätstriptychon vor, der die gesamte Diskussion um die Modelle der Dienstleistungsqualität stark beeinflusst. Er unterteilte schon 1966 die Beurteilungsmöglichkeiten für ärztliche Leistungen, Dienstleistungen, in „structure, process, outcome“. Im deutschen Sprachgebrauch hat allerdings der Begriff Struktur nur im originär medizinischen Bereich Verbreitung gefunden, im betriebswirtschaftlichen Sachverhalten wird zumeist das Wort „Struktur“ durch „Potential“ ersetzt. Die Prozessqualität ist primäres Objekt zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität. Sie bezieht sich auf alle Tätigkeiten während des Dienstleistungsprozesses und hat daher nach Donabedian als einzige der drei Dimensionen unmittelbare Auswirkungen auf die Gesamtqualität (Donabedian, 1980, S. 83). Begründet werden kann dieser Sachverhalt mit der Tatsache, dass allein jede Handlung, ob positiv oder negativ, direkten Einfluss auf die Gesamtqualität hat.

Stark beeinflusst wird die Prozessqualität von der Struktur- oder Potentialqualität. Unter Struktur/Potential versteht Donabedian alle auf Dauer vorhandenen Charakteristika und Faktorkombinationen der Dienstleistungsanbieter. Hierunter fallen alle Ressourcen (finanziell und materiell), Anzahl und Qualifikation des Personals, die Umgebung, die der Dienstleistungskonsument wahrnimmt, aber auch der organisatorische Rahmen, in welchem die Dienstleistung eingebettet ist. Donabedian geht davon aus, dass eine stabile Potential- oder Strukturqualität die besten Voraussetzungen für eine hohe Qualität der Leistungserstellung selbst bietet. Bislang ist meines Wissens nach auch noch kein klarer Beweis für den unmittelbaren Zusammenhang der Strukturqualität mit der Ergebnisqualität erbracht worden. M.E. wird die Strukturqualität stark überbetont. Zu vermuten ist, dass dies zumeist aus mikro- und machtpolitischen Gründen geschieht.

Die Ergebnisqualität, hat nach Donabedians Einschätzung wie auch die Strukturqualität nur mittelbaren Einfluss auf das Gesamtqualitätsurteil der Dienstleistungsqualität. Dies mag zunächst erstaunen, Donabedians Begründung allerdings wirkt dann aufklärend. In seinem medizinischen Beispiel weist er darauf hin, dass ebenso externe Faktoren (wie z.B. der Patient selbst) Einfluss auf das Ergebnis nehmen können, so dass der direkte Zusammenhang nicht so zwingend eindeutig ist, wie er sich zunächst darstellt (Donabedian, 1980, 79 f.).

Donabedians Ansatz resümierend kann festgestellt werden, dass dieser einen direkten funktionalen Zusammenhang zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis sieht, welcher bis heute empirisch noch nicht klar nachgewiesen ist.

4.4.3 Das Interaktionsmodell von Meyer und Mattmüller

Das Interaktionsmodell von Meyer/Mattmüller (1987) berücksichtigt, dass der Kunde auch bestimmte Fähigkeiten, Wünsche und Potentiale hat, die in die Interaktion zwischen Anbieter und Nachfrage mit eingebracht werden. Das Ergebnis der Serviceleistung ist also entscheidend von der Kooperationsbereitschaft des einzelnen Kunden und der Mitarbeiter abhängig und damit nur bedingt kalkulierbar.

Das Modell bezieht sich auf die Modelle von Donabedian und Grönroos. Für Teilqualität der Dienstleistung (Potential, Prozess und Ergebnis) wird die Frage nach

dem "Wie" und "Was" gestellt. Zur Tech-Dimension zählen die vom Unternehmen zur Verfügung gestellten Mittel, Organisations- und Planungsmöglichkeiten. Die Touch-Dimensionen werden durch die Geschäftsbeziehungen zum Kunden und durch die image- und Prestigeaspekte geprägt.

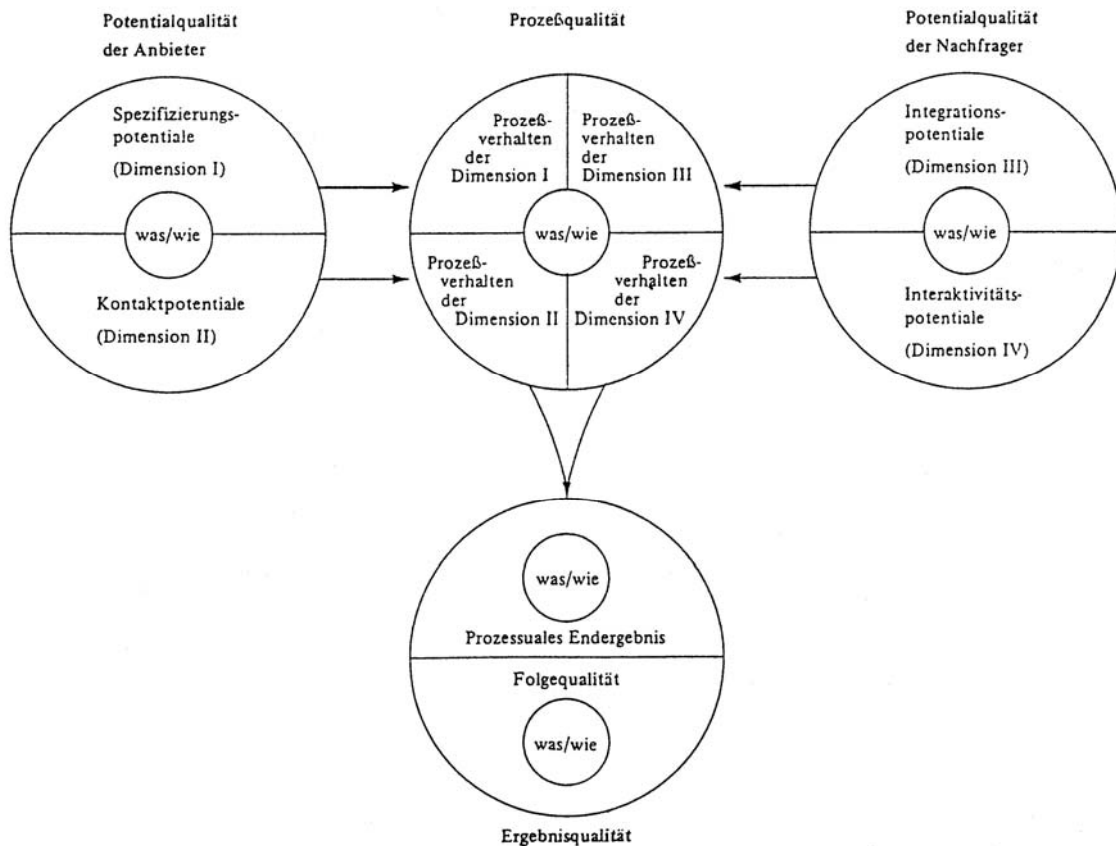


Abbildung 40: Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer + Mattmüller 1987, 191 ff (Abbildungsquelle: Haller 1998)

Meyer/Mattmüller unterscheiden des weiteren noch 4 Dimensionen im Bereich der Potentialqualität: Anbieterseitig: Spezifizierungs- und Kontaktpotentiale, kundenseitig: Integrations- und Interaktivitätspotentiale.

Die genannten Teilqualitäten stellen recht sinnvoll abgrenzbare Komponenten der Servicequalität und somit die Basis zur Ermittlung von Handlungsmaximen im Rahmen der Service- und Qualitätspolitik eines Unternehmens dar. Mit Hilfe der zu formulierenden Maximen soll die Qualitätswahrnehmung und die daraus resultierende Qualitätserfahrung im Unternehmenssinne beeinflusst werden. Diese beeinflusst dann wiederum die Qualitätserwartungen (siehe z.B. Johnson et al. 1997, 290 ff).

Die Potentialqualität wird zum einen durch ein Unternehmen und zum anderen durch den Kunden beeinflusst, wobei die Potentialqualität des Anbieters durch eine subjektive Beurteilung der Serviceangebote durch den potentiellen und aktuellen Kunden definiert wird. Die Kunden bewerten dabei vor allem die entstehende Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der internen Faktoren (Serviceleistungen und Mitarbeiter) und die unterstützenden Objekte (technische Ausrüstung).

Ferner wird die Potentialqualität eines Unternehmens noch durch die Erwartungen seiner Kunden dahingehend beeinflusst, dass ihre Wünsche und Ansprüche direkt und indirekt in die ganzheitliche Problemlösung integriert werden. In Verbindung mit dieser Individualisierung des internen Faktors stellt die marketingorientierte Unterhaltung der Kontaktkanäle die möglichen Bestimmungsgrößen der Potentialqualität der Verlage dar.

Die vom Kunden ausgehende Potentialqualität wirkt ebenfalls auf die Unternehmen ein. So bestimmen z.B. Problemverständnis, Serviceerfahrung und Individualisierungserwartungen der Kunden die Potentiale in bezug auf die Kundenintegration. Daneben beeinflusst die Fähigkeit zur Interaktion der potentiellen Kunden untereinander die Wirkung dieser auf den Verlag. Im Zuge der Prozessqualität erfolgt die Betrachtung der Wechselwirkungen zwischen den Potentialqualitäten. Die Ausprägungen der Wechselwirkungen zwischen den Mitarbeitern als prägende, interne Faktoren und den Kunden als externe Faktoren entscheiden massgeblich über die Prozessqualität der Serviceleistungen. Als Resultat des Prozesses ergibt sich die Ergebnisqualität, in der die Wirkung, die der Prozess der Serviceerbringung bei dem Kunden hinterlässt, beinhaltet ist.

4.4.4 Das Modell von Parasuraman, Zeithaml und Berry (PZB)

Dem GAP Modell von PZB (1992) liegt das Konzept der „wahrgenommenen Dienstleistungsqualität“ (Grönroos 1982 siehe oben) zugrunde. Nach PZB (a.a.O) beruhen Schwächen in der Dienstleistungsqualität auf folgenden fünf „Lücken“ (gaps):

1. der Diskrepanz zwischen den Erwartungen des Kunden und deren Wahrnehmung durch das Management (Gap 1),

2. der Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Kundenerwartungen durch das Management und ihrer Umsetzung in Spezifikationen der Dienstleistungsqualität (Gap 2),
3. der Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächlich erstellten Leistung (Gap 3),
4. der Diskrepanz zwischen der tatsächlich erstellten Dienstleistung und der an den Kunden gerichteten Kommunikation über diese Dienstleistung bzw. der versprochenen Leistung (Gap 4),
5. der Diskrepanz zwischen den Erwartungen des Kunden und der Wahrnehmungen des Kunden bzw. der wahrgenommene Dienstleistungsqualität (Gap 5).

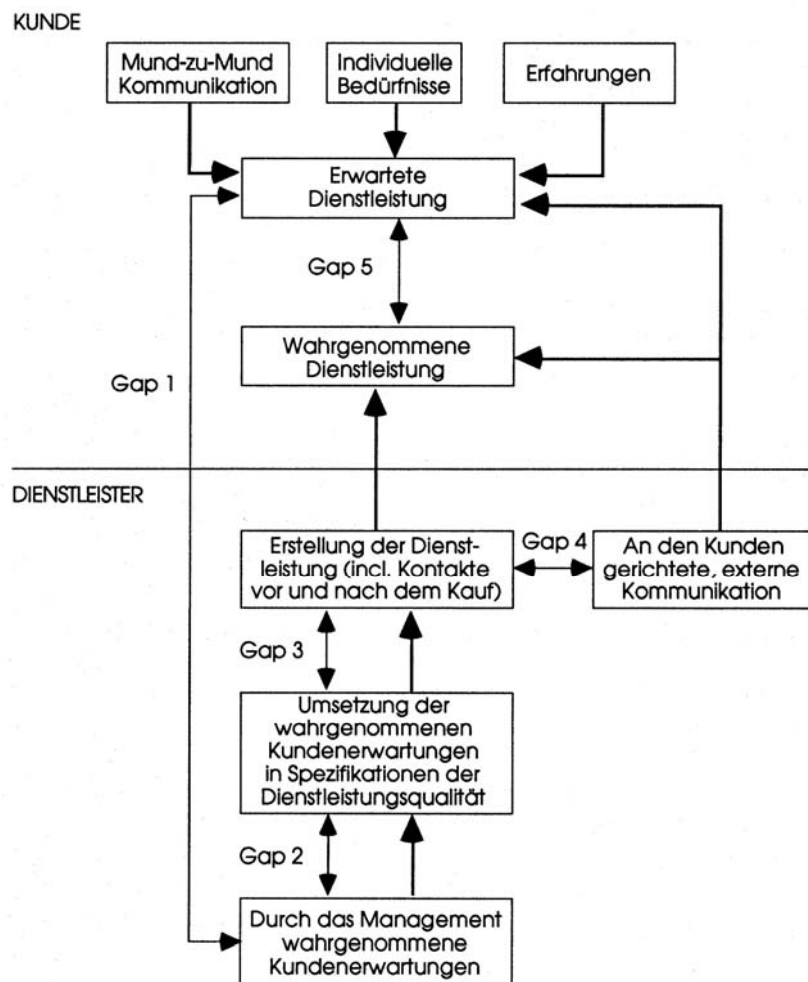


Abbildung 41: GAP- Modell der Dienstleistungsqualität nach PZB 1992

Ein gelungenes Anwendungsbeispiel für die Gesundheitsversorgung bietet Delene (1992, 265 ff) anhand eines amerikanischen College Health Centers.

PZB (1985) ermittelten dann unter Einsatz von explorativen qualitativen Studien mittels Fokusgruppen die folgenden 10 Dimensionen der Dienstleistungsqualität, welche sie dann im Laufe weiterer – diesmal quantitativer Forschung auf 5 Dimensionen reduzierten:

1. Reliability (Consistency of performance and dependability, e.g. performance of the service at the designated time.),
2. Responsiveness (Willingness or readiness of employees to provide the service e.g. giving prompt service),
3. Competence (Possession of the required skills and knowledge to perform the service involving contact personnel, the operational support personnel and the service organization),
4. Access (Approachability and ease of contact, e.g. the service is easily accessible),
5. Courtesy (Politeness, respect, consideration, and friendliness of contact personnel),
6. Communication (Keeping customers informed in language they understand, and listening to them),
7. Credibility (Trustworthiness, believability and honesty, and having the customer's best interests at heart),
8. Security (Freedom from danger, risk and doubt, and involves physical and financial security, and confidentiality),
9. Understanding/ knowing the customer (Making the effort to understand the customer's needs, e.g. providing individual attention),
10. Tangibles (The physical evidence of the service, e.g. physical facilities)

Aggregiert wurde das 10 Dimensionen Modell im gleichen Jahr neu zu 5 Dimensionen:

Service Quality Dimension:	Inhaltliche Zusammensetzung der Dimension:
1. „tangibles“: Annehmlichkeit / Umfeld /Materielles	Das Erscheinungsbild von Einrichtungen und Ausrüstungen sowie des Personals und der gedruckten Kommunikationsmittel
2. „reliability“: Verlässlichkeit / Zuverlässigkeit	Die Fähigkeit, die versprochene Leistung verlässlich und präzise auszuführen
3. „responsiveness“: Einsatzbereitschaft / Entgegenkommen	Die Bereitschaft, den Kunden zu helfen und ihn prompt zu bedienen
4. „assurance“: Leistungskompetenz / -souveränität	Fachwissen und zuvorkommendes Verhalten der Angestellten sowie deren Fähigkeit, Vertrauen zu erwecken; beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Kompetenz</u>: Notwendiges berufliches Können und Fachwissen zur Ausführung der Leistung - <u>Zuvorkommenheit</u>: Höflichkeit und Freundlichkeit des Kontaktpersonals - <u>Vertrauenswürdigkeit</u>: Glaubwürdigkeit und Ehrlichkeit des

	Unternehmens - <u>Sicherheit</u> : Kunden nicht Zweifeln oder Eindrücken von Gefahren oder Risiken überlassen
5. „ <i>empathy</i> “: Einfühlung (- svermögen)	Fürsorgliche Aufmerksamkeit des Unternehmens für jeden einzelnen Kunden; beinhaltet: - <u>Erreichbarkeit</u> : Leichter Zugang zu Ansprechpartner - <u>Kommunikation</u> : Dem Kunden zuhören und sie in einer für Laien verständlichen Sprache informiert halten - <u>Kundenverständnis</u> : Sich die Mühe machen, die Kunden und ihre Bedürfnisse kennen zu lernen

Tabelle 11: Kerninhalte einer Dienstleistungsqualität nach PZB 1985

Die Dimensionen von PZB stiessen nicht nur in der Wissenschaft sondern auch in der Praxis auf reges Interesse und wurde in etlichen Anleitungen praktisch umgesetzt (z.B. Zmeke und Anderson 1994, 22 ff.). O’Conner und Shewchuk haben schon 1991 nachgewiesen, dass die von PZB 1985 für den gesamten Dienstleistungsbereich entwickelten 5 Kriterien auch für „hospitals and health care“ gelten, wobei eine Besonderheit die noch höheren Erwartungen an alle 5 Dimensionen im Gesundheitswesen sind (O’Conner und Shewchuk 1991, 3).

Ausgehend von diesen Dimensionen entwickelten PZB einen standardisierten Fragebogen mit 22 Items (SERVQUAL) für einen branchenübergreifenden Einsatz zur Messung der Dienstleistungsqualität..

4.4.5 Das Modell von Kano

Kanos Modell basiert auf dem kundenorienterten Qualitätsbegriff und kann es Organisationen ermöglichen Ihre Leistungen und Produkte aus der Perspektive des Kunden bzgl. Qualität und Funktionalität zu analysieren und zu bewerten (Kano, 1984, 39 ff). Er teilt die „Stimme des Kunden“ in drei Gruppen ein, welche die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden bzgl. Produkten oder Dienstleistungen abbilden:

- Basic
- Performance (oder Proportional – Kano 1996)
- Excitement / Distinctive⁵⁴

⁵⁴ Excitement / Distictive Merkmale werden v.a. in der amerikanischen Literatur häufig als „Delight“- Faktoren bezeichnet (siehe dazu z.B. auch Donovan et al. 1994)

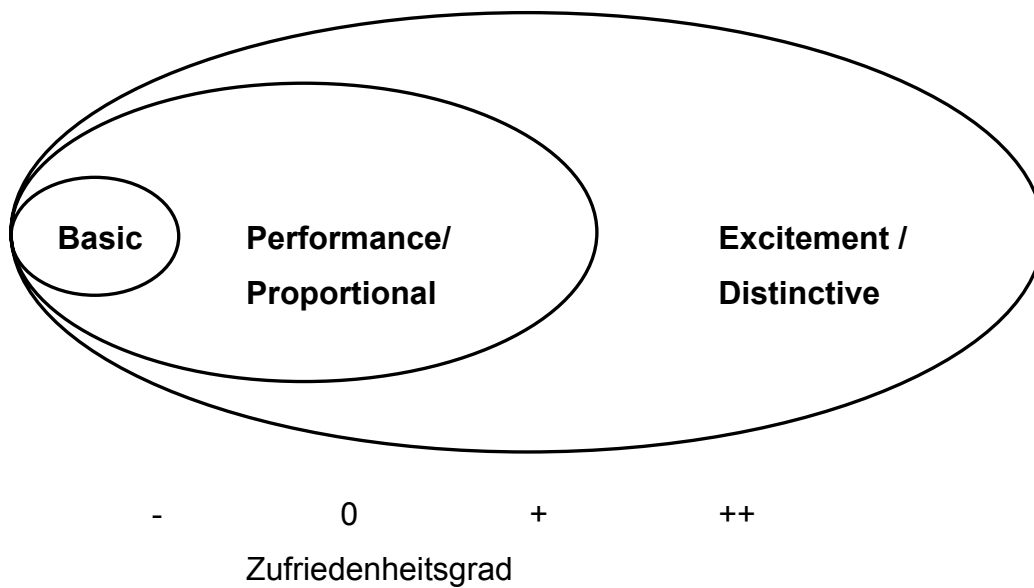


Abbildung 42: Das Qualitätsmodell Kano`s (in Anlehnung an Kano 1984, 1996), eigene Darstellung

Erfasst werden dabei die Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen über einen zweidimensionalen Fragenkatalog, allerdings nicht in der klassischen Art und Weise Wichtigkeit – Zufriedenheit. Kano arbeitet hingegen mit funktionalen und dysfunktionalen Formen von Fragen. So wird z.B. gefragt: „Wenn Sie zuhause abgeholt werden, wie denken Sie darüber?“ (funktionale Form der Frage) bzw. „Wenn Sie nicht zuhause abgeholt werden, wie denken Sie darüber?“ (dysfunktionale Form der Frage). Die Antwortkategorien sind in beiden Fällen gleich:

- Das würde mich sehr freuen
- Das setze ich voraus
- Das ist mir egal
- Das könnte ich evtl. in Kauf nehmen
- Das würde mich sehr stören

Sämtliche Produkt – oder Dienstleistungsfunktionalitäten werden diesen drei o.g. Gruppen zugeordnet, bis daraus analysiert werden kann, inwieweit das Produkt oder die Dienstleistung den Käufer / potentiellen Käufer anspricht, bzw. zufrieden stellt (Bailom et al. 1996, 117 f). Dabei stellt er fest, dass die Beziehung zwischen der

Erfüllung eines Bedarfs / Bedürfnisses und damit –Zufriedenheit bzw. der Nichterfüllung und Unzufriedenheit keine lineare ist.

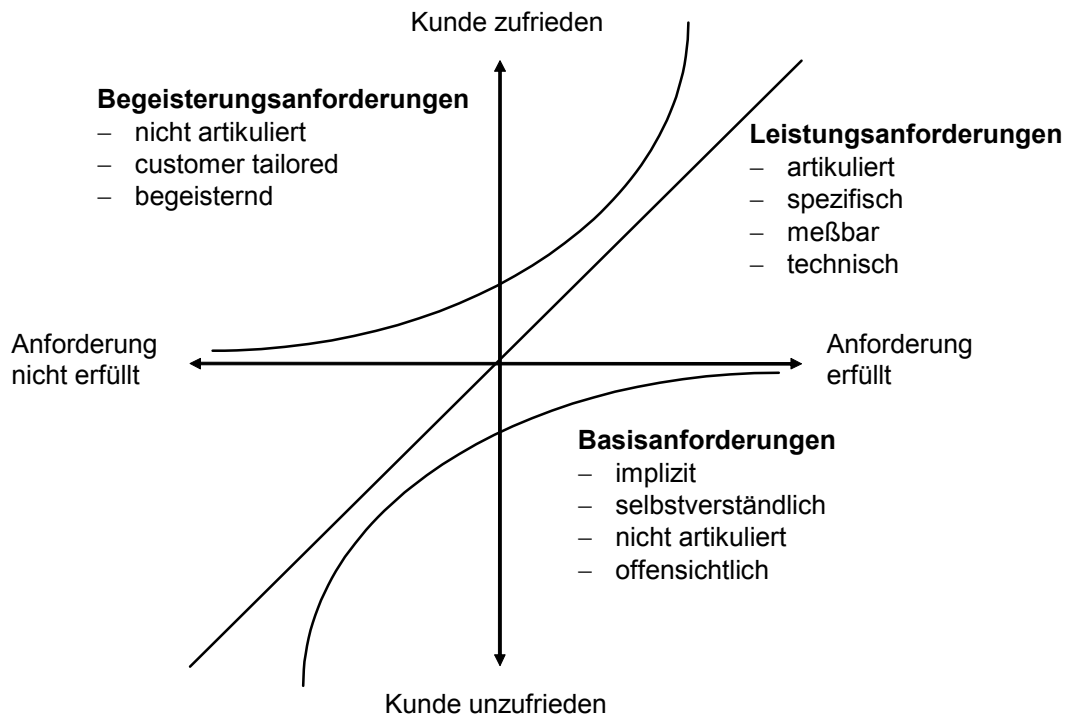


Abbildung 43: Kano's Modell der Kundenzufriedenheit, Quelle: Bager et al. 1993 zit. nach Matzler et al. 1996)

Kanos Verdienst und Grundlage für seine Theorie ist die Adaption der sozial - psychologisch erarbeiteten Kriterien Frederick Herzbergs zur Motivationstheorie (Motivatoren bzw. Satisfaktoren / Hygienefaktoren) in die Qualitätsdiskussion. Bei Kano werden die Motivatoren / Satisfaktoren zu „attractive elements“, währenddessen die Hygienefaktoren als „Must – be elements“ bezeichnet werden. Herzberg beobachtete und belegte empirisch, dass es eine Anzahl von Faktoren gibt, die für die Arbeitsplatzzufriedenheit von Arbeitnehmern teilweise sehr ambivalente Rollen spielen und dass es deshalb zwei von einander unabhängig Achsen zur Determinierung von Zufriedenheit gibt (Herzberg, 1966, 71 ff; oder Herzberg 1968, sowie Herzberg 1988, S.45). Herzbergs Hygienefaktoren sind nur in der Lage Unzufriedenheit zu verhindern, sie können nicht zur Zufriedenheit führen. Währenddessen bewirken Motivatoren Zufriedenheit, sind aber nicht in der Lage Unzufriedenheit zu verhindern. Interessanterweise verdeutlicht Herzberg seine

Theorie an einem Beispiel aus der Psychatrie, in dem er erläutert, dass von psychiatrische Interventionen durchführenden Ärzten fälschlicherweise angenommen werde, dass die Patienten nach der Intervention in den Bereich „Mental Health“ zurückgekehrt seien. Nach Herzbergs Theorie aber erst der Schritt vom Bereich „Mental Illness“ in den Bereich „Normal“ erfolgt sei und der Patient nun selbst dafür zu sorgen hätte in dem Bereich „Mental Health“ vorzudringen.



Abbildung 44: Herzbergs Grundmodell am Beispiel der Psychatrie

Kernaussage Kanos nach Analyse verschiedener Dienstleistungen und Produkte in unterschiedlichen Branchen ist folgende:

Alle „Basic“ Merkmale und grundlegende „Performance“ Merkmale („low proportional quality elements“ – Kano 1996) sind notwendig um die Zufriedenheit des Kunden vom Unzufriedenheitsniveau auf die Stufe „Neutral“ zu bringen. Fehlen diese Basis Merkmale resultiert seitens des Kunden Ärger und Frustration.

Erst die darauf folgenden weiteren „Performance / high proportional quality elements“ Merkmale bringen den Kunden in den Bereich der Zufriedenheit. Werden diese Merkmale kontinuierlich erfüllt, steigt die Zufriedenheit des Kunden stetig. Währenddessen lassen die Excitement / Distinctive Merkmale, den Kunden dann tatsächlich zum Kunden werden, binden ihn an den Anbieter und eröffnen die Möglichkeit einer längerfristigen Kundenbindung, denn sie begeistern ! Erst diese Merkmale sind „value added elements“ (Martensen & Gronholdt 2001, 954).

Nach Kanos Aussagen sind 5 % oder weniger aller Merkmale der Kategorie „excitement / distinctive“ zuzurechnen, 80 % der Kategorie Basic / einfache „Performance / low proportional“ und ca. 15 % der erweiterten „Performance / high proportional“. (Kano, 1984, a.a.O., 1996)

Kano weist weiterhin darauf hin, dass Excitement / Distinctive Merkmale und Basic Merkmale von Kundenseite nicht angesprochen werden. Die ersteren wegen mangelnder Kenntnis (sie rufen aber bei Hinweis darauf die bekannten Aha Effekte und Begeisterung hervor), die zweiten weil diese vorausgesetzt werden. Ein

Bewerben von Basic – Merkmalen wird für den Anbieter keinerlei Wettbewerbsvorteile bringen, sondern im Gegenteil, eher negative Gefühle beim Kunden auslösen. Erfolgreich angesprochen und durch die Anbieter beworben werden v.a. die „Performance / Proportional“ – Merkmale (teilweise auch in Ermangelung von Excitement / Distinctive Merkmalen), welche sichtbar und relativ gut ausdehnbar sind. Dies bedeutet dass sie im Idealfall begrenzt zur Verfügung gestellt werden, aber durch Excitement / Distinctive Merkmale ergänzt werden. Diese Merkmale sollten in Anlehnung an Kano erst nach einschlägigem Studium der Kundenbedürfnisse erbracht werden (Kunden sind in der Regel nur „delighted“ wenn der Überraschungseffekt ein Positiver ist).

Kano argumentiert weiterhin, dass eine Charakterveränderung der einzelnen Merkmale von Dienstleistungen im Zeitverlauf stattfindet. Excitement / Distinctive Merkmale werden zu Performance / Proportional Merkmalen, während diese zu Basic – Merkmalen werden. Dies heisst z.B., dass die heute geläufigen Performance / Proportional Merkmale die Basic Merkmale von morgen sind, da die Erwartungen der Kunden stetig steigen, bzw. ein Gewöhnungseffekt eintritt, der z.B. dazu führen kann, dass bei Nichteintreten des gewohnten Excitement-Merkmals Unzufriedenheit an Raum gewinnt. „Abnutzungserscheinungen treten auf, die die Anbieter von Leistungen dazu zwingen, ihr Repertoire an solchen Merkmalen konstant zu halten, es aber gleichzeitig zu variieren und ständig zu erweitern.

Verbesserungen der Merkmale eines Produktes oder einer Dienstleistung sind keine Eintagsfliege und haben i.d.R. nicht lange Bestand. Einstige „Excitement- Merkmale“ sind heute Standard, oder um in Kanos terminologischen Raster zu bleiben „Basic“. Verbesserungen der Merkmale bedeuten einen ständigen Wandel des relativen Wettbewerbsvorteils der Anbieter (vgl. Matzler et al. 1996, S. 6 ff).

	Donabedian	Grönroos	Parasuraman	Berry	Brandt
Einfachheit	+	+	+	+	+
Eindeutigkeit	o	o	o	o	o
Theoret. Begründung	+	o	+	o	+
Empirische Fundierung	-	-	+	-	o
Aussagegehalt	+	+	++	+	+
Erläuterungen: Donabedian: Potential-, Prozeß- und Ergebnisdimension Grönroos: funktionale und technische Dimension Parasuraman: Umfeld, Verlässlichkeit, Einsatzbereitschaft, Kompetenz und Einfühlungsvermögen Berry: Routine- und Ausnahmedimension Brandt: Minimum- und Werterhöhungsdimension - = gering/schlecht, o = mittel, + = hoch/gut, ++ = sehr hoch/sehr gut					

Vor- und Nachteile der fünf wichtigsten Dimensionenkataloge im Überblick

Abbildung 46: Bewertung von Dienstleistungsqualitätsansätzen durch Hentschel, 1992, 102

Während die Bewertungsdimensionen noch hinreichend ausfallen, erscheint die Bewertung selbst nicht mehr überzeugend zu sein. Sie sollen deshalb nicht als Vorbild zur zusammenfassenden Bewertung der oben vorgestellten Qualitätsmodelle für die Verwertbarkeit für Serviceleistungen im oben genannten Sinn verwendet werden.

Dies, wenngleich der Beurteilungsansatz von Brandt (siehe Kap. 3.2) klar in die richtige Richtung zeigt und als frühe Differenzierung des Ansatzes von Kano gelten kann.

Vielmehr soll eine qualitative Aussage unter Zuhilfenahme zweier empirischer Studien gemacht werden. Cadotte und Turgeon (1988) wenden das Beurteilungsmodell von Kano an, resp. gelangen selbständig zu einem ähnlichen Konstrukt und Sureshchandar und Kollegen (2002), welche einen umfassenden DLQ Messansatz aus einem Review heraus entwickeln.

Cadotte und Turgeon entwickeln kein eigenständiges Modell der Kundenzufriedenheit, stellen aber aufgrund empirischer Daten aus der Hospitality Industrie der USA fest, dass „compliments“ und „complaints“ durch unterschiedliche Merkmale der Dienstleistung ausgelöst werden (Cadotte und Turgeon 1988, 74 ff).

Ihre Daten ergaben, dass einige Leistungsmerkmale das Potential hatten Unzufriedenheit hervorzurufen, während andere Merkmale nur Zufriedenheit weckten. Wieder andere Merkmale waren in der Lage nur Unzufriedenheit hervorzurufen, aber nie Zufriedenheit. Beschwerden werden in der Regel durch niedrigen Leistungsstandard ausgelöst, jedoch werden Kunden bei bestimmten Merkmalen nicht notwendigerweise durch hohe Leistungsstandards zu Komplimenten motiviert (dissatisfiers). Gleichzeitig können Merkmale einer Dienstleistung hohe Zufriedenheit und Komplimente auslösen, während deren Absenz oder eine Ausführung auf niederem Niveau nicht notwendigerweise zu Beschwerden stimulieren (satisfiers).

Diese Beobachtungen und Analysen von Cadotte und Turgeon korrespondieren mit den Ausführungen Kanos auf Basis der Theorien von Herzberg (satisfiers, dissatisfiers). Auch die Empfehlungen Cadotte`s aus Managementperspektive korrespondieren.

Dissatisfiers repräsentieren ihres Erachtens nach die notwendigen, aber nicht hinreichenden Bedingungen bzgl. der Güte von Dienstleistungen. Eine Minimallevel an Dienstleistungsqualität muss hier erreicht werden, aber Anstrengungen um hohe Qualität zu leisten sind nicht gerechtfertigt. Währenddessen bieten die satisfiers die Gelegenheit „to move ahead of the pack“ (Cadotte und Turgeon 1988, 78). Durch Anstrengungen die Dienstleistungsqualität hier zu optimieren können ansehnliche Gewinne erzielt werden.

Die weiteren Analysen Cadotte und Turgeon `s et al. machen deren Erklärungsansatz erwähnenswert. Sie beobachten Merkmale von Dienstleistungen die nicht eindeutig den beiden oben beschriebenen Kategorien zugeordnet werden können, sondern sich anders verhalten. Sie nennen diese Kategorien „criticals“ und „neutrals“ (Cadotte und Turgeon 1988, 78 f). „Criticals“ sind ihre Ansicht nach Variablen, welche sowohl positive als auch negative Emotionen fördern können. Sie sind schwer zu steuern, da sie intangibel sind. Weiterhin sind sie stark abhängig vom ausführenden Personal, aber auch vom individuellen Kunden. Die „Criticals“ reflektieren so die natürliche menschliche Variabilität. Cadotte et al. lokalisieren für die beiden Anwendungsbeispiele der Hospitality Industrie die „Criticals“ im Zentrum der jeweiligen Dienstleistung. Begründet wird dieser Fakt mit der Fähigkeit des Kunden klar beurteilen zu können welches Level an Dienstleistungsqualität „noch“ akzeptabel ist. Aus Managementperspektive haben die „Criticals“ nach Cadotte et al.

sowohl Potential, bergen aber auch Gefahren. Die Verantwortlichen müssen lernen hier die unverzichtbare Minimalqualität sicherzustellen, danach können Ressourcen so umgeschichtet werden, dass beständig eine höhere Qualität angeboten werden kann.

Die von Cadotte et al. identifizierten „Neutrals“ zeichnen sich dadurch aus, dass sie in den beschriebenen Studien weder Beschwerden noch Komplimente auslösten. Cadotte et al. vermuten, dass diese „Neutrals“ entweder nicht „auffällig“⁵⁵ sind oder dass sie sehr einfach zu befriedigen sind. Sie vermuten weiterhin, dass viele Merkmale dieser Kategorie aus der Kategorie „Dissatisfiers“ herausgefallen sind, weil sich z.B. ein industrieweiter Standard durchgesetzt hat. Damit sprechen Cadotte et al. einen wichtigen Fakt an. Die Merkmale sind nicht statisch. So soll es auch möglich sein, dass sich Merkmale aus der Kategorie „Neutrals“ heraus in die Kategorie „Satisfiers“ bewegen indem Anbieter bisher nicht angebotene Eigenschaften oder Leistungen anbieten.

Sureshchandar, Rajendran und Anantharaman kommen in einem Literatur Review zum Thema Total Quality Service (TQS) zur Schlussfolgerung, dass die kritischen Dimensionen des TQS in drei Gruppen kategorisiert werden können:

- a) Diejenigen Dimensionen welche auch im Qualitätsmanagement für die Produktionsgüterindustrie gelten.
- b) Diejenigen Dimensionen welche selten in der Literatur genannt werden, aber doch wichtig sind und für beide Arten (Produkte und Dienstleistungen) gelten – wie z.B. „union intervention“ und „social responsibility“.
- c) Diejenigen Faktoren die für Dienstleistungen eine „unique“ Bedeutung haben, wie z.B. „servicecapes – man-made physical environment“ und „service culture“.

Mit diesen drei Dimensionen können die 12 meistgenannten Praktiken (zusammengetragen aus präskriptiver sowie empirischer Forschung und aus der Praxis) zusammengefasst werden, welche aus Managementperspektive Bedingung zur Erlangung / Produktion eines TQS sind. Es sind dies nach Sureshchandar (2002, 73 und 81 ff):

⁵⁵ Cadotte et al. nutzen den Terminus „salient“, was soviel bedeutet wie „ins Auge springen“ oder hervorstechend

- 1) Top management commitment & visionary leadership
- 2) Human resource management (HRM), bestehend aus:
 - > recruitment & selection, training & education, empowerment, involvement
- 3) Technical System, bestehend aus:
 - > design quality management, process management
- 4) Information and analysis system
- 5) Benchmarking
- 6) Continuous Improvement
- 7) Customer focus
- 8) Employee Satisfaction
- 9) Union intervention
- 10) Social responsibility
- 11) Servicescapes
- 12) Service culture ⁵⁶

Zurecht stellen o.g. Autor andererseits fest, dass obige Praktiken / Kriterien zwar einen TQS beschreiben, aber dies nur aus Perspektive des Unternehmens / Managements. Diese differenziert sich denn auch deutlich von der Kundenperspektive. Deshalb stellen Sureshchandar und Kollegen (2001) im Gegensatz zu den anderen erwähnten TQS Autoren ein additives Modell auf (welches Sie auch empirisch erfolgreich für den Bankensektor belegen), welches aus Kundenoptik die Schwerpunkte der Wahrnehmung einer Dienstleistung umfasst und somit gleichzeitig die kritischen Faktoren für eine Dienstleistung aus Kundenperspektive darstellt. (Diese kritischen Faktoren der Dienstleistungsqualität aus Kundenperspektive werden anhand 41 Items durch Fragebogeneinsatz gemessen.) Es sind dies:

1. Core service or service product
2. Human element of service delivery
3. Systematization of service delivery: non human element
4. Tangibles of service – servicescapes
5. Social responsibility

⁵⁶ Ähnliche Zusammenstellungen können gefunden werden in: Masing, Kamiske, EFQM, etc.

In einer Verbindung der beiden Ansätze (unternehmensorientierter TQS Ansatz einerseits und kundenorientierter Service Qualitäts Ansatz andererseits) haben Sureshchandar et al. (2002) mittels einer Regressionsanalyse die Tauglichkeit der kritischen managementorientierten Dimensionen zur Vorhersagbarkeit der kritischen kundenorientierten Faktoren der Dienstleistungsqualität herausgearbeitet. So sind für die kritischen Faktoren:

- Core service or service product v.a. die Dimensionen human resource management, service culture, social responsibility, customer focus, employee satisfaction zur Vorhersage geeignet,
- Human element of service delivery v.a. die Dimension "service culture",
- Systematization of service delivery: non human element v.a. die Dimensionen service culture & social responsibility,
- Tangibles of service – servicescapes v.a. die Dimensionen service culture & social responsibility,
- Social responsibility v.a. die Dimensionen top management commitment & visionary leadership.

Der neue multiattributive Messansatz von Sureshchandar et.al. ist erkenntnisgenerierend, aber er zeigt auch, dass die Messansätze nicht ausreichen den vorliegenden Zweck zu erfüllen.

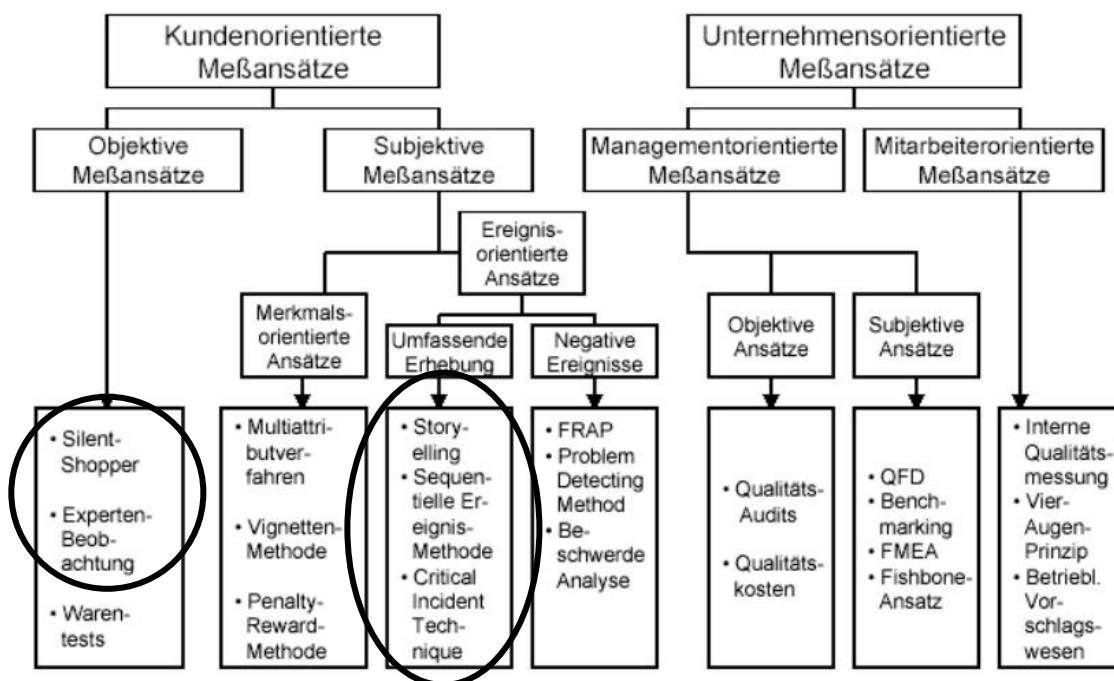


Abbildung 47: Geeignete Ansätze zum Management von Value Added Services

Kundenorientierte, „objektive“ (siehe oben) Messansätze, sowie die ereignisorientierten (positiven) Messansätze in obiger Abbildung sind nach Berry und Parasuraman (1998, 82 f) besonders dazu geeignet Dienstleistungswünsche der Kunden für ein methodisch aufgebautes Informationssystem zu erfassen und weiterzuverarbeiten. Dabei gilt es die Qualität der Quantität vorzuziehen und zu fragen welcher Art die Informationen sind:

- Relevant ?
- Präzise ?
- Nützlich ?
- Kontextbezogen ?
- Glaubhaft ?
- Verständlich ?
- Rechtzeitig ? (Berry und Parasuraman 1998, 86)

Dies ist v.a. für die umsetzungsrelevanten Fragen wichtig, denn Value Added Services unterscheiden sich von herkömmlichen Dienstleistungen.

Wie gezeigt sind für die Definition, die Identifikation und die Bewertung von Value Added Services die nichtphasenorientierten Beurteilungsansätze von Dienstleistungsqualität hilfreich. Hier besonders der Ansatz von Kano – und auch der Ansatz von Brandt / Cina / Stauss.

Zum Management von Value Added Services sind v.a. die positiven ereignisorientierten direkten Messansätze, sowie in Teilen die indirekten Ansätze einsetzbar.

Die direkten merkmalsorientierten Ansätze und unternehmensorientierte Messansätze (mit Ausnahme des Ansatzes von Kano, resp. des Penalty Reward Ansatzes von Brandt) eignen sich v.a. für standardisierbare Kerndienstleistungen.

4.4.7 Ableitung der Konsequenzen auf Dienstleistungen und Value Added Services

Basic Qualitätsmerkmale nach Kano werden, wie gezeigt als grundlegender Bestandteil der Dienstleistung erwartet, weshalb sie vom Kunden auch nicht speziell erwähnt werden. Sie werden als selbstverständlich erachtet wenn sie erfüllt werden. Wenn Sie allerdings nicht erfüllt werden generieren sie Unzufriedenheit. Sie stellen eine Schwelle zur Akzeptierbarkeit einer Dienstleistung dar. Daraus ergibt sich, dass diese Art von Qualitätsmerkmal ein „Muss“ für den Leistungserbringer darstellt. Dies auch wenn sie keinen positiven Beitrag zur Zufriedenheit oder Loyalität leisten.

Die Performance / Proportional Merkmale der Qualität eines Produktes oder eine Dienstleistung lösen Zufriedenheit aus falls sie erfüllt werden und Unzufriedenheit bei Nichterfüllung. Sie repräsentieren Merkmale welche Kunden explizit nennen und erfüllt sehen möchten um zufrieden gestellt zu werden. Hier gilt es für das Management Standards zu setzen und zu gewährleisten. Einen Standard der besser oder zumindest gleichwertig ist wie derjenige der direkten Konkurrenz.

Die Excitement / distinctive Merkmale sind value added Merkmale. Sie werden vom Kunden nicht erwartet und generieren Freude wenn sie erfüllt werden. Umgekehrt ist es trotzdem akzeptabel solche Merkmale nicht anzubieten, denn ein Nichtvorhandensein kreiert keine Unzufriedenheit. Kunden freuen sich über solche Merkmale, aber beschweren sich nicht bei Nonexistenz derselben. Hieraus ergibt sich folgende Implikation für das Management: Um sich vom Mitbewerber positiv abzusetzen müssen solche Merkmale angeboten werden, denn sie sind „value added“, loyalitätserhöhende Merkmale.

In Bezug auf Serviceleistungen nach vorliegender o.g. Anforderungen erfüllt Kanos Ansatz die notwendigen Merkmale um diese Definition zu operationalisieren.

Mischformen aus Beurteilungsansätzen und Messansätzen sind dabei fruchtbar und notwendig wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

Wels-Lips, van der Ven und Pieters (1998) untersuchen mittels der Critical Incidence Methode auf Grundlage der Service Dimensionen von PZB (1985) insgesamt sechs

Service Industrien (Job agencies, Health care, Academic education, Housing societies, Restaurants, Public transportation) anhand von über 800 Zwischenfällen und kommen dabei zum Ergebnis, dass: "In particular, the service quality dimensions reliability, competence, credibility appear to function as dissatisfiers: although they were involved both in positive and negative incidents, these dimensions led significantly more frequently to negative as compared to positive critical incidents. Also, although the service quality dimensions courtesy/understanding the customer, responsiveness and communication were involved both in positive and negative incidents, they were more frequently part of positive as compared to negative critical incidents. These service quality dimensions appeared to function as satisfiers, on which service providers can positively distinguish themselves from the competition." (a.a.O. 304). Damit bestätigen sie eine Studie von Johnston (1995), der für die Bankenindustrie die gleiche Einteilung in Satisfactoren und Hygienefaktoren feststellen konnte. Diese Charaktereigenschaften der einzelnen Servicedimensionen nach PZB (1985) scheinen damit eine „cross-industry validity“ (Wels-Lips, van der Ven und Pieters 1998, 304) zu haben.

Satisfactoren (satisfiers)	Hygienefaktoren (dissatisfiers)
courtesy/understanding the customer	reliability
responsiveness	competence
communication	credibility

Abbildung 48: Cross-industry validity Satisfactoren und Hygienefaktoren für Dienstleistungen

Für Leistungen des Gesundheitswesens heisst dies: Eine hohe Qualität der med. und pflegerischen Leistung und die dazu notwendige Kerndienstleistung ist z.B. im Bewusstsein der Patienten schon längst im Basic - / Performance – Package angesiedelt. Die Zufriedenheit kann deshalb nur auf Neutral gebracht werden, wenn ein Leistungsanbieter dies erfüllt. Wie in Kapitel eins angesprochen, scheinen deshalb Value Added Serviceleistungen notwendig zu sein um tatsächliche und nachhaltige Zufriedenheit zu gewährleisten.

Empirische Bestätigung hierzu bieten Beumers und Borges⁵⁷ (1997, 221 ff). Sie untersuchten wichtige Zufriedenheitsprädiktoren von zuweisenden Ärzten und Patienten und bestätigen Wels-Lips et al. (1998). Es gibt für Patienten klare

⁵⁷ Siehe auch Borges 1997

Dissatisfiers und Satisfiers, sowie „unbedeutende Faktoren. Eine Schlüsselrolle spielen dabei medizinisch – pflegerische Versorgung und das Verhältnis zu Ärzten und Pflegenden. Diese Faktoren haben die höchste Bedeutung für Patienten. Sie werden aber als selbstverständlich vorausgesetzt und tragen nicht viel zur Zufriedenheitssteigerung bei. Fehlen sie aber, dann führen sie zu höchster Unzufriedenheit. Satisfiers sind nach dieser Studie die Organisation (Wartezeiten) und Atmosphäre im Spital. Den geringsten Beitrag scheinen bauliche Gestaltung und „Service“ zu haben, wobei Service hier nicht definiert wird.

Für niedergelassene Einweiser kommen Beumers und Borges (a.a.O.) zu einem „einfacheren Schluss: Zufriedenheit wird in folgenden Reihenfolge absteigend verursacht durch a) gute Kommunikation b) medizinische Kompetenz c) persönliche Betreuung des Patienten, d) Patienteneinstellung gegenüber dem Krankenhaus. Untergeordnete Satisfaktoren für zuweisende Ärzte sind naturgemäss: Standort oder interne Organisation. Unwichtig sind für die Zuweiser Hotel- und Serviceleistungen (ohne Definition), was zwar sehr kurzsichtig, aber auch verständlich ist, denn die Zuweiser interessiert nur, dass der Patient gut versorgt wird und nicht dessen Gesamtzufriedenheit. Dissatisfiers werden leider keine genannt.

4.5 Entwicklungsphasen und Definition des Services

Vielfach findet man v.a. in der Marketing – Literatur der Güterindustrie eine Gleichsetzung von Kundendienst und Service. *Meffert* und *Gerstung* beispielsweise verwenden die Begriffe synonym. *Meffert* differenziert beim Kundendienst zwischen Zusatz-, Neben- und Folgeleistungen (Meffert, 1982, 8), oder auch zwischen Soll- und Kann-Leistung (vgl. z.B. Kleinaltenkamp 1998, 45). Dabei zählt er nur dann Sekundärleistungen zum eigentlichen Kundendienst, wenn sie nach dem Kauf eines Gutes erbracht werden, denn »der Kundendienst soll einen störungsfreien Einsatz der Problemlösungen beim Kunden gewährleisten, d.h. den Gebrauchsnutzen der Marktleistungen sicherstellen«. Auch Kleinaltenkamp selbst in seinem Übersichtsartikel verwendet nur einen sachgutbezogenen Serviceleistungsbegriff (a.a.O. 46), den er im Zusammenhang mit den allgemeinen Prinzipien der Leistungsgestaltung (bundling, unbundling, mixed bundling) verwendet.

Für *Gerstung* gibt es hinsichtlich der Begriffsbestimmung von Kundendienst noch ein weiteres Kriterium, welches erfüllt sein sollte, um eine Leistung als Kundendienst definieren zu können. Dieser bestimmende Faktor ist neben der Zusätzlichkeit noch die Freiwilligkeit eine Leistung erbringen zu wollen (Gerstung, 1975, 16, nach Szramka und Thiele 1993, 5f).

Fraglich ist, welche Faktoren denn nun eine Leistung einer Unternehmung als Kundendienst / Service ausweisen und ebenfalls fraglich ist, ob Kundendienst und Service tatsächlich synonym verwendet werden dürfen. Auch wenn bislang in der betriebswirtschaftlichen Praxis von Kundendienst(-politik) gesprochen wurde, dominiert heutzutage der Begriff Service(-politik).

Tatsächlich hat ein Wandel vom traditionellen Kundendienst zur modernen Dienstleistungspolitik stattgefunden. Einhergegangen ist mit diesem Wandel auch ein Wandel der Begrifflichkeit ins D-english⁵⁸ (Jessen 2001 oder Leffers 2004). D. h. althergebrachte oder neue Sachverhalte werden ansprechend terminologisch verpackt um die Idee, die Dienstleistung, das Produkt modern, evtl. sogar mondän erscheinen zu lassen um dessen Absatzchancen zu erhöhen. Dies scheint nicht nur für die Wirtschaft zu gelten, sondern auch für die Wissenschaft. So ist bei Bruhn (1999, 66) zwar ein Kapitel zur Begriffspräzisierung vorhanden indem verschiedene Definitionen von Service in Anlehnung an die Donabediansche Qualitätstrilogie vorgestellt werden (potential-, prozess- und ergebnisorientierte Definition), letztendlich werden aber Service und Dienstleistung synonym verwendet. Zwar verdeutlicht Kleinaltenkamp (1998, 31 f) die Entwicklung und die Nutzung des Begriffs „Service“, es stellt sich aber trotzdem grundsätzlich die Frage weshalb Autoren neue Begriffe einführen und verwenden, obwohl es präzisere deutschsprachige Ausdrücke gibt.

Eine weiterführende Definition bietet Nieschlag an:

„Kundendienstleistungen werden einerseits angeboten und erbracht, ohne dass dazu eine vertraglich begründete Verpflichtung gegenüber dem Käufer besteht. Andererseits steht eine Kundendienstleistung immer im Zusammenhang mit dem Erwerb einer anderen, gleichsam übergeordneten Leistung, die das eigentliche Objekt einer Kaufentscheidung darstellt.“ (Nieschlag et al., 1991, 219)

⁵⁸ Siehe auch: <http://www.www-kurs.de/denglisch.htm>

Damit macht er deutlich, dass es eine Serviceleistung ohne das Kernprodukt/die Kernleistung nicht geben kann.

Weiterentwickelt wird seine Definition wie folgt:

O.g. Wandel lässt sich nach Deppe (Deppe, 1992, S. 304 f) und Grönroos (Grönroos 1994, 5 ff) im wesentlichen in drei Phasen einteilen: Beide Autoren verwenden Service synonym zur (industriellen) Dienstleistung.

1. Die erste Phase des Service (70er Jahre) war gekennzeichnet durch ein Serviceverständnis, welches der Unterstützung des Absatzes der Hauptleistung dienen sollte und sich zumeist technisch ausrichtete.
2. Die zweite Phase (bis Anfang der 80er Jahre) betrachtete Service als Zusatzleistung /-angebot, um bei zunehmender Homogenität der Leistungen oder Produkte ein weiteres Differenzierungsmerkmal zu kreieren.
3. Die aktuelle Phase (nicht zu verwechseln mit der Servicephase der Abb. 1 in Kapitel 1) lässt sich beschreiben durch eine gewisse Eigenständigkeit der Servicepolitik als Marketinginstrument. Das unterstützende Moment der Servicepolitik wird ergänzt durch die Absicht mit Service einen langfristigen Kundennutzen zu generieren, d.h. Probleme für den Kunden zu lösen. Ziel ist eine längerfristige Kundenbindung. Der Service wird dabei als Instrument zur Wettbewerbsdifferenzierung immer wichtiger (z.B. Lehmann 1993, 71).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung von dem traditionellen Verständnis des Kundendienstes hin zu der heute gültigen Ansicht über die Servicepolitik. Dabei wird deutlich, dass die moderne Auffassung von Servicepolitik nicht die in der Entwicklung vorhergehenden Kundendienstauffassungen ersetzt hat, sondern dass die klassischen, direkt produktbezogenen und überwiegend technisch ausgerichteten Leistungen ebenfalls in der modernen (industriellen) Servicepolitik enthalten sind.

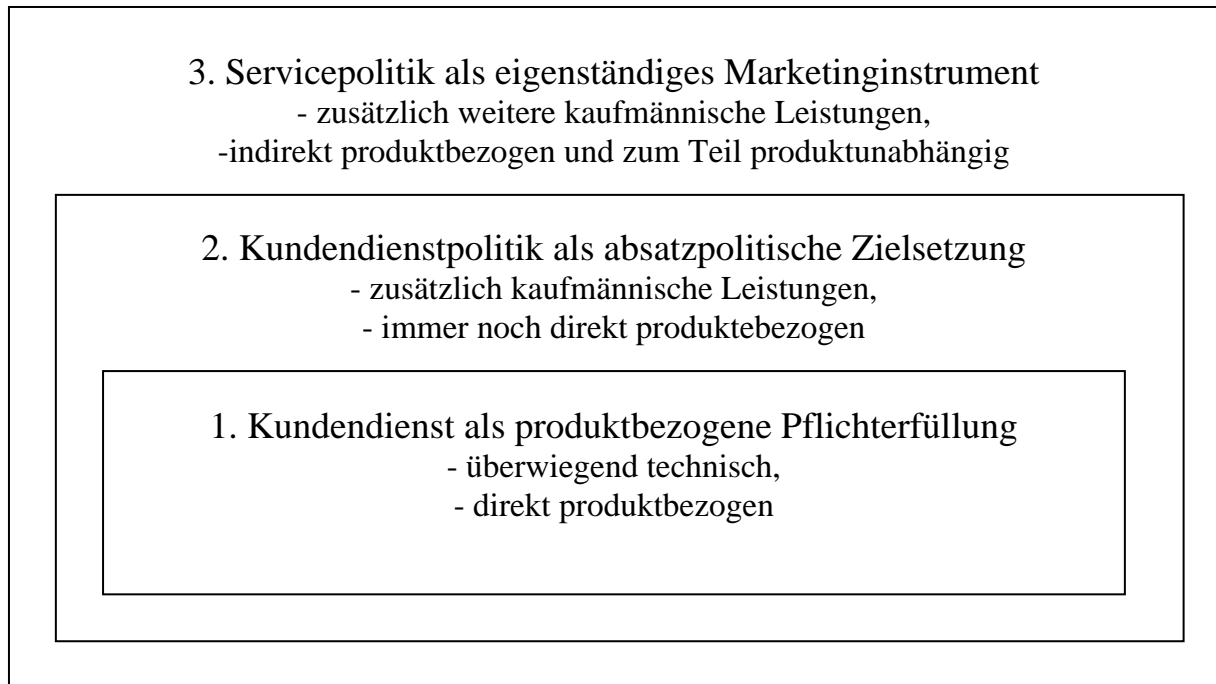


Abbildung 49: Drei-Phasen-Entwicklung vom traditionellen Kundendienst hin zur (industriellen) Dienstleistungspolitik nach Deppe 1992, 304 f

Eine in Ansätzen phasenorientierte Definition, die Deppes Modell aufgreift bietet nachfolgend Steffenhagen an:

Unter Serviceleistung wird hier die Erbringung und Gestaltung zusätzlicher, d.h. die Hauptleistung begleitende Dienstleistungen oder Rechte verstanden, die den Nachfragern entweder vor oder nach dem Zustandekommen einer Transaktion erbracht bzw. eingeräumt werden (Steffenhagen 1988, 133).

Grundsätzlich kann diese Definition akzeptiert werden, auch wenn diese für die Güter – und nicht für die Dienstleistungsindustrie erstellt wurde.

Dieser Definition fehlen aber drei wichtige Merkmale.

- Erstens muss die Zusatzleistung freiwillig erbracht werden (d.h. ohne den Druck des Konsumenten – denn sonst kann ein „excitement“ nicht zustande kommen, vielmehr wird die Leistung erwartet).
- Zweitens kann diese Zusatzleistung auch während der Transaktion zustande kommen, was insbesondere für Dienstleistungen von Bedeutung ist, denn diese haben im Gegensatz zu Produkten einen entsprechenden Prozesscharakter.
- Und drittens muss die Definition dienstleistungsgemäss um die Verhaltensdimension erweitert werden.

Somit sollen Value Added Serviceleistungen (VAS) definiert werden als:

„Die freiwillige Erbringung und Gestaltung zusätzlicher, d.h. die Kernleistung begleitender Leistungen und Angebote, die den Nachfragern vor, während oder nach dem Zustandekommen einer Transaktion erbracht werden. Dabei geht es nicht nur um das >Was<, sondern auch um das >Wie< !“

Abbildung 50: Eigene Definition von Value Added Services (VAS)

Mit dieser Definition kann die Service Leistung klar von einer Kerndienstleistung abgegrenzt werden. Denn die Service Leistung ist eine Value Added Leistung die zur Kerndienstleistung hinzutreten kann und muss, folgt man Kanos Modell, welches dazu führen kann „to delight the customer“.

Die Bedeutung der Servicequalität im Sinne von "added value" wird nicht nur von der Industrie anerkannt, sie initiiert auch deren Aufnahme in die curriculare Ausbildung, z.B. von Ingenieuren. So hat z.B. die Fachhochschule in Esslingen in Kooperation mit renommierten Autobauern (Daimler-Chrysler, Audi, Porsche) einen Fahrzeugingenieur – Studiengang aufgelegt der zu 87 % Fahrzeugtechnikfächer und zu 13 % Servicefächer beinhaltet (o.V. 1999 c).

Schomaker zeigt eine Kaskade für industrielle Dienstleistungen auf, welche auf den Kernleistungen aufbaut und auf der höchsten Stufe Verantwortung für den Kunden übernimmt. Diese Kaskade geht mit der Entwicklung vom einfachen Kundendienst hin zu einer eigenständigen Politik, dem Modell von Deppe einher (siehe oben) und soll im folgenden zur Illustration verwendet werden.

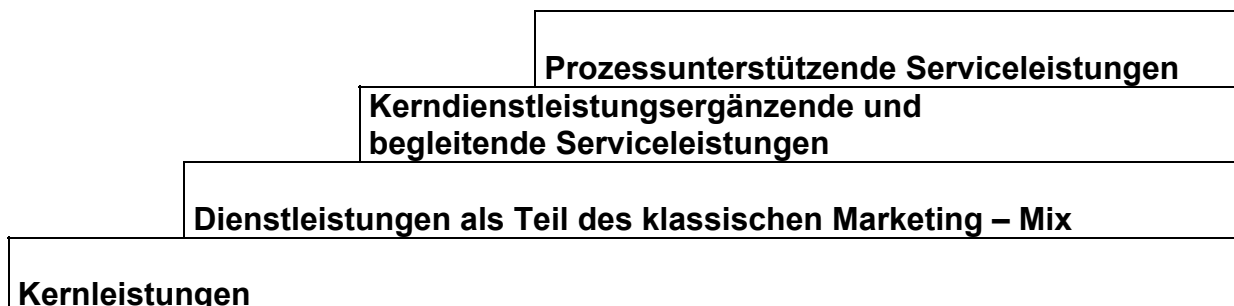


Abbildung 51: Servicedifferenzierung nach Schomaker, 1998, 5

Für Einrichtungen des Gesundheitswesens könnte die Servicekaskade wie folgt aussehen: Und es kann festgehalten werden, dass sich gut geführte Spitäler auf der zweiten Stufe bewegen und erste Gehversuche auf der dritten Ebene machen. Einzelne Häuser haben es auch schon auf die vierte und höchste Ebene geschafft. Leider nicht freiwillig, denn die Initiative zum systematischen Case- Management ging z.B. in der Schweiz von den Krankenversicherern aus.

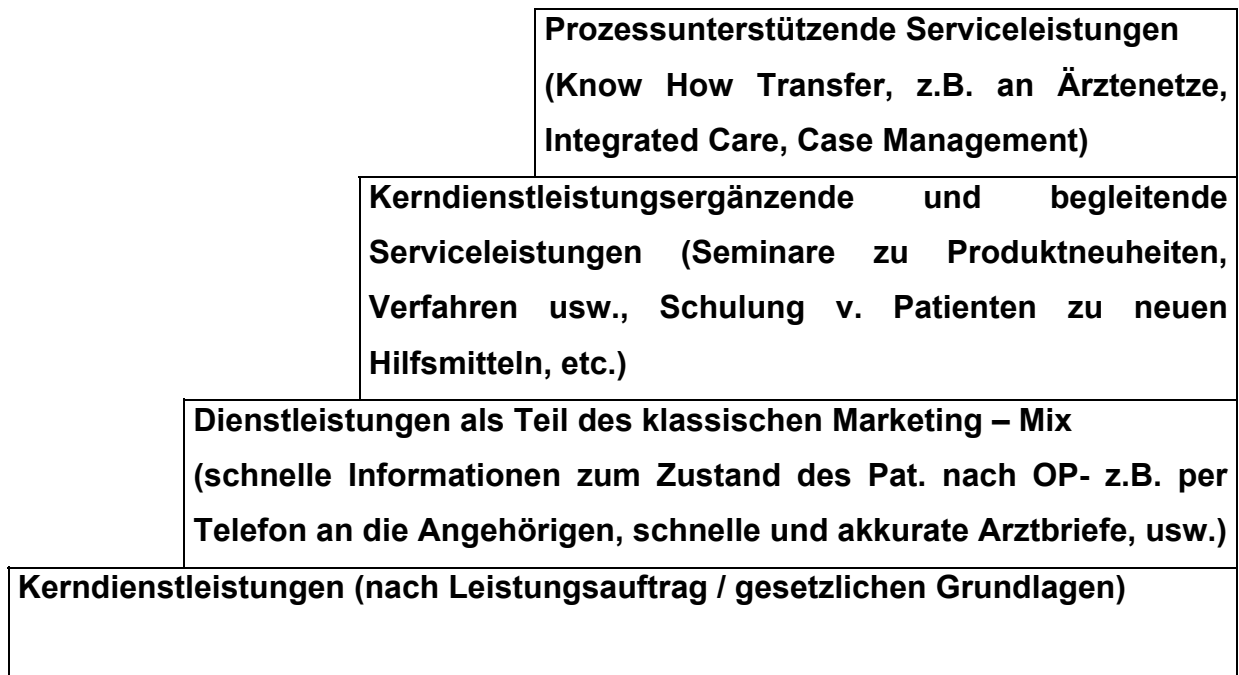


Abbildung 52: Service – Produkt - Kaskade für Organisationen des Gesundheitswesens (in Anlehnung an Schomaker, 1998, 5)

Dass diese Art der prozessunterstützenden Serviceleistung aber ein gangbarer und nutzenstiftender Weg ist, zeigt die Paul Hartmann AG: Service Manager wurden von der Paul Hartmann AG – Heidenheim gesucht zur Koordination der Entwicklung und Weiterentwicklung von Serviceleistungen und –konzepten im Krankenhaus (o.V. 1999 b, 686). Krankenhausbetriebswirte und ähnlich ausgebildete Fachkräfte wurden von der Hartmann AG bezahlt und in die Kliniken geschickt um diesen Value Added Service dort anzubieten.

Die Service Kaskade nach Schomaker kann dahingehend betrachtet werden, dass sie die Serviceleistungen nach 2 Dimensionen differenziert:

1. Ort (Zonen) der Erbringung: von der Prozesszone zur Potentialzone; Der Eingriff in die Potenzialzone ermöglicht dann prozessunterstützende Serviceleistungen.
2. Wertigkeit für den Kunden

Diese beiden Dimensionen sollen in den Folgekapiteln näher betrachtet werden.

4.5.1 Zonenorientierte Abgrenzung des Services von Dienstleistungen

Durch die besondere Situation im Gesundheitswesen und im Spital - mit der Gültigkeit des „Uno – actu“ Prinzips und der besonderen Rolle des Patienten als Ko – Produzent ist eine „line of visibility“⁵⁹ im medizinisch – pflegerischen – therapeutischen Bereich und damit eine Einteilung für Dienstleistungen in „Front – und Back Stage“ nahezu unmöglich (relativ einfach möglich und existent ist sie nur im Verwaltungsbereich und z.B. im Operationssaal, aber auch für andere Kunden, wie z.B. die Einweiser).

Mit o.g. Definition von Serviceleistungen ist es aber möglich, diese Line of Visibility wiederzufinden, zu etablieren und so Dienstleistungen von Serviceleistungen auch örtlich abzugrenzen.

Sie hat eine besondere Bedeutung, denn alle Prozesse im Wahrnehmungsbereich des Kunden und dazugehörige Kontaktpunkte mit dem Kunden können z.B. mittels Blueprinting analysiert und kundengerecht optimiert werden (z.B. Fliess 2001). Am Endkunden vollzogen werden Kernleistungen, aber auch Serviceleistungen z.B. durch spezielles Verhalten. Serviceleistungen können weiterhin dem Patienten präsentiert werden (z.B. Ergebnisse des Case Managers, der eine optimale weitere Therapie / Rehabilitation oder Versorgung organisiert hat), ohne jedoch in Anwesenheit des Patienten entwickelt worden zu sein. Diese Backoffice Tätigkeiten können zu einem hohen Grad automatisiert und standardisiert erbracht werden. Die Präsentation erfolgt dann wieder „tailor-made“ kundenindividuell. Denn Kommunikation ist, wie oben gezeigt ein satisfier.

⁵⁹ Diese Linie grenzt die vom Kunden wahrgenommenen Kontaktpunkte („on stage“) von den Prozessen, die innerhalb der Dienstleistungsorganisation ablaufen („back stage“), ab (Shostack, 1987).

Die folgende Abbildung zeigt einen solchen Blueprint. Dabei sind die einzelnen Teilprozesse den unterschiedlichen Zonen in denen sie stattfinden, zugeordnet.

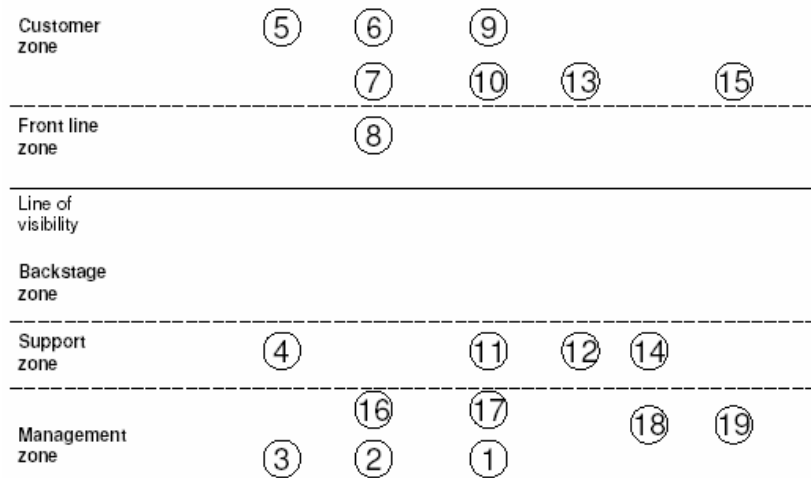


Abbildung 53: Beispiel einer Service Logic Map nach Kingman-Brundage, George und Bowen 1995, 28 ff

Legende zu obiger Abbildung / Teilprozesse (a.a.O.):

1. Management defines or refines service concept
2. Management allocates resources
3. Management co-ordinates functions
4. Marketing develops advertising and sales promotion
5. Prospective customer sees/hears service concept
6. "Shall I respond?"
7. Prospective customer enters service facility
8. Front-line personnel greet prospective customer
9. "Shall I buy?"
10. Prospective customer makes special request
11. Service operations fulfils order
12. Service operations signals when order preparation is complete
13. Customer experiences the service outcome
14. Billing system generates and sends invoice
15. "Shall I buy again?"
16. Inventory and expense reports
17. Employee satisfaction surveys
18. Revenue reports
19. Customer satisfaction reports
20. Management evaluates performance overall

Eine ähnliche Darstellung, in welcher die unterschiedlichen Aktivitäten und Grenzlinien klarer zum Ausdruck kommen und eine Einteilung in die Potential- und Prozessphase der Leistung vorgenommen wird, und in der die Schnittstellen zwischen den Zonen klar zum Ausdruck kommen, bietet Fließ an.

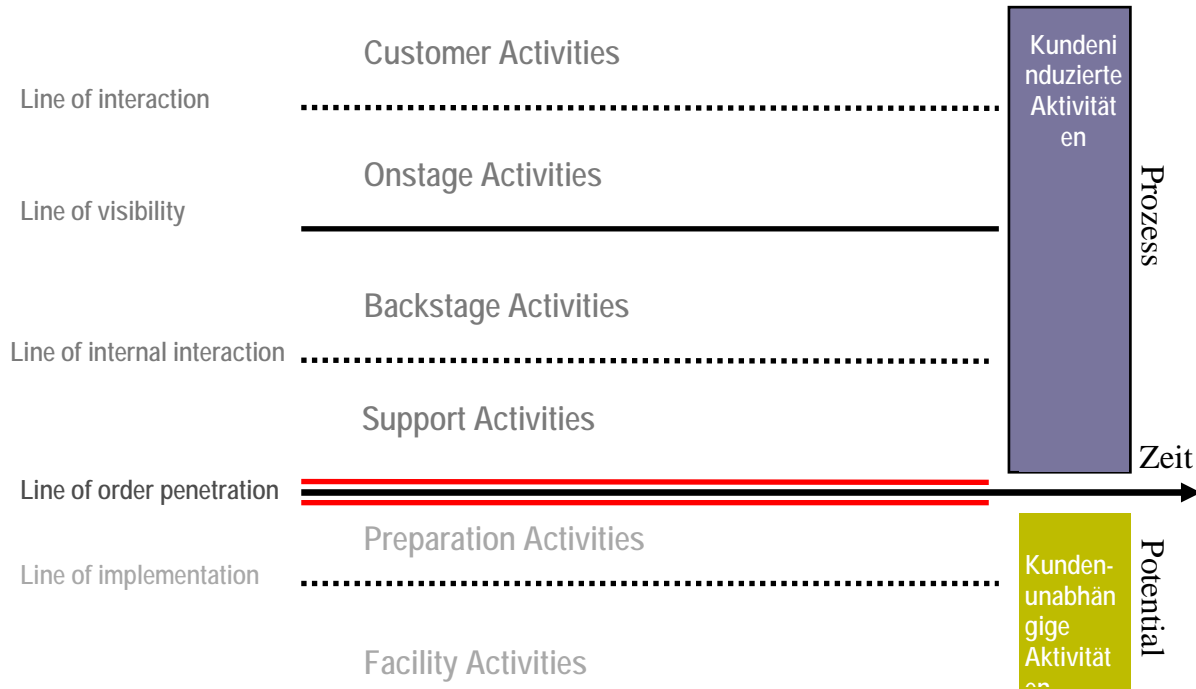


Abbildung 54: Die inhaltliche Dimension des Service Blueprints nach Fließ 2001, 45 oder Fließ, Möller und Momma 2003, 30

Daraus abgeleitet werden können Ansatzpunkte für die Prozessgestaltung zum Beispiel (in Anlehnung an Fleiss, a.a.O):

Line of Interaction	Arbeitsteilung zwischen Anbieter und Kunde "Bedienung vs. Selbstbedienung" beim Einweiser
(Perceived) Line of Visibility	Wettbewerbsvorteile realisieren Wettbewerbsvorteile sichtbar machen Wettbewerbsnachteile unsichtbar machen
Line of Internal Interaction	interne Arbeitsteilung zwischen „Backoffice“ und internen Dienstleistung überprüfen
Line of Order Penetration	Standardisierung versus Individualisierung

Abbildung 55: Ansatzpunkte für die Prozessgestaltung (in Anlehnung an Fleiss 2001)

Auch Grayson (Grayson 1998, 129 f) differenziert zwei unterschiedliche Bereiche der Wahrnehmung aus Kundenperspektive, die „Front Stage“ (Leistungen und Umgebung die durch den Kunden wahrgenommen werden und von denen er annimmt, dass sie für den Kunden und dessen Wahrnehmung gestaltet wurden) und die „Back Stage“ (Leistungen und Umgebung welche nicht durch den Kunden wahrgenommen wird).

Diese Zweiteilung erweitert er um einen Bereich, die „perceived back stage“, denjenigen Bereich, in dem der Kunde Aktivitäten, Leistungen und Umgebung wahrnimmt, von denen er aber annimmt, dass sie nicht für den Kunden und dessen Wahrnehmung gestaltet wurden. Um eine hohe Qualität glaubhaft zu machen, kann man als Anbieter nun ganz bewusst Einblicke in diese „perceived backstage“ gewähren um so Vertrauen zu schaffen. Der Anbieter öffnet den Vorhang hinter dem nun kundenunabhängige Aktivitäten und kundeninduzierte Aktivitäten zu sehen sind, die i.d.R. nicht für das Auge des Kunden bestimmt sind. Hat der Kunde das Gefühl er hätte etwas gesehen was eigentlich nicht für seine Augen bestimmt war, und diese Leistung wurde ebenfalls akkurat und qualitativ hochstehend erbracht, schliesst er auf eine qualitative hohe Gesamtleistung.

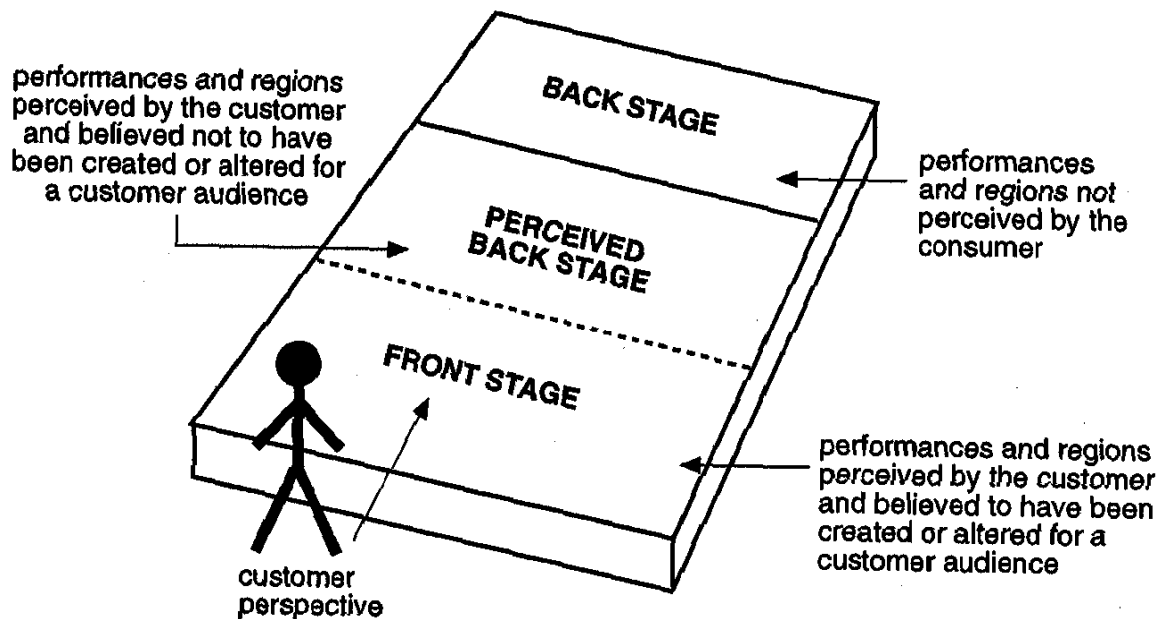


Abbildung 56: Konzeption der Front- und Back Stage nach Grayson (Grayson 1998, 130)

Die Entscheidung Angebote an dienstleistungsorientierten Serviceleistungen zu machen ist eine wettbewerbsstrategische Entscheidung denn die strategischen Funktionen dienstleistungsorientierter Serviceleistungen ist wie die Entscheidung zugunsten industrieller Dienstleistungen dreierlei Gestalt (vgl. Schuh et al. 2000, 3): Serviceleistungen können a) als Katalysator der Markterschließung dienen und somit der optimierten Diffusion der Kerndienstleistungen (z.B. durch Information und Beratung zu schneller Verbreitung von Innovation). Serviceleistungen können b) als Mittel der Marktbearbeitung dienen und so zur Differenzierung beitragen (indem z.B. Betreiberverträge angeboten werden sowie c) als Möglichkeit der Markterweiterung dienen und somit der Diversifikation Vorschub leisten, denn aus diesen Value Added Services werden sich auch klassische Dienstleistungen entwickeln / entwickeln lassen.

Bell und Bell (2003) sprechen vom „magnetic service“ wenn sie von herausragenden Leistungen in Kano's Sinn berichten, Leistungen die Kunden begeistern. Sie definieren folgende Eigenschaften von Organisationen die solche anzubieten in der Lage sind und sich so differenzieren (2003, 2 ff): a) they listen... really listen, b) they value trust, c) they stir spirits, d) they engage curiosity, e) they foster inclusion, f) they value customer comfort, g) they demonstrate character. Aus diesen Wesenszügen leiten sie dann sieben sogenannte Geheimnisse ab, die solche Organisationen auszeichnen. Alle Eigenschaften sind dazu geeignet eine wahre Value Added Kultur in einer Unternehmung zu etablieren. Dazu notwendig ist aber (siehe oben) Charakter zu haben. Nur wenn die Organisation mit ihren Führungskräften und Mitarbeitern Charakter hat und von dessen hoher Wertigkeit überzeugt ist, kann die Organisation diesen Charakter auch zeigen. Der Charakter – die Kultur - kann entwickelt werden.

4.5.2 Servicequalität und Ihre Wertigkeit (Value), das „Was“ und das „Wie“

Da es, wie oben (Teil 2 dieses Kapitels) festgehalten, ausserhalb der ISO Definition, welcher sich an die Definition von Crosby anlehnt („Die Gesamtheit von

Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“), keinen breit anerkannten Qualitätsbegriff gibt und dieser Qualitätsbegriff, wie gezeigt sich auf festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse bezieht, kann er nicht für Serviceleistungen im oben genannten Sinne angewendet werden. Denn diese werden freiwillig und zusätzlich erbracht.

Es muss für Value Added Services deshalb ein eigener Qualitätsbegriff kreiert werden, denn theoretische Erklärungsmodelle sind für die Qualität von Serviceleistungen in der Literatur nicht aufzufinden. Dennoch ist es durchaus möglich, die Modelle der Qualitätsforschung von Dienstleistungen zu einer Operationalisierung heran zu ziehen und auf Serviceleistungen zu transformieren, da die Serviceleistungen - wie schon erwähnt wurde - Dienstleistungscharakter besitzen (Szramka und Thiele 1993, 40).

Sureshchandar et al. (2002, 87) nennen Serviceleistungen im Sinne dieser Arbeit „service transcendence – making customers realize their unexpressed needs by giving more than what they expect.“ Ähnlich argumentieren Mooney und Bergheim (2002, 9 ff) wenn sie als „achtes Gebot“ schreiben: „Exceed my expectations..... even demanding consumers can be wowed, so woo them by overdelivering through uncommon courtesies, surprising services, and go-the-extra mile efforts that show how you really care“.

Wirksame und innovative Lösungen gehen konsequent vom Kunden aus. Allerdings entspricht das was der Kunde verlangt selten dem Angebot (Belz 2001, 5). Der Kundenvorteil besteht daher im wahrgenommenen Mehrnutzen des Kunden im Prozess der Zusammenarbeit und in Bezug auf die Leistung des Anbieters (a.a.O). Kundenvorteile mit „Mehrwert“ sind nach diesem Autor:

- mehr Emotionen,
- mehr Beziehungen,
- mehr Erklärungen,
- mehr Individualisierung,
- mehr Entlastung,
- mehr Sicherheit,
- mehr Leistung,
- mehr Qualität,

- mehr Innovation,
- mehr Wirtschaftlichkeit,
- bessere Koordination, oder
- mehr Geschwindigkeit.

Hinzuzufügen ist dieser merkmalsorientierten Auflistung nur noch das Merkmal „die Kombination dieser Merkmale“.

Porter (1999, 182) kommt ganz generell zu dem Schluss, dass es v.a. zwei Faktoren sind, mit welchen es ein Unternehmen schaffen kann den Wert einer Dienstleistung / eines Produktes zu erhöhen um so . z.B. einen höheren Preis zu rechtfertigen.

- durch das Senken der Abnehmerkosten und
- durch das Steigern der Abnehmerleistung

Dies trifft für B2B Kunden sicher zu, ansonsten greift diese Aussage m.E. aber deutlich zu kurz, denn Wert kann klar mehr umfassen als monetär messbare Größen.

Weiterhin führt Porter aus, dass der Abnehmer einer Leistung nach zwei Arten von Kriterien auswählt, welche für ihn einen Wert schaffen (Porter, 1999, 194 ff):

- Nutzenkriterien (sind Kaufkriterien die „daraus entstehen, wie ein Lieferant durch Kostensenkung oder Leistungssteigerung den tatsächlichen Abnehmerwert beeinflusst“ (a.a.O. 195).
- Signalkriterien (sind Kaufkriterien, „die aus Wertsignalen entstehen oder als den Mittlen, mit deren Hilfe der Abnehmer schliesst oder beurteilt, welchen tatsächlichen Wert ihm ein Lieferant bietet“ (a.a.O. 195). Sie sind Messwerte, wie Abnehmer das Vorhandensein des Wertes wahrnehmen.

Porter beschreibt zwar beide Arten von Kriterien ausführlicher in sein Werk (a.a.O.) kommt aber zu keiner für den vorliegenden Zweck gewinnbringenden Definition. Deshalb ist es notwendig auf andere Autoren zurückzugreifen, welche zwar nicht explizit aber doch implizit mit Porters Kategorisierung arbeiten.

Es stellt sich also die grundsätzliche Frage wie Nutzen oder „Wert“ definiert werden kann und welche Faktoren diesen bilden und für die Kunden grundsätzlich werterhöhend wirken?

Kotler (1998) beschreibt ein Modell welches vier den Kundenwert beeinflussende Faktoren identifiziert (Produkt-, Service-, Personal-, und Imagewert). Diesem originären Wert werden vier weitere Faktoren gegenübergestellt, welche die Kundenkosten bilden (Geld-, Zeit-, Energie-, physische Kosten). Das Produkt dieser beiden Variablen definiert den an den Kunden abgegebenen Wert. Die Kundenkosten (bei Saliba und Fischer weiter unten „Opfer“ genannt, korrespondieren indirekt mit dem von Porter (siehe oben) erwähnten Anreizen für den Kunden (Kostensenkung beim Abnehmer).

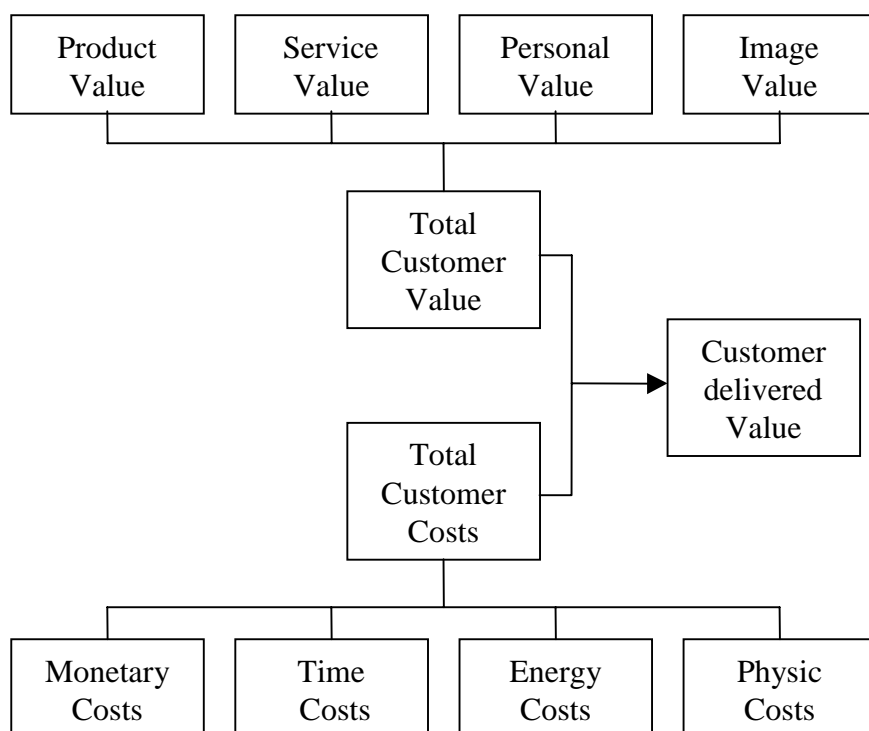


Abbildung 57: Customer Value nach Kotler 1998

Ho und Cheng (1999, 204 ff) schlagen vor, die Konzepte TQM mit seinem Qualitätsansatz und das Konzept der Wertanalyse und des Wertengeneering miteinander zu vereinigen bzw. zu integrieren (dies gilt auch für deren Instrumenarien) um so den Produkt-, bzw. Dienstleistungswert zu erhöhen. Sie gehen dabei von einem Konstrukt aus welches sie „Value-Mix“ nennen.

Den Value – Mix (a.a.O.) bilden Ho und Cheng aus dem Preis, der Funktion und der Qualität.

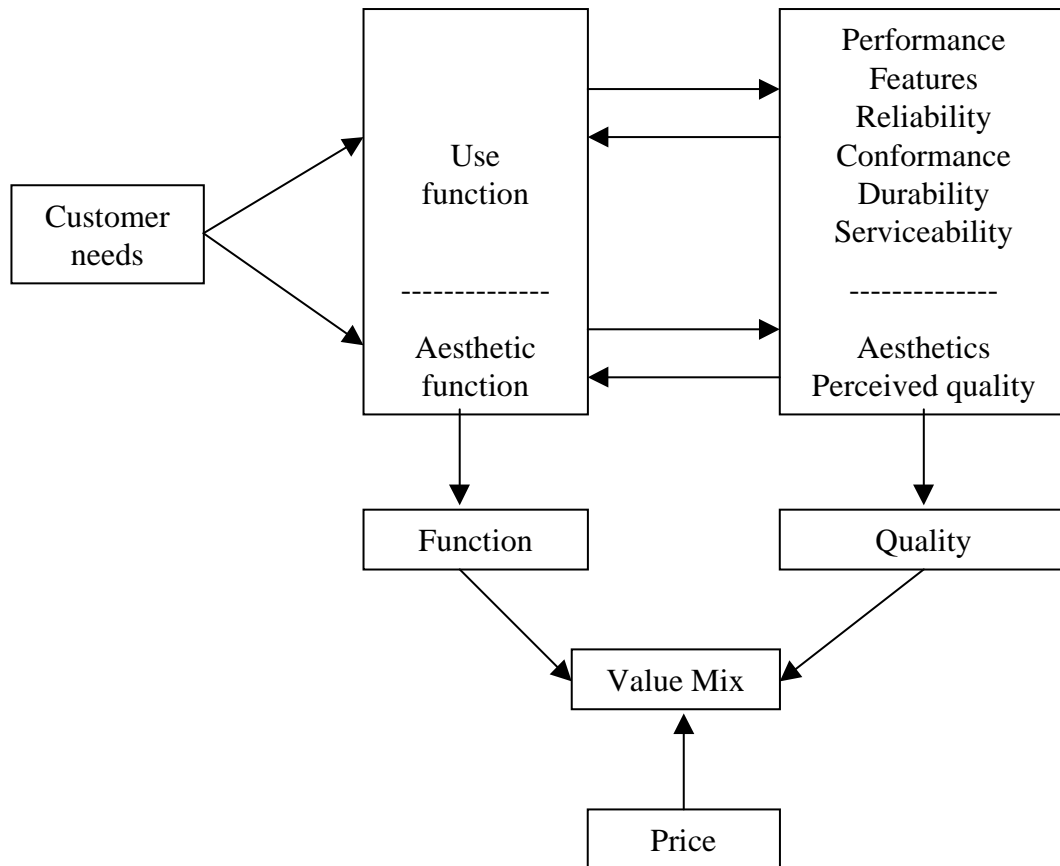


Abbildung 58: Components of Value Mix (Ho und Cheng 1999, 205)

Auch Saliba und Fischer (2000) kommen zu dem Schluss, dass sich der Wert eines Produktes oder einer Dienstleistung nach Preis, Funktion und Qualität⁶⁰ bemisst und lehnen sich an die Betrachtungsweise von Kotler (Kosten sind dem Wert entgegengesetzt) an. Sie verwenden jedoch eine andere Terminologie, wenn Sie wie sagen „.... Value as perceived by customers is a ratio of perceived benefits to be received from a product [or a service – der Autor] to perceived sacrifices incurred to acquire and use (receive satisfaction from) the product [or the service – der Autor] (Saliba / Fischer 2000, 65).“ Saliba und Fisher schlagen denn auch mehr oder weniger eine Relativierung bzw. eine Ergänzung des klassischen TQM Ansatz vor, der als Ziel die Kundenzufriedenheit hat und den Nutzen für den Kunden in den Vordergrund stellt. Sie empfehlen statt dessen, Nutzen und Opfer und damit den Wert für Kunden in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen um einer segmentierten Kundengruppe optimal dienen zu können. Diesen „Gesinnungswandel bezeichnen die beiden Autoren managementliteraturgemäß als „Paradigmenwechsel. „The customer value paradigm is replacing the customer

⁶⁰ Eine empirische Bestätigung findet sich auch z.B. bei Andreassen und Lindestad 1998, 19

satisfaction paradigm in management strategy“ (a.a.O., 68).

Eine weitere Ergänzung und Präzisierung des Ansatzes zur Wertdiskussion für den Kunden findet man bei Kaplan und Norton (1996, zit. nach Müller-Stewens und Lechner 2001, S. 547). Sie beschreiben explizit den wahrgenommenen Wert für den Kunden und nicht den erwarteten oder vom Management des Anbieters intendierten Wert, wie folgender Abbildung zu entnehmen ist:

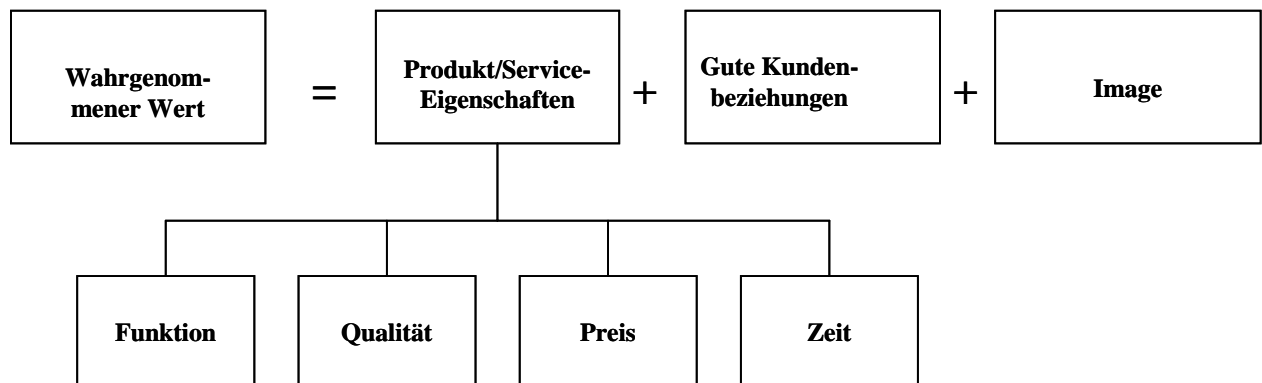


Abbildung 59: Wahrgenommener Wert nach Kaplan und Norton 1996 (a.a.O.)

Auf der Positivseite des wahrgenommenen Wertes stehen wie bei Kotler und anderen Autoren die Produkt- und Serviceeigenschaften. Diese werden bei Kaplan und Norton aber ergänzt durch werterhöhende gute Kundenbeziehungen und das Image des Leistungsanbieters (letzteres kann unter Porters Signalkriterien subsumiert werden). Diese Ergänzung unterstreicht erstens die Bedeutung des Anbieterimage für den Kunden und rückt zweitens auch die qualitativen Aspekte der Transaktion in das rechte Licht. Gerade bei personalen Dienstleistungen darf dieser Faktor nicht unterschätzt werden.

Zusammengefasst werden können die genannten Aussagen in folgender Gleichung:

Wert für den Kunden =

f (Produkt- bzw. Dienstleistungswert (= f (Funktion, Qualität, Preis, Zeit))

+ erhöhender Wert (= f (Image des Anbieters⁶¹, Ethik⁶², Risikominimierung, Service, Vergnügen, Status, Stolz etc.))

– Opfer/Kosten = f (Qualität, Preis, Zeit, Energie, Physische Kosten, Missvergnügen, etc.)).

Abbildung 60: Eigene Definition des Wertes aus Kundenperspektive

Für die Bestimmung der Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Unternehmung muss diese Gleichung nach Laitamäki u. Kordupleski (1997, 158 f) ergänzt werden um die Konkurrenzsituation: Die Gleichung stellt sich dann wie folgt dar:

Kunden Wert der Produkte, Dienstleistungen, Services der Unternehmung

Kunden Wert der Produkte, Dienstleistungen, Services der Konkurrenz

Das Ergebnis dieser Berechnung sollte für die Unternehmung grösser eins sein.

Die vorangehende Betrachtung zeigt, dass es tatsächlich (relativ) irrelevant ist, wie zufrieden der Kunde mit dem Produkt oder Dienstleistungen eines Anbieters ist, wenn er erst einmal eine grundsätzliche Entscheidung über Kauf/Konsum getroffen hat. Die Auswahl des Anbieters der diesen Bedarf oder diese Bedürfnisse oder Wünsche erfüllen soll, richtet sich dann danach, welcher Anbieter das beste Wertverhältnis relativ zu Mitbewerbern für den Kunden anbieten kann. Diese Aussage trifft idealtypischerweise auf einen vollkommenen Markt zu. Der „Markt“ des Gesundheitswesens ist sicher nicht vollkommen, es herrschen (mit Ausnahme der Expertenmärkte) starke Ungleichgewichte, v.a. Informationsungleichgewichte. Es ist für den Konsumenten / den Kunden nahezu unmöglich bzw. sehr schwierig den Nutzen, bzw. den Wert der angebotenen / vorgeschlagenen Dienstleistung abzuschätzen. Die Selektion und Bewertung der Nutzenkriterien wird deshalb von den werterhöhenden (im oben genannten Sinn), resp. den Signalkriterien (Porter

⁶¹ Siehe hierzu z.B. Andreassen und Lindestad 1998

⁶² Siehe hierzu z.B. Miettinen 2004

1999, 194 ff), wie z.B. dem Image, überlagert und ergänzt. Weiterhin ist zu beachten, dass der Wert und alle seine Teilkriterien keine statischen Elemente sind, sondern sich verändern. Es gibt also keine eindeutige Definition von Service – Qualität, aber eine Annäherung über das Konstrukt „Wert“.

Weiterhin werden Kunden resp. Nutzer einer komplexen Dienstleistung ihre Urteile bezüglich der Wertigkeit in Bezug auf jede einzelne Teilleistung bilden (Vgl. z.B. Güthoff 1995, 78). Wie sie dies tun und wann z.B. reevaluiert wird, ist bis heute unklar und Gegenstand der Forschung (z.B. Flint, Woodruff und Fisher Gardial 1997). Will man diesen Gedankenmuster und Argumentationsketten folgen, so empfiehlt es sich auf das Value Chain Konzept von Porter (1996) zurückzugreifen und die Gesamtleistungen in Teilleistungen zu zerlegen um deren Wertigkeit für den Kunden zu eruieren (vgl. auch das Kapitel 5.3.2.1.).

4.6 Konzept eines Integrierten Management für Value Added Services

Hans Ulrich, Begründer des Systemansatzes der St. Galler Schule definiert Management als „Gestalten, Lenken und Entwickeln gesellschaftlicher Institutionen (Ulrich 2001, 66). Dabei beschränkt sich Management nicht auf die Unternehmensleitung, sondern ist eine Aufgabe aller Mitarbeiter. Auch ist Management im Sinne von Unternehmensführung nicht auf Menschenführung zu reduzieren. Gestalten, Lenken und Entwickeln als Funktion des Managements unterscheiden sich v.a. durch die verschiedenen inhaltlichen und zeitlichen Reichweiten ihrer Konsequenzen. Gestalten entspricht nach Ulrich dem Entwurf einer Institution die dadurch als handlungsfähiges Ganzes geschaffen wird. Neu- und Umgestaltung ist dabei eine permanente Aufgabe die notwendig ist, um es als Ganzes zu erhalten (z.B. Bleicher 1995, 40 ff).

Lenkung umfasst die Identifikation und Selektion von Systemzeilen, sowie die Festlegung und Ausführung von Aktionen zur Zielerreichung und deren Kontrolle. Lenkung soll bewirken, dass ein System in einem von der Gestaltung determiniertem Verhaltensfeld bestimmte Verhaltensmöglichkeiten auswählt und umsetzt. Im Idealfall ist Lenkung dabei nicht als Kontrolle des Systems von aussen, sondern – als kybernetisches Prinzip – als Regelung und Anpassung im Sinne von Selbstlenkung zu verstehen (z.B. Ulrich 2001, 113).

Entwicklung bezieht sich auf den evolutorischen Prozess den alle gesellschaftlichen Institutionen durchlaufen. Selektion und Mutation sind hier kennzeichnend. Ziel ist immer der Erhalt der (Über-) Lebensfähigkeit eines Systems, das heisst in diesem Zusammenhang die Sicherstellung struktureller Eigenschaften welche das System erhalten. Im Geschäft zu bleiben ist das übergeordnete Ziel. Soll nicht zufällige Mutation die Entwicklung bestimmen, muss der Entwicklungsprozess durch das Management in Gang gehalten (Konzepte) und gesteuert (daily business) werden (z.B. Ulrich 2001, 73).

Oben verwendeter Managementbegriff ist grundsätzlich für alle Typen von Organisationen geeignet, denn er ist hinreichend abstrakt und zusammenfassend um allen Typologien gerecht zu werden. Auch Güntert (1990, 69 ff) verwendet ihn in seinem grundlegenden Werk zum Management von Krankenhäusern über Kennzahlensysteme.

Als Grundlage für die Integration des Service Managements im vorliegenden Sinne in die Managementlehre, soll das St. Galler Managementkonzept nach Bleicher dienen (Bleicher 1995). Die Aufgaben des Managements teilt Bleicher in drei Dimensionen und diese in drei Aspekte (a.a.O., 75). Die Dimensionen und die Aspekte können in Form einer zweidimensionalen Matrix dargestellt werden und formen so neun Module.

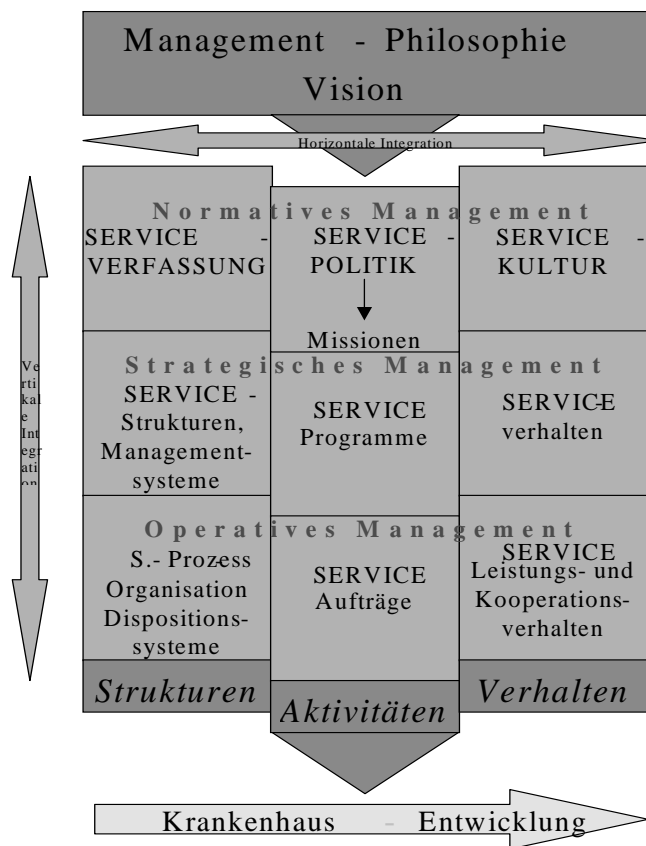


Abbildung 61: Konzept für integriertes Management von Value Added Services (in Anlehnung an Seghezzi 1996)

Die zu beschreibende Gliederung des Managements in Dimensionen und Aspekte, sowie Entwicklung sind analog im Service Management vertreten (auch in Anlehnung an Seghezzi 1996). Jedoch wird auf die weitere Ausdifferenzierung und inhaltliche Ausgestaltung der Module als Spannungsreihe mit zwei extremen Ausprägungen verzichtet.

Die Aspekte, welche auch eine integrierende Funktion aufweisen (Bleicher 1995, 75 ff) sind folgende (und werden auch häufig Struktur, Strategie, Kultur genannt):

1. Die Aktivitäten stehen im Zentrum jeglichen unternehmerischen Handelns. Hier wird die Politik entwickelt, in Strategischen Programmen konkretisiert und in Aufträgen umgesetzt.
2. Strukturen flankieren Aktivitäten, indem das Management in der Verfassung legitimiert wird und ausgerichtet wird. Konkretisiert wird sie in Organisationsstrukturen und Managementsystemen, welche in organisatorischen Prozessen und Dispositionssystemen ihren operativen Niederschlag findet.
3. Das Verhalten, welches die Aktivitäten unterstützen soll, im Dienstleistungsbetrieb auch erbringen soll, wird geprägt durch die Unternehmenskultur. Aus ihr entwickelt sich das Problemverhalten der Akteure der Organisation und operativ das Leistungs- und Kooperationsverhalten im Arbeitsprozess.

Die hierarchisch aufeinander aufbauenden Dimensionen sind:

1. Das normative Management, welches dazu dient, die generellen Ziele der Unternehmung mit Prinzipien, Normen und Spielregeln festzulegen, die darauf ausgerichtet sind, die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit der Unternehmung sicherzustellen (a.a.O. 82 ff). Die normative Ebene ist grundlegend und konstitutiv. Sie beschäftigt sich mit der Nutzenstiftung für Bezugsgruppen und der Legitimität und wird von der Managementphilosophie geleitet. Die Politik ist der in Aktivitäten mündende Teil des normativen Managements, dessen Aufgabe es ist externe Interessen und eigene Ziele miteinander in Einklang zu bringen. Ihr Gegensatz ist das grundlegende Verständnis von Service und der ursprüngliche Zweck dem der Service zu dienen hat. Die Servicepolitik ist eher allgemein, abstrakt und langfristig ausgerichtet. Die Politik ist für das Service Management neben der Kultur, die die Werte und Normen der Organisation umfasst, das entscheidende Modul. Die Servicekultur umfasst die vom Management intendierten und hoffentlich von den Mitarbeitern geteilten grundlegenden Annahmen über Service resp. deren Werte und Normen. Die Kultur prägt die Perzeption und das Verhalten im Allgemeinen und im Speziellen. I.d.R. ist sie lediglich über Artefakte erkennbar und ihre Inhalte i.d.R. nur langfristig änderbar.

Die Verfassung, welche im Grundmodell nach Bleicher v.a. die Struktur im Sinne einer rechtlichen Ordnung innerhalb dessen der Interessenausgleich stattfindet definiert, spielt für das Service Management eine untergeordnete Rolle., da sie die Strukturierung der Beziehungen des Service Managements zu internen und externen Anspruchsträgern beschreibt und deren Rechte und Pflichten präzisiert. Die Verfassung kann wichtig werden, wenn sich die Tägerschaft und die Hauptzahler (z.B. Versicherer) dergestalt einbinden lassen, dass Ihnen Rechte und Mitsprache bei der Weiterentwicklung von Serviceleistungen zugestanden werden. Nach innen kann die Serviceverfassung als eine Art Strukturierung des Services auf oberster Ebene angesehen werden.

2. Das strategische Management ist auf den Ausbau, die Pflege und die Ausbeutung von Erfolgspotentialen ausgerichtet. Diesem müssen Ressourcen gewidmet werden, denn das Ziel der Organisation heisst Wettbewerbsfähigkeit (a.a.O. 203 ff). Die Identifikation von bisher vernachlässigten bzw. ungenutzten Erfolgspotentialen, d.h. die Einbeziehung weiterer Wettbewerbsparameter in den unternehmerischen Ziel- und Strategiekatalog (und die Entwicklung neuer Geschäftsmodelle), ist eine ständige Aufgabe der unternehmerischen Kreativität und somit des Managements. Mittel- und langfristige Ziele und Massnahmen mit denen die Service Politik umgesetzt werden kann, sind Inhalt der Service Strategien. Es konkretisiert die in Form von Missionen kommunizierte Orientierung des normativen Managements und richtet das Handeln der Organisation aus. Dies wird erreicht, durch das Generieren, Bewerten und Auswählen von Handlungsalternativen, die Definition von Zielen und Teilzielen und der Zuweisung von Ressourcen und Verfahren. Strategische Programme bilden das aktionsorientierte Modul und ergänzen das strategisch beabsichtigte Serviceverhalten. Die strukturellen Gestaltungsfelder des strategischen Managements kommen in Organisationsstrukturen (Aufbau⁶³- und Ablauforganisation) und Managementsystemen zum Ausdruck, die als Diagnose-, Planungs- und Kontrollsysteme Informationen generieren und der Erarbeitung strategischer

⁶³ Unter Aufbauorganisation sollen nach Nauer (1999, 140 ff) die relativ dauerhaften Beziehungsstrukturen und die Zuordnung von Ressourcen zu Aufgaben innerhalb der Organisation verstanden werden. Die Ablauforganisation legt die relativ dauerhaften Prozessstrukturen in einer Institution fest, indem die Folge der Aktivitäten bestimmt und diese geeigneten Aufgabenträgern zugewiesen werden (a.a.O.)

Konzepte und der Kontrolle der Umsetzung dienen (a.a.O. 229 ff). Die Service Organisation kann instrumentell als Gesamtheit der formalisierten Regeln verstanden werden, die benötigt werden um ein effektives und in einem zweiten Schritt effizientes Service Management und ebensolche Services zu ermöglichen.

3. Das operative Management soll letztendlich dazu dienen, die Vorgaben aus dem normativen und strategischen Management in leistungs-, finanz-, informations- und personalwirtschaftliche Prozesse umzusetzen. Es besteht in der Lenkung von Aufträgen, hat den höchsten Konkretisierungsgrad, bei gleichzeitig kürzestem temporärem Horizont (a.a.O. 316). Ziel und Massstab der Serviceplanung ist die Treffsicherheit des Service (Erfüllen der intendierten Absicht) und der Robustheit des Service und seiner Prozesse. Zur Serviceplanung gehört die Entwicklung von Spezifikationen und damit die Erarbeitung der Vorgaben für die Service- und Serviceprozessentwicklung. Die Servicelenkung bestimmt die unmittelbare Führung des Prozesses der Serviceabgabe, es geht um die Gestaltung, Beherrschung und die Regelung der Prozesse und Abläufe, sodass nur die richtigen Serviceleistungen an die richtigen Adressaten in der richtigen Spezifikationen abgegeben werden. Die Servicesicherung - angelehnt an die klassische Qualitätssicherung – ist nicht in gleichem Umfang notwendig, da die Serviceleistungen keine versprochenen Leistungen sind. Gleichwohl sind sie auf Konformität der Gewährung, Durchführung und Wirkung zu prüfen. Die Serviceverbesserung ist einerseits eine strategische Aufgabe, andererseits auch eine operative, ist doch die kontinuierliche Verbesserung ein konstitutives Element der Serviceleistung.
4. Organisationen entwickeln sich ständig weiter, sie sind keine statischen Konstrukte. Auch sie unterliegen einem Lebenszyklus (a.a.O. 347). Diese Entwicklungen können einerseits von innen heraus durch die Erschliessung neuer oder den Ausbau bestehender Erfolgspotentiale angestossen und vorangetrieben werden. Andererseits durch Akquisition oder Kooperationen von aussen in die Organisation kommen. Jede Weiterentwicklung kann allerdings nur gelingen, wenn das Management diese Entwicklung in allen Dimensionen und Aspekten implementiert. Integration schafft sowohl der horizontale als auch der vertikale „Fit“ (a.a.O. 415 ff).

Um in einem dynamischen Umfeld überleben zu können, muss jede Organisation ihre Visionen, ihre Ziele und damit auch ihre Strategien immer wieder aufs Neue überprüfen (Doppler und Lauterburg 1994, 41 ff). Eine Veränderung der Strategie muss Folgen für die Struktur und die Kultur einer Unternehmung haben. Strategie und Struktur sind voneinander abhängig. Die Struktur ist Voraussetzung dafür, dass überhaupt sinnvolle Strategien formuliert werden und soll diese stützen. Die Kultur wiederum kann nicht isoliert von Strategie und Struktur betrachtet werden. Das bedeutet, dass Strategie, Struktur und Kultur in einer wechselseitigen Beziehung zu einander stehen, sie sind interdependent (siehe auch Management – Fit nach Güntert in Kapitel 3.2).

Die Managementphilosophie – eine Art paradigmatische Leitidee des grundsätzlichen Verständnisses des Zwecks und der Rolle der Organisation und des Managements an und für sich, (grundlegende Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen) schliessen das Modell nach oben hin ab.

5 Management der Service Leistungen

Die Servicequalität wird grundsätzlich von 2 zentralen Faktoren beeinflusst. Erstens dem unternehmerischen Service und zweitens dem persönlichen Service. Idealerweise wird der unternehmerische / organisatorische Service durch eine weitgehende Differenzierung unterstützt. Der persönliche Service zeichnet sich v.a. durch die persönliche Anteilnahme, eine aufrichtige Freundlichkeit und ein unternehmerisches Mitdenken aus (siehe z.B. auch Kap. 4.4.4.). Nonverbale Kommunikation ist ein Schlüsselement erfolgreichen Verhaltens im Spital (Richter 1997).

Beide Faktoren sind notwendig um Kunden dauerhaft an die Organisation zu binden, denn Unternehmen unterscheiden sich heute v.a. nur noch dadurch wie sie mit Kunden umgehen (Peerenboom 2001). Kann der Kunde nur auf einen hochengagierten Mitarbeiter zählen, der sich aber im Systemchaos der Unternehmung vergeblich müht, wird der Kunde diesem Mitarbeiter bestenfalls Mitleid entgegenbringen aber den Leistungsanbieter wechseln (dieses Situation ist oft in Gesundheitseinrichtungen zu beobachten). Gute Dienstleistungen schaffen zufriedene Kunden und zufriedene Kunden motivieren Mitarbeiter. Diese Motivation fördert wiederum das Verhalten der Mitarbeiter. Automatisierte Dienstleistungen reduzieren die Gefahr von negativen Kundenerlebnissen, doch die positiven Effekte der persönlichen Kommunikation können Automaten nicht erreichen. Während der persönliche Kontakt die Kundenbindung fördert, führt die automatisierte Dienstleistung in die Vergleichbarkeit und zu höherem Preisbewusstsein der Kunden (Butscher und Simon 1997, 47).

Stimmt dafür der unternehmerische Service, aber die Mitarbeiter bieten einen lausigen persönlichen Service wird die Unternehmung hier den Kunden verlieren, sobald sich ein Konkurrent mit einem ähnlichen unternehmerischen Servicekonzept bemerkbar macht, aber über die kompetenteren und freundlicheren Mitarbeiter verfügt. Beide Faktoren können in einem Portfolio dargestellt werden:

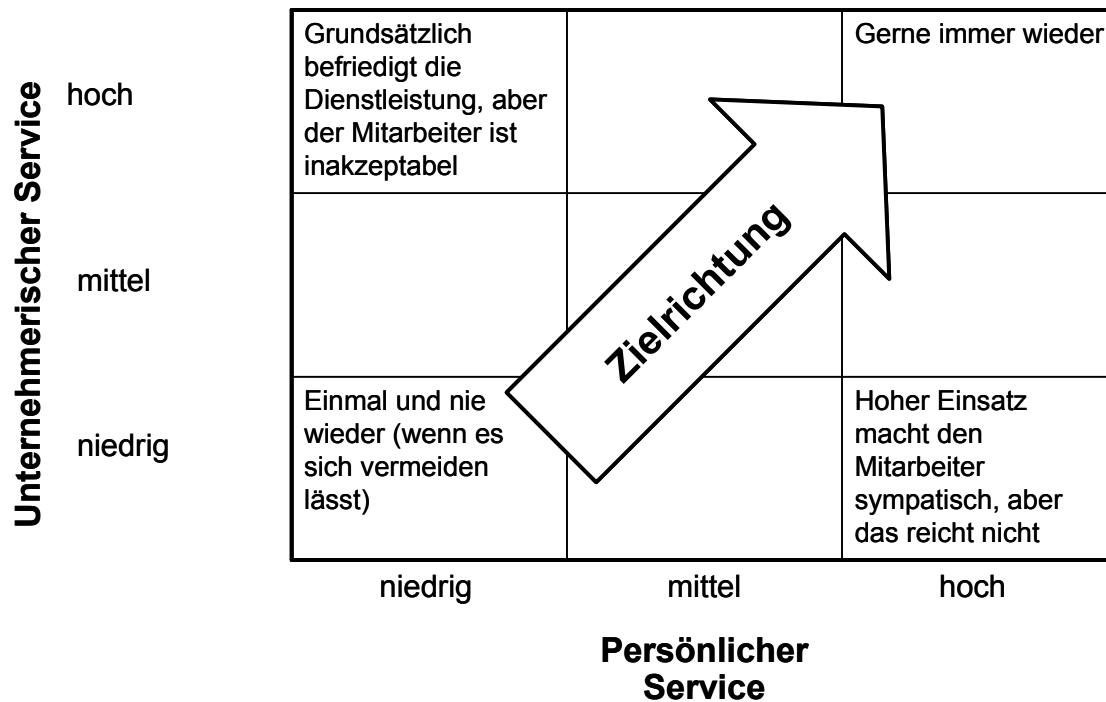


Abbildung 62: Serviceportfolio (eigene Abbildung)

Im nun folgenden Kapitel soll es v.a. um die unternehmerische Ausrichtung des Service gehen. Sie ist der Faktor der gezielt gemanaged werden kann, welcher aber gleichzeitig den persönlichen Service unterstützt und dauerhaft ermöglicht.

Häufig ist es nicht möglich Methoden, Werkzeuge oder Instrumente zu beschreiben welche die Erbringung von Value Added Leistungen im o.g. Sinne ermöglichen und fördern.

Falls dies der Fall sein sollte, wird versucht zu beschreiben was nicht getan werden soll - häufig in klarer Abgrenzung zu den Kerndienstleistungen und dem dazugehörigen „Kernverhalten“. Wo möglich werden die entsprechenden Beispiel zur Verdeutlichung ergänzt.

Die Umsetzung soll anhand des St. Galler Managementkonzeptes nach Bleicher (1995) erfolgen. Dieses bildet die Grundlage für das dann zu verdeutlichende und daraus abgeleitete Service – Management Konzept in Anlehnung an das Modell von Seghezzi (1996).

5.1 Entwicklung des Krankenhauses zu einer Serviceorientierten Organisation

5.1.1 Internes Marketings als Change Ansatz

Eine immer mehr dienstleistungsorientierte Wirtschaft und ein immer stärker wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen verlangt von Organisationen, dass sie in der Lage sind Kunden anzuziehen, an sich zu binden und einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil sicherzustellen. Um dieses Ziel zu erreichen, ...”organizations must focus their efforts on developing and sustaining an organizational culture that emphasizes internal customer well-being as a means to attract and retain external customer patronage.” (Bansala, Mendelsonb und Sharma 2001, 61). Nach dieser Argumentation führt internes Marketing zum externen Marketing Erfolg und ist somit ein geeignetes Instrument um das Krankenhaus zu einer Service – orientierten Organisation im Sinne dieser Arbeit zu entwickeln (z.B. Bruhn 1998b).

- a) Internes Marketing kann wie folgt definiert werden: Internes Marketing ist die Anwendung verschiedener Managementtheorien wie Marketing, Personalmanagement und verwandter Theorien, Prinzipien und Techniken um alle Mitarbeiter einer Organisation hierarchieübergreifend und ressortübergreifend zu integrieren, zu motivieren, zu mobilisieren und zur Zusammenarbeit zu bewegen, mit dem Ziel den Dienst am Kunden, intern wie extern, ständig zu verbessern.
- b) Internes Marketing kann verstanden werden als ein Konzept, das unter Berücksichtigung interner Austauschbeziehungen auf den Absatzmarkt gerichtete Ziele zu erreichen sucht.
- c) Hauptinstrument sind dabei interne Kundenbeziehungen, sowie interne stark segmentierte Arbeitsmärkte und teilweise auch interne Verrechnungspreise für die intern (in Buying-center) bezogenen Leistungen, welche über eine Art Critical Incident Technique definiert werden.

Dieses Konzept folgt auch dem Theorem des Service Profit Circle (siehe Kapitel 5.3), welcher davon ausgeht, dass nur in Organisationen in denen eine hohe interne Servicequalität (dies ist auch für die Value Added Services anzunehmen) gelebt wird die Voraussetzungen für hohe Kundenzufriedenheit bestehen.

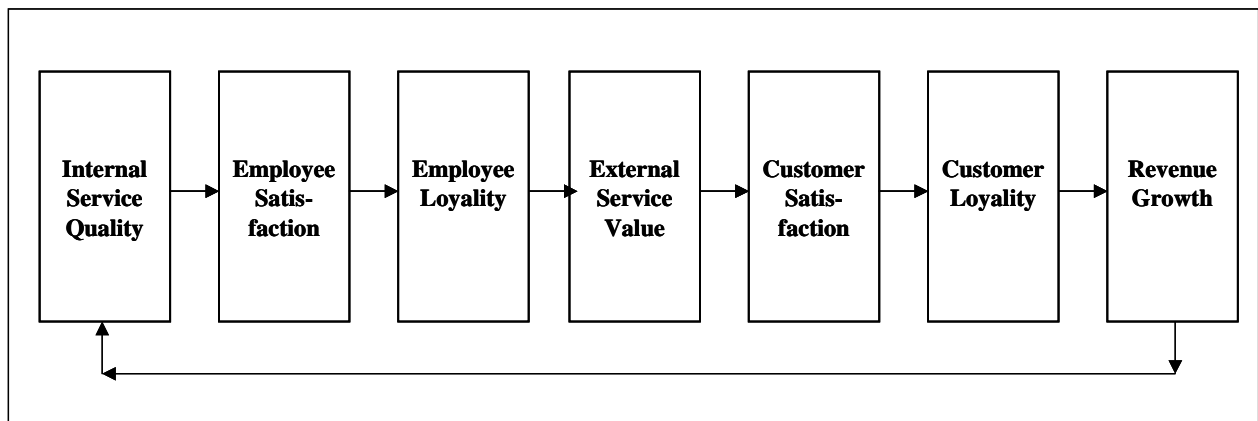


Abbildung 63: Service Profit Circle (in Anlehnung an Loveman 1998) (eigene Darstellung)

Es ist bzgl. Patientenzufriedenheit inzwischen klar, dass diese mit der Mitarbeiterzufriedenheit verknüpft ist (siehe nachfolgende Abbildung). Die Frage was hier nun die Henne und was das Ei ist wurde bisher noch nicht abschliessend geklärt. Auch wenn Cruse behauptet, aus seinen Daten herauslesen zu können (5 Leistungserbringer mit ca. 500 auswertbaren Mitarbeiterfragebogen und ca. 1500 Patientenfragebogen), dass Mitarbeiterzufriedenheit Patientenzufriedenheit generiert und dass eine Hauptdeterminanten der Mitarbeiterzufriedenheit die Arbeitsbelastung ist (Cruse 2004).

Im Fall der Service Profit Chain wird angenommen, dass nur eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit eine hohe Kundenzufriedenheit generieren kann (Strukturqualitätsdominierter Ansatz). Glaubwürdige empirisch nachgewiesene Belege für diesen Fakt gibt es nicht.

Relationship Between Patient Satisfaction and Employee Satisfaction



Abbildung 64: Verbindung zwischen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit (Kaldenberg D. 2003)⁶⁴

Martensen & Gronholdt (2002) entwickelten ein Modell zur Erklärung von Mitarbeiterzufriedenheit und –loyalität und stellen anhand einer empirischen Untersuchung fest, dass die Determinanten der Mitarbeiterzufriedenheit, bzw. deren Folgen („Commiment“ und Mitarbeiterloyalität) wie folgt definiert werden können (a.a.O., 950):

1. Top management
2. Daily Leadership
3. Working and appointment conditions
4. Co-operation and people relations
5. Development of competencies

⁶⁴ Patients: N= 19.440, Employees: N= 50.554 from 33 hospitals around the U.S.A.

Da das Untersuchungsobjekt 300 dänischen Sozialpädagogen waren, kann angenommen werden, dass deren Präferenzen vergleichbar sind mit den Präferenzen von im Gesundheitswesen Beschäftigten. Die Determinanten "daily leadership" und "development of competencies" sind dabei dominant.

Internes Marketing will also einerseits eine stärkere Mitarbeiterorientierung im Unternehmen erreichen und bezweckt andererseits eine gezielte Verhaltensbeeinflussung der Mitarbeitern hin zu einer effizienten und effektiven Umsetzung von absatzmarktbezogenen Marketingkonzepten. Es ist damit angesiedelt an der Schnittstelle zwischen Personal-, Organisations- und Marketingmanagement.

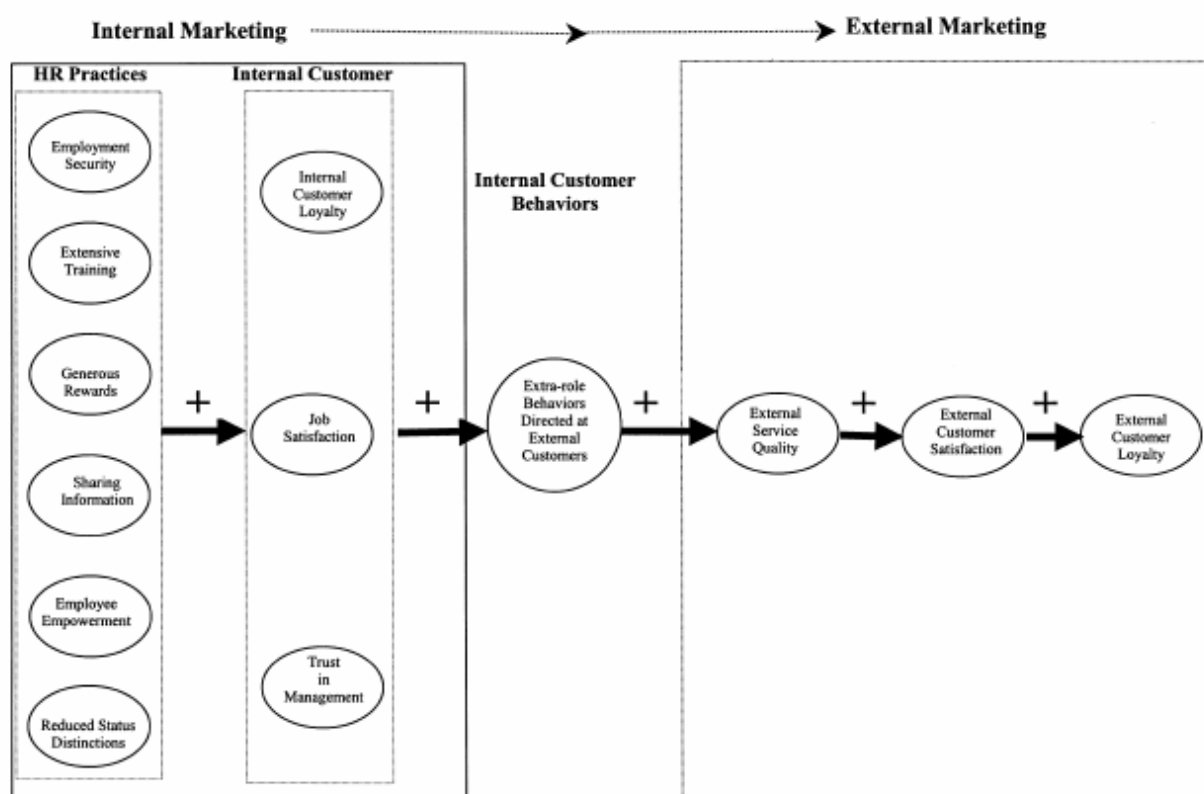


Abbildung 65: Die Verbindung zwischen internen Marketingaktivitäten und externem Marketingenerfolg (nach Bansala, Mendelsonb und Sharma 2001, 65)

Das Modell hat zwei Segmente: Internes und externes Marketing.

O.g. Autoren stellen folgende Behauptungen zum internen Marketingansatz auf:

“Perceived employment security, extensive training, higher-than-industry-average salaries, pay partially contingent on performance, perceptions of information sharing, perceptions of empowerment, perceptions of limited organizational status distinctions will be positively associated with job satisfaction, loyalty to the firm, and trust in management (a.a.O.)”.

Diese korreliert positiv mit dem Verbindungsstück, dem „Extra Rollen Verhalten der Mitarbeiter“ welches auf den externen Kunden gerichtet ist. (a.a.O. 65) Mit Morrison (1996, 497) argumentieren o.g. Autoren weiter, dass „..... the five dimensions of extra role behaviors, namely: (1) conscientiousness, (2) altruism, (3) civic virtue, (4) sportsmanship, and (5) courtesy, when directed at the external customers of an organization are crucial for ensuring service excellence’ (a.a.O. 72)“.

Dieses Verhalten wird beim externen Kunden zu einer hohen Qualitätswahrnehmung und nachfolgend zu einer hohen Zufriedenheit führen, welche sich letztendlich in einem Loyalität zeigenden Kunden niederschlägt.

Shank und Gilbert (1993, 118 ff) schlagen eine klassische zehnstufige Umsetzung für den internen Marketingansatz vor. Dabei soll im vorliegenden Fall die Ausrichtung wie folgt lauten:

Das Service Niveau welches durch die Mitarbeiter für die Kunden erbracht wird, wie diese die „moments of thruth“ bewältigen ist eine Funktion – oder besser das Ergebnis aus der gegenseitigen Unterstützung der Mitarbeiter, sowie deren Wahrnehmung der Unterstützung durch die Unternehmung und die Anerkennung und Belohnung durch die Unternehmung.

Unter dieser Prämisse lauten die 10 Umsetzungsschritte wie folgt (und unterscheiden sich nicht von anderen Zielsetzungen):

1. Management Commitment
2. Situation Assessement
3. Service Strategy Planning
4. Communicate the Vision
5. Educate the Organization
6. Assess the current Service Quality
7. Identify Problem Areas
8. Set Goals for these Areas

9. Reward and recognise achievements

10. Measure Improvements (etwas weniger ausführlich auch bei Bruhn 1998c, 712)

Die Mitarbeiter haben, ist der interne Marketing – Ansatz mit dem dezidierten Einbezug von Service Leistungen im Sinne dieser Arbeit eingeführt und wird gelebt, eine gute Grundlage und ein prinzipielles Verständnis für den zu verfolgenden strategischen Ansatz der Differenzierung über Value Added Services und die notwendigen Verhaltensweisen gelernt⁶⁵ und internalisiert. Was nach innen gelebt wird, kann nicht nur auch nach aussen gelebt werden, sondern auch überzeugend vertreten werden. Nach Bruhn (a.a.O. 719) ist der SERVQUAL – Ansatz eine geeignete Methode um die interne Servicequalität zu überprüfen und zu optimieren. Dies sollte auch für die Value Added Services zutreffen.

Anreiz – Programme für Mitarbeiter (siehe oben) können den Implementierungsprozess stützen und beschleunigen, z.B. durch Wellness und Präventionsprogramme als Programme des internen Marketings für Spitäler (Busbin et al. 1991, 131 – 148). Diese Wellnessprogramme sollten in ähnlicher Form wie von Andrus, Paul und Michaud (1995, 63 ff) für externe Dienstleistungsfirmen vorgeschlagen, designt und angeboten werden. Dies führt v.a. dann zum Erfolg der Partizipation, wenn diesen Mitarbeitern glaubhaft gemacht werden kann, dass der Nutzen dieser Wellnessprogramme (gesteigerte Moral, Produktivität, Loyalität, Minderung des Jobstresses, reduzierter Absentismus und daraus resultierende Kosten, sowie weniger Management Konflikte) tatsächlich eintritt (Andrus, Paul und Michaud 1995, 73).

5.1.2 Barrieren

Gilbert und Parhizgari haben ein empirisch gestütztes Messzahlen Set entwickelt und getestet, welches Indikatoren der internen Strukturen und Prozesse – also das interne Marketingsystem abbildet, welche für die Dienstleistungsqualität wichtig sind. Dabei haben alle Indikatoren mindestens eine Reliabilität von alpha = 0.7 und mehr

⁶⁵ Vgl. auch Kühnle 1999 zum Thema und den unterschiedlichsten Ansätzen und Modellen der Lernenden HealthCare Organisation

(mit Ausnahme von pay and benefits, welche nur über $\alpha = 0.605$ verfügt). Grossenteils überschneiden sich die Indikatoren mit den notwendigen o.g. Voraussetzungen für ein funktionierendes internes Marketing und bestätigen somit obiges Modell von Bansala, Mendelsonb und Sharma 2001:

1. Importance of the mission

Measures the perceived clarity of organizational purpose and the degree to which the employees view the organizational purposes to be important.

2. Supportive policies toward the work force

This dimension measures the extent to which the work force believes the organization treats its employees fairly and genuinely cares about the employees' welfare. It demonstrates the degree to which the employees think the organization is committed to them as valued .

3. Appropriateness of the organizational design

This measure identifies the degree to which the organization is bound by red tape and other bureaucratic mechanisms that are perceived to impede timely decision making to serve the customer.

4. Working conditions

This effectiveness criterion identifies the quality of the organization's environment. Organizations facilitate quality performance by assuring the work force adequate facilities and supplies and providing a safe and healthy place in which to work.

5. Pay and benefits

This dimension measures the degree to which employees report their pay and benefits to be good when compared with those of employees elsewhere.

6. Positive supervisory practices

This measure identifies the extent to which employees view their supervisors to be providing positive training, coaching, involvement, team work and direction enabling the employees to perform effectively.

7. Work force loyalty and pride

This dimension identifies the degree to which employees demonstrate loyalty and pride in their work and toward the organization.

8. Operational efficacy

This is a measure of both efficient and effective operational practices. It

parallels the characteristics of just-in-time practices of quality focused organizations.

9. Customer oriented behavior

This criterion identifies the extent to which customer focused behavior is practiced both internally, within the organization, and with the organization's external customers (Gilbert und Parhizgari 2000, 48 f).

Viele Unternehmen des Dienstleistungssektor scheinen nach Szramka und Thiele (1993, 39f) den herausragenden Stellenwert von Serviceleistungen im Rahmen einer ganzheitlichen Problemlösung noch nicht antizipiert zu haben. Hierfür sind nach o.g. Autoren folgende Gründe denkbar, die der Kategorisierung „inhaltlich-konzeptionelle, resp. personell-kulturelle Barrieren nach Bruhn (a.a.O. 722 ff) zugerechnet werden können.

- ein schwach ausgeprägtes oder gar fehlendes markt- und kundenorientiertes Management;
- eine fehlende Integration der Markt- und Kundenbedürfnisse;
- eine nur schwache Tendenz zu einem Angebot von individuellen Problemlösungen (ausserhalb der Kernleistung);
- eine fehlende oder nur ungenügende Analyse der/des relevanten Marktstruktur/ Marktverhaltens mit all seinen/ihren Determinanten;
- die damit zusammenhängende Unfähigkeit Erfolgspotentiale durch angepasste Strategien in Wettbewerbsvorteile und damit in Unternehmenserfolg zu transformieren;
- sowie eine negative Begriffsbelegung des Service in der Unternehmenskultur (Service als notwendiges Übel).⁶⁶
- Hinzu tritt im Gesundheitswesen noch die Konzentration der Health Professionals auf das Kerngeschäft, dessen Qualität und Outcome, sowie eine Managementdominanz dieser Professionen.

⁶⁶ Positivbeispiele sind aber nicht nur in Krankenhaussektor zu finden, sondern auch bei anderen Einrichtungen mit öffentlich – rechtlicher Tradition. Z.B. der Ärztekammer für die Steiermark, welche in Ihrem Leitbild unter Punkt 5 schreibt: „Die Ärztekammer ist als flexible am Mitglieder - Einzelnutzen orientierte Service-Kammer organisiert und erbringt Leistungen, die den Ärzten individuell Erfolg und Erfüllung im Beruf ermöglichen.“ (<http://www.aekstmk.or.at/allgemeines/leitbild.htm> am 05.03.2005)

- Einer nach Bruhn (a.a.O. 723) nur partiellen Umsetzung des Konzepts und der damit verbundenen Problematik der Erfolgzurechnung und –kontrolle.

Bruhn (a.a.O.) ergänzt eine dritte Art der Barriere, die Organisatorisch-strukturelle Barriere, die aus folgenden zwei Punkten besteht: Zuständigkeits- und damit Schnittstellenprobleme zwischen Marketing und Personal (das das Konzept übergreifend aufgebaut ist und auch so wirken soll) und zweitens das Streben nach zu schnellen Fortschritten. Internes Marketing braucht nach Bruhn seine Zeit und ist ein kontinuierlicher Prozess. Quantensprünge sind nicht zu erwarten. Letzter Punkt ist aber weder belegt, noch begründet und scheint mir deshalb sehr vorsichtig formuliert zu sein. Wie Beispiele, z.B. bzgl. Turnaround Projekten im Gesundheitswesen zeigen, kann man mit TQM Konzepten sehr schnell gute Erfolge erreichen.

Die unternehmensseitigen Probleme sind somit einerseits normativ-strategischer andererseits aber auch operativer Natur und betreffen alle drei Aspekte.

Wie beim Thema Qualitätsmanagement auch (vgl. z.B. Ovetveit 1997, 230 f) ist es essentiell, dass die Verantwortlichen für Service / Servicequalität selbst mit guten Beispiel vorangehen und auch intern demonstrieren und praktizieren, was sie von den Mitarbeitern und Kollegen einfordern. Dabei wird es auch entscheidend sein die ärztliche Profession für den Ansatz der Servicequalität zu begeistern und zu überzeugen, denn wie beim Thema Qualität steht und fällt auch hier alles mit den Ärzten, denn Sie sind Hauptkontakthalter zu Schlüsselkunden.

5.2 Normatives Management von Value Added Services

5.2.1 Serviceverfassung, -politik und –kultur

Nach Hamel (2000) kann beobachtet werden, dass in fast jeder Branche Unternehmen dazu neigen ihre Strategien an irgendeiner vom Branchendogma diktierten „zentralen Tendenz“ auszurichten. Dadurch nähern sich Strategien der Marktteilnehmer immer mehr an, weil Erfolgsrezepte schon fast sklavisch kopiert

bzw. imitiert werden (Hamel, 2000, 63). Gefördert werden Angleichungsprozesse nicht nur von dieser zentralen Tendenz, sondern auch von den klassischen Unternehmensberatern. Diese übertragen ihre branchenspezifischen Philosophien, Geschäftspolitiken und Antworten auf die Fragen und Probleme der Branchen rezepthaft von einem Anbieter auf den anderen. Nach Hamel hat dies zur Folge, dass „je stärker die Geschäftsmodelle konvergieren, umso geringer ist die Chance überdurchschnittliche Gewinne zu erwirtschaften (Hamel 2000, 117)“. Bleibt man diesem Mainstream an Geschäftsmodellen, Einstellungen und vorherrschenden Branchenspielregeln treu, ist es nicht möglich ein nachhaltiges Wachstum zu erzielen, oder die Wettbewerbsposition zu verbessern. Hamel empfiehlt deshalb sich von diesen Denkwängen radikal (revolutionär) zu lösen (daher der Titel seines Buches „das revolutionäre Unternehmen“). Da er festgestellt hat, dass der Wettbewerb heute in immer mehr Branchen nicht mehr zwischen Produkten, Dienstleistungen oder Unternehmen stattfindet sondern zwischen Geschäftsmodellen (Hamel 2000, 83), zielt er mit seiner Argumentation auf die radikale Erneuerung bisheriger Geschäftsmodelle ab, indem den Mitbewerbern nicht die Stirn geboten wird, sondern ihnen ausgewichen, d.h. ein neues Spielfeld eröffnet wird. Seiner Meinung sind die wirklich wertschöpfenden Innovationen raffiniert geänderte Geschäftsmodelle, die in der Lage sind dem Kunden einerseits eine neue Art von Nutzen zu versprechen, die eigene Branche mit einer neuen Wettbewerbssituation zu konfrontieren und den Investoren andererseits sehr gute Ertragschancen zu suggerieren. Die Idee nicht die Konfrontation mit den Wettbewerbern zu suchen, sondern eine neue Arena zu eröffnen, „diese Strategie basiert auf Umgehung, nicht auf Angriff. Der Schlüsselgedanke der dahinter steckt: Was sich nicht von der Konkurrenz unterscheidet, ist nicht strategisch“ (Hamel 2000, 87).

Es ist nicht einfach, wenn nicht gar unmöglich ein komplett neues Geschäftsmodell zu entwickeln und zu implementieren als stationäre Einrichtung der Gesundheitsversorgung in einem hochreglementierten Markt und mit mehrheitlich öffentlicher Trägerschaft, aber richtig ist sicherlich Hamels Hinweis sich zu differenzieren. Value Added Services bieten diese Chance im deutschsprachigen Raum sicherlich noch auf längere Zeit, allerdings ist diese Differenzierung auch mit „herkömmlichen Qualitätsleistungen“ (aber auch z.B. mittels Architektur⁶⁷) derzeit

⁶⁷ Die Pyramide der EuromedClinik in Fürth, aber auch z.B. die schon wesentlich ältere Klinik Pyramide am See in Zürich nutzen ihre ungewöhnliche Krankenhausarchitektur als Differenzierungsmerkmal (vgl. z.B. Wünsche 2001, 66 ff)

möglich. Dies gilt solange, als dass die Kerndienstleistung als auch das dazugehörige Verhalten weder sinnhaft und verständlich gemessen, noch die vorliegenden Daten (siehe z.B. BQS (D), IQIP (A) oder Verein Outcome (CH)) transparent und dem einzelnen Leistungserbringer öffentlich zuordenbar sind⁶⁸. In einem mehr oder weniger vollkommenen Markt sind die Kunden sowohl als Konsument als auch als Teil einer Wertschöpfungskette je länger je weniger bereit auf höchste Qualität zu verzichten. „Buyers’ expectations and tastes have been changing quickly as fewer and fewer people are willing to accept anything less than first-class in their lives, from the products they buy and the services they use to the working practices of which they are a part (Feigenbaum u. Feigenbaum 2004, 27)”. Herkömmliche Qualitätsinitiativen mit der Konzentration auf Fehlerlosigkeit und damit auf Kundenzufriedenheit genügt heute in einem solchen Umfeld für nahezu alle Lebensbereiche nicht mehr. „Defect reduction has become an entry level requirement for effective quality improvement initiatives. Companies must build their quality programs throughout the customer value chain by integrating and connecting all key quality work processes. This integration uses the full strength of the company and its suppliers to increase the value of the number of things that go right for customers in terms of performance, service, design and economy (2004, 26)”. Mit dieser Aussagen stützen diese Autoren nicht nur das Kano`sche Modell der Dienstleistungsqualität (siehe oben), sondern auch das vorliegende Value Added Services Paradigma. Basisleistungen alleine werden vom Markt nicht mehr honoriert. Darauf muss die Service Verfassung, die Servicepolitik und die Servicekultur ausgerichtet werden.

⁶⁸ Auch die zertifizierte Qualität nach KTQ in Deutschland, VQG/Sanacert in der Schweiz oder das von Hauke et al. 2000 vorgeschlagene Zertifizierungssystem für Österreich werden vorläufig diese Daten nicht erbringen können, sondern nur eine weiteres „Gütesiegel“ im Eingangsbereich der Spitäler sein (wenngleich alle drei wahrscheinlich doch einen Anteil an der vierten Qualitätsdimension – der Qualitätsentwicklung – leisten).

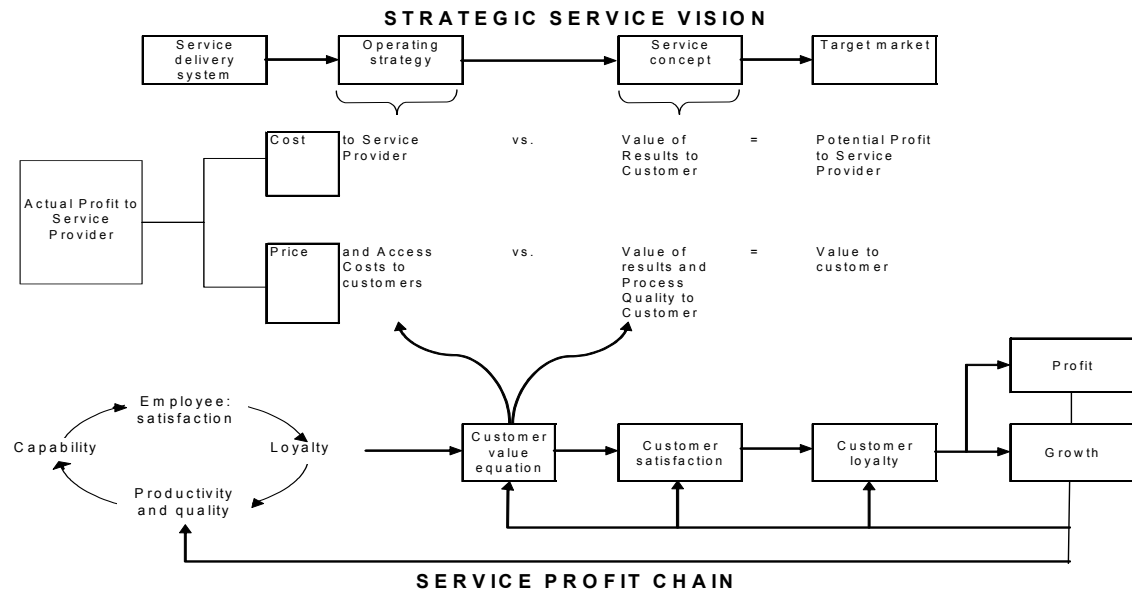


Abbildung 66: The Value Equation as "Conceptual Link" between the Strategic Service Vision and Service Profit chain nach Heskett et al. 1994, 164 ff

Obwohl die Value Equation von Heskett et al. auf das klassische Dienstleistungsmanagement ausgerichtet ist, scheint sie auch für das Servicemanagement in oben genannten Sinne anwendbar. Im oberen Teil der Abbildung, der „strategic service vision“ ist einzig die Variable „price“ aus Kundenperspektive tatsächlich variabel. Einerseits kann der Preis tatsächlich gleich null sein, indem die Serviceleistung kostenfrei an ausgewählte Kunden abgegeben wird (somit ist auch der Zugang zu dieser Serviceleistung variabel, denn der Anbieter – das Spital - wählt die potentiellen Empfänger nach eigenen Kriterien aus). Andererseits kann mittels „bundeling“ von unterschiedlichen Kernleistungen und Serviceleistungen versucht werden einen höheren Preis zu erzielen als die Wettbewerber.

5.2.2 Exkurs in die Preispolitik von Serviceleistungen

Unter dem Management von Kundenbindung + Loyalität versteht man die systematische Analyse, Planung, Durchführung sowie Kontrolle sämtlicher auf den aktuellen Kundenstamm gerichteten Massnahmen mit dem Ziel, dass diese Kunden auch in Zukunft die Geschäftsbeziehung aufrechterhalten oder intensiver pflegen.

Ein Unternehmen besitzt verschiedene Möglichkeiten der Kundenbindung. So kann es durch vertragliche, technisch- funktionale, ökonomische oder emotionale Bindungen einen Marken- oder Herstellerwechsel versuchen zu verhindern. Das Anbieten von Serviceleistungen ist eine weitere Möglichkeit. Diese können für den Kunden kostenfrei oder kostenpflichtig erbracht werden.

Insgesamt gibt es vier Gründe für eine sensible Preispolitik im Servicebereich:

1. Freiwillige Serviceleistungen werden vom Kunden häufig als kostenlose Nebenleistung erwartet.
2. Pre- und After-Sales-Service⁶⁹ beeinflussen direkt das Produkt- und Herstellerimage.
3. Der Pre-Sales-Service dient der Kontaktherstellung, Problemsensibilisierung, Interesseweckung und Anbahnung des Kaufs. Verfrühte Preisforderungen können den Kunden abschrecken.
4. Der After-Sales-Service entscheidet massgeblich über die Wiederkaufwahrscheinlichkeit der Kunden und damit über die zukünftigen Umsätze eines Herstellers.

Die grundsätzliche Frage ob eine sensible Preispolitik im Servicebereich kostenlos sein muss, muss mit einem klaren Nein beantwortet werden: Dies aus folgenden Gründen:

- Freiwillige Serviceleistungen sollten nur dann kostenlos angeboten werden, wenn sie (i) eine nachweisbare Wirkung auf die Kundenbindung (Kauf-/Wiederkaufwahrscheinlichkeit) aufweisen oder (ii) durch einen Produktmehrpriis gedeckt werden.
- Kleinere Serviceleistungen im Pre-Sales-Service (z.B. Kaufberatung) werden deshalb häufig kostenlos angeboten, weil sie deutlich die Kaufwahrscheinlichkeit des Kunden beeinflussen.
- Der Umfang der Pre-Sales-Service-Leistungen (Planung / Projektierung/Kostenvoranschlag) und die Auswirkungen auf die Kaufwahrscheinlichkeit entscheiden über Preisforderungen im Pre-Sales-Service.

⁶⁹ Unter Pre Sales Service wird in der Industrie i.d.R. ein kaufmännischer Kundendienst vor der Transaktion verstanden, während der After Sales Service i.d.R. den technischen Kundendienst nach der Transaktion umfasst. Beide, zusammen mit der Transaktion selbst werden auch als System Selling bezeichnet.

- Im technischen Bereich werden die Serviceleistungen im After-Sales-Service immer häufiger kostenpflichtig abgegeben. Ursache ist vor allem der überproportionale Anstieg der Servicekosten durch erhöhte technische und individuelle Anforderungen an den Kundendienst und wachsende Personalkosten.
- Freiwillige After-Sales-Service-Leistungen sollten nur dann kostenlos abgegeben werden, wenn ihre kostenfreie Erbringung erheblichen Einfluss auf die Wiederverkaufswahrscheinlichkeit oder Kundenbindung ausübt.

Das Relationship Pricing als Instrument der Kundenbindung hat zum Ziel, die Kundenbeziehung in den Mittelpunkt zu stellen. Nicht die Produkte oder Dienstleistungen an sich sollen kostendeckend sein, sondern die gesamte Kundenbeziehung. In Abgrenzung zur kostenorientierten oder konkurrenzorientierten Preispolitik wird beim kundenbindungsorientierten Relationship Pricing i.d.R. eine marktorientierte Preispolitik mit Target Costing betrieben.

Im kundenbeziehungsorientierten Preisansatz gewährt der Anbieter dem Kunden für Standarddienste Preiskonzessionen, die der Kunde durch den Kauf höherer Mengen, Umsätze, Lieferanteile, Treue usw. honoriert. Das Hauptziel dieses Instruments ist, Kunden langfristig an das Unternehmen zu binden. Es geht also nicht darum, kurzfristig Gewinn zu erzielen, sondern es wird vielmehr Wert auf eine, über einen langen Zeitraum hinweg, erfolgreiche Kundenbeziehung gelegt.

Die klassischen Instrumente des Relationship Pricing sind für den „Markt“ Gesundheitswesen, (siehe Kapitel 2.3.1.) nur in bestimmten Kundensegmenten tauglich. Da eine Kundenbeziehung zum Endkunden Patient im Gesundheitswesen i.d.R. sehr fragmentiert und über einen sehr langen Zeitraum hinweg erfolgt, ist dieses Instrumentarium für diese Klientel nur eingeschränkt geeignet. Auch sind die Zahler entweder Patienten als Selbstzahler, Krankenversicherungen (mit diesen ist in eingeschränkten Leistungssegmenten allerdings das komplette Instrumentarium möglich) und in ersten Ansätzen auch Einweiser. Für diese Kunden wie Krankenversicherer oder Zuweiser ist das vorzustellende Instrumentarium hingegen durchaus geeignet. Deshalb ist es nicht nur der Vollständigkeit halber notwendig einen kurzen Überblick über diese Instrumente zu gegeben.

Mengen-abhängiges Pricing	Zeit- und loyaltäts-abhängiges Pricing	Mehrprodukt Pricing	Mehrpersonen Pricing	Sonstige Instrumente
<ul style="list-style-type: none"> • Mengenrabatte • Zweiteilige Tarife • Verbraucherrabatt • Bonus-Programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Treuerabatte • Bonus-programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Paketpreise • Koppel- und Komplementär Produkte • Umsätze aus Folgeprodukten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderform der nichtlinearen Preisbildung z.B. Preisnachlässe für Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Subventionsstrategien und Lockvögel • Preis-Senkungen • Preis- und Leistungs-garantien • Exklusiv-verträge • Raten-geschäfte und Finan-zierungskäufe

Abbildung 67: Relationship Pricing Instrumente in Anlehnung an Bruhn und Homburg 1999, 240

- Mengenabhängiges Pricing:
Preisdifferenzierung erfolgt nach der gekauften Menge
- Mengenrabatte:
Der „angestossene Mengenrabatt“: Dieser Rabatt bezieht sich auf alle Einheiten nach Überschreiten der Mindestmenge
Der „durchgerechnete Mengenrabatt“: Dieser Rabatt bezieht sich auf alle nachgefragten Einheiten
- Zweiteilige Tarife: Gesamtpreis: Grundgebühr + Preis pro nachgefragter Einheiten, Beispiel: Telefentarife
- Verbraucherrabatt: Dieser Rabatt darf 3% vom ausgezeichneten Preis nicht überschreiten und wird auf Waren des täglichen Bedarfs gewährt
Beispiel: Rabattmarken
- Bonusprogramme: Bonusstrategien sollen das zukünftige Kundenverhalten beeinflussen
Beispiel: Vielnutzerprogramme für Dialysepatienten
- Zeit und loyaltätsabhängiges Pricing:

-Vergünstigungen werden in Abhängigkeit von der Dauer der Kundenbeziehung gewährt. Beispiel: Kundenklubmitgliedschaft

- Mehrprodukt Pricing:

- Paketpreise: Produkte werden gebündelt und zu einem Paketpreis angeboten, der unter der Summe der einzelnen Produkte liegt.
Beispiel: Alle Komfortleistungen im Spital
- Rabatte können auch auf Paketkomponenten gewährt werden, die erst nach dem Kauf des „Leitprodukts“ nachgefragt werden.
Pure Bundling: Produkte können nicht einzeln erworben werden
Mixed Bundling: Produkte können auch einzeln erworben werden
- Koppel-/Komplementärprodukte: Mit dem Kauf eines Gebrauchsgutes erklärt sich der Käufer bereit, die Verbrauchsgüter vom gleichen Hersteller zu beziehen. Dies ist oft schon aus Kompatilitätsgründen unerlässlich.
(Beispiel: Drucker + Patronen)
- Umsätze aus Folgeprodukten: Hier bietet der Hersteller ein Produkt, z.B. eine Spezialmaschine, relativ günstig an. Die Gewinne erzielt er durch den Verkauf von Ersatzteilen und Zubehör.
Gefahr: Unzufriedene Kunden, die zwangsweise übertriebene Ersatzteile kaufen müssen
⇒ Kein Aufbau einer langfristigen Kundenbeziehung möglich
(Beispiel: Industriemaschinen, Software Upgrades, Mobiltelefone)

- Mehrpersonen Pricing:

- Hier wird versucht ganze Personengruppen an das Unternehmen zu binden. Beispiel: Friends and Family Tarife, spezielle Flugtarife „Begleitpersonen fliegen zum halben Preis“

- Sonstige Instrumente:

- Subventionsstrategien und Lockvögel: Produkte, die für den Kunden einen hohen Nutzen haben, werden als „Lockvögel“ eingesetzt. Es wird versucht, dadurch a) den Umsatz des aktionierten Produkts zu steigern und b) (Lauf) Kunden, die angelockt wurden, noch zum Kauf anderer Produkte zu bewegen.
- Preissenkungen: Kunden werden durch Preissenkungen „geködert“.
Gefahr: -Preissenkungen kosten sehr viel Geld – Deckungsbeitragsverluste bei loyalen Kunden - Preiskäufer werden angesprochen, die bei Konkurrenzaktionen den Anbieter wechseln
- Preis- und Leistungsgarantien:
 - „Geld zurück“-Garantie: Wird gewährt, falls der Kunde das Produkt woanders billiger angeboten findet. Beispiel: Fielmann
 - Preisgarantien über einen Zeitraum hinweg
 - Ist ein Produkt woanders billiger, kann es zu diesem Preis bezogen

werden

- Leistungsgarantien: Wird ein zugesichertes Serviceniveau nicht erreicht, wird dieses durch eine finanzielle Zahlung kompensiert.
Beispiel: United Parcel Service
Gefahr: Eine unüberlegte Einführung ist mit erheblichen Kosten verbunden
Notwendig ist: Verbesserung der eigenen Leistungsfähigkeit vor Einführung solcher Garantien

- Exklusivverträge: Kunden werden durch den Abschluss langfristiger Verträge an das Unternehmen gebunden. Als Gegenleistung macht das Unternehmen preisliche Zugeständnisse.
Beispiel: Luftfahrt, Boeing (20 Jahre Vertragsbindung)

Häufig ist ein Abschluss solcher Verträge unnötig, da Abnehmer sich auch so loyal verhalten um hohe Wechselkosten, z.B. Schulungen, zu sparen. Verträge mit einer Laufzeit von 5 Jahren sind aber in vielen Branchen verbreitet.

- Ratengeschäfte und Finanzierungskäufe: Hier werden den Kunden Kredite oder andere Finanzierungsformen eingeräumt, ohne die sonst kein Geschäft zustande kommen würde. Ein Unternehmen hat nun die Möglichkeit, ständig mit den Kunden in Kontakt zu bleiben und diesen z.B. über neue Produkte zu informieren. Beispiel: VW Bank

Einige Anmerkungen zur Umsetzung des Relationship Pricing im Spital sollen obige Ausführungen ergänzen: Um dieses Instrument einsetzen zu können ist es notwendig Kenntnis über die jeweilige Preiselastizität der einzelnen Kundensegmente zu haben. Dies ist bisher nur eingeschränkt der Fall. Eine abteilungs- resp. klinikübergreifende kundenorientierte Preisbildung ist dabei unerlässlich. Kleine Unternehmen sind bei der Planung und Implementation oft besser beraten, externe Spezialisten hinzuzuziehen. Einzelne Instrumente müssen auf ihre juristische Zulässigkeit überprüft werden und sind nur gegenüber einzelnen Kunden, resp. nur für spezifische Leistungssegmente einsetzbar. Instrumente der Kundenbindung müssen für den (Privat-) Kunden einfach zu verstehen sein. Ein separates Preiscontrolling ist zwingend notwendig.

Tscheulin und Römer zeigen anhand von konventionellen Wahlleistungen wie diese preisoptimal gestaltet werden können (2004, 175 ff). Die dort vorgeschlagenen Methoden (direkte und indirekte Patientenbefragung, sowie z.B. Conjoint – Analysen

für die Analyse von Teilnutzenwerten) können für die einfachen Standard- und Performance- Leistungen im vorliegenden Sinne verwendet werden.

Füglistaler (2001) gibt nach der kanoschen Kategorisierung einen Überblick über mögliche Preispolitiken:

Zukunftsdienste	Kommerzialisierungs- und Aufbaustrategie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ innovativ ▪ für Kunden neu ▪ kritischer Vorsprung geg. Konkurrenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbau eines attraktiven Dienstleistungsgeschäftes mit neuen Diensten und Kunden, evtl. Koalitionen mit Spezialdienstleistern oder getrennte Dienstleistungssparte
Profilierungsdienste	Verrechnung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ einzigartig ▪ von Kunden geschätzt ▪ von Konkurrenz vernachlässigt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundling durch höhere Gesamtpreise ▪ integrierter Goodwill ▪ Entkoppelung der Preise und Wahlmöglichkeiten für Kunden
Standarddienste	Rationalisierung und Selektion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ vom Kunden vorausgesetzt ▪ im Markt etabliert ▪ von Konkurrenz verschenkt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostensenkung (Outsourcing) ▪ Leistungsselektion ▪ modulares Dienstleistungssystem ▪ Kundenselektion (Leistungsdelegation an Kunden)

Abbildung 68: Preisgestaltung für Dienstleistungen (nach Füglistaler 2001)

Ein Sonderfall des Pricing stellen die sogenannten Lockvögel dar, auf die nun etwas ausführlicher eingegangen werden soll. Grötter (2003) zeigt u.a. auf, dass Unternehmen durchaus von der Verhaltensforschung aus dem Tierreich lernen können, denn diese bestätigen Erkenntnisse der Psychologie zum Verhalten von Menschen. Sie tun dies, indem sie u.a. deren Erkenntnisse für die Preisgestaltung ihrer Produkte und Dienstleistungen nutzen. Denn die Handlungen des Menschen sind nicht nur rational gesteuert (homo oeconomicus), sondern in vielen Fällen emotional und / oder mehr als irrational.

So ist seit langem bekannt, dass z.B. Anleger, welche auf teure Aktien gesetzt und diese gekauft haben, welche dann aber stark fallen, diese trotzdem behalten auch wenn der Kurs in absehbarer Zeit nicht steigen kann. Diese Personen erklären Ihr Verhalten (v.a. sich selbst gegenüber) dann mit verdrehten und falschen Argumenten um ihr eigenes Verhalten zu rechtfertigen (z.B. „ich betrachte dies eh als langfristiges Engagement“). Und dies obwohl Anleger nach Tversky und Kahneman⁷⁰ (1979) i.d.R. durch die Eigenschaft der „Verlust-Aversion“ gekennzeichnet sind (d.h. ein Verlust schmerzt deutlich mehr als ein gleich grosser Gewinn freut).

Für den vorliegenden Fall aber ist eine andere Art Irrationalität entscheidend: Menschen lassen sich von Lockvögeln „verführen“.

⁷⁰ Nobelpreis 2002 (Economics)

Diese sogenannten „**decoys**“ (irrelevante Alternativen), sind Produkte oder Dienstleistungen welche auf den Markt gebracht werden, damit sie niemand kauft, deren Aufgabe es aber ist den Absatz anderer Produkte zu fördern. Sie tun dies, indem sie den Preis oder die Qualität der anderen Produkte / Dienstleistungen / Services relativieren.

Die Beurteilung von Produkten / Dienstleistungen oder Service durch einen potentiellen Verbraucher / Kunden kann nach dieser Theorie nur nach relativen Massstäben erfolgen und nicht nach absoluten, da eine vollkommene Bewertung nicht möglich ist, bzw. den Kunden / Konsumenten überfordern würde. Er neigt deshalb bei ähnlichen Angeboten – genau wie Beispiele aus dem Tierreich auch dazu, in die Mitte zu greifen – und zu relativieren. Nach Grötter (2003) ist es schon seit den fünfziger Jahren bekannt (durch Maurice Allais), dass Menschen gegen die Grundaxiome der ökonomischen Rationalität verstossen, wenn sie Lockvögeln erliegen. Diese Ergebnisse wurden in den achtziger Jahren bestätigt und sind heute gang und gäbe – ohne dass der Kunde davon etwas merkt. Diese Lockvögel, welche v.a. preislich immer oberhalb des bisherigen Topangebotes angesiedelt werden, haben die Eigenschaft den Absatz der bisherigen Produkte fördern zu können und insgesamt den Umsatz erhöhen zu können.

Wenn also eine Serviceleistung bisher kostenfrei erbracht wurde ist es

- a) durchaus denkbar für diese Geld zu verlangen, wenn sie nachgefragt wird
- b) sinnvoll diese in drei unterschiedlichen Preissegmenten anzubieten, wobei das teuerste davon den Lockvogel spielen soll und v.a. die Leistung welche preislich in der Mitte liegt fördern soll.

Aktuelles Beispiel für das Wirken dieser Decoys ist der V-100 Treibstoff der Marke Shell – dieser fördert v.a. den Absatz von Super bleifrei mit 98 Oktan in Deutschland (hier wurde bisher 91, 95 und 98 oktantes Benzin angeboten, wobei 91 oktantes Benzin in Zukunft nicht mehr angeboten werden soll), oder z.B. der Schweiz (bisher 95 und 98 oktantes Benzin auf dem Markt).

Tversky und Kahneman (1991) schreiben, dass “much experimental evidence indicates that choice depends on the status quo or reference level: changes of

reference point often lead to reversals of preference." Entscheidungsträger evaluieren Situationen, während sie gleichzeitig berücksichtigen wie sie die Situation vorgefunden haben (Referenzbezogenheit) und wie sie sich entwickelt⁷¹. Es macht also einen recht grossen Unterschied, ob man etwas abwählen oder zuwählen muss. Die Referenzbezogenheit ist somit für den Anbieter von Serviceleistungen, v.a. wenn diese entgeltlich angeboten werden, von hoher Bedeutung. Ist die Referenz (der sogenannte „default“, also Standard, Norm) beim Einchecken ins Spital ein voller Service (z.B. ähnlich einer Vollkasko Versicherung), man aber mit einem Kreuzchen aber auf eine reduzierte Auswahl (ähnlich einer Teilkasko Versicherung) wechseln kann, werden sich nach o.g. Theorem bei genau gleichen Rahmenbedingungen viel mehr Patienten für einen vollen Service entscheiden als für ein reduziertes Paket, für das man sich durch eigenes Ankreuzen entscheiden muss.

Seit Ende Juli 2001 ist das bisher in Deutschland geltende Rabattgesetz abgeschafft. Das aus dem Jahr 1933 stammende Gesetz, das Beschränkungen bei Preisnachlässen auf 3 % limitierte und mittels Zugabeverordnung auch Zusatzgeschenke beim Kauf auf Kleinigkeiten limitierte, hatte den Zweck den Verbraucher „vor einer Irreführung über Preis und Angebot zu schützen und eine Verrohung der Wettbewerbssitten zu verhindern“ (vgl. Scharmann / Poganatz 2001). Das Gesetz galt für Produkte als auch für Dienstleistungen.

Das heisst, dass es nun auch in Deutschland möglich ist, Dienstleistungen anzubieten und diese mit einem „Add on“ anzureichern. Dieses „Add ons“ können dann in Anlehnung an Shomaker (siehe Kap. 3.5) optimiertere Dienstleistungen als Teil des klassischen Marketingmixes sein, weiterführende Dienstleistungen als Kerndienstleistungsergänzende und begleitende Serviceleistungen, aber auch Leistungen welche das Gesamtsystem optimieren indem sie Prozesse des Kunden unterstützen.

5.2.3 Die Kultur einer Organisation

Jede Gesellschaft zeichnet sich durch eine ihr eigene Kultur aus. Auch Organisationen innerhalb einer Gesellschaft haben eine Kultur, eine eigene Kultur.

⁷¹ Dabei reagieren sie unterschiedlich auf negative (Verlust) oder positive (Gewinn) Veränderungen (siehe auch oben – „loss aversion“).

Sie kann als Subkultur verstanden werden. Diese kann nicht isoliert betrachtet werden da sie stark von der Kultur der Gesellschaft beeinflusst wird. Auch sollte man nicht davon ausgehen dass in einer Organisation eine einheitliche Kultur vorherrscht, auch hier gibt es Subsysteme mit Subkulturen die je nach Aufgabe der Organisationseinheiten stark voneinander abweichen können. Diese können verträglich, verstärkend oder kontraproduktiv gegenüber der übergreifenden Kultur sein.

Die Kultur einer Organisation „stellt ein Muster aus Werten, Normen, Annahmen, Deutungen, Gefühlen und Verhalten dar“ (vgl. u.a. Klimecki / Probst, 1990, S.42).

Eine formale Definition gibt Bleicher. Er versteht unter der Kultur eines Unternehmens die kognitiv entwickelten Fähigkeiten und die affektiv geprägten Einstellungen der Mitarbeiter zu ihren Aufgaben, ihren Produkten, ihren Kollegen und ihrer Führung sowie zu ihrer Unternehmung in deren Gestaltung von Wahrnehmungen und Vorlieben gegenüber Ereignissen und Entwicklungen (vgl. Bleicher, 1992, S.154). Guntern bezeichnet die Unternehmenskultur als die „soft issues, the hardest facts in human systems“ (Droeven, 1995, S.49).

5.2.3.1 Führungsfunktionen der Kultur einer Organisation

Kultur führt zur kollektiven Programmierung menschlichen Denkens. Sie wirkt quasi als Autopilot. Sie ist implizit, geistig, teilweise unbewusst und meist nicht direkt sichtbar.

Bleicher sieht die wichtigsten Führungsfunktionen der Kultur einer Organisation, einer wertorientierten Führung, in der strategischen Steuerung über Visionen und Missionen, in der weichen, qualitativen Steuerung, der informellen Führung und als zentrales Element der Selbststeuerung. Anders ausgedrückt und sicher etwas verständlicher kann die Kultur einer Organisation als indirekte, informelle und ganzheitliche Steuerung („Unsichtbarer Manager“), als Interpretation, Legitimation und Stabilisierung von Entscheidungen („Unsichtbarer Helfer), als undokumentierte strategische Grundorientierung („Hinterkopfstrategie“), als Personalentwicklung und Verhaltensmodifikation („Unsichtbarer Mentor“) und als Selektor von Bezugsgruppen („Unsichtbarer Kooperationspartner“) dienen (vgl. Bleicher 1993, S. 134).

Zusammenfassend betrachtet kann man der Kultur einer Organisation eine Integrations-, Koordinations-, Motivations- und Identifikationsfunktion zusprechen.

5.2.3.2 Genese

Die Entstehung einer Unternehmenskultur wird wesentlich von den Führungskräften der Unternehmung geprägt. „Dies beginnt beim Gründer, der seine Visionen, Werte und Normen in einem Stadium, in dem eine eigentliche Unternehmenskultur noch gar nicht existiert, einer Unternehmung einhaucht“ (Bleicher, 1992, 156). In den fortschreitenden Stadien der Organisationen werden die Kulturen dann stark von den Verhaltensweisen der Führungskräfte bestimmt. Diese Verhaltensweisen bilden die primären Elemente der Kulturprägung. Mitarbeiter glauben an ihre Inhalte und richten in einer Art Automatismus ihr Verhalten an ihr aus. Verstöße werden untereinander geahndet. Neu hinzutretenden Mitarbeitern werden die impliziten Werte der Unternehmenskultur vermittelt, diese nehmen sie auf und geben sie ebenfalls weiter. Dies geschieht nicht zwangsläufig bewusst. Aber es geschieht sicherlich. Jedes

soziale System verfügt über Kultur unabhängig davon ob dies dem System bewusst ist oder nicht.

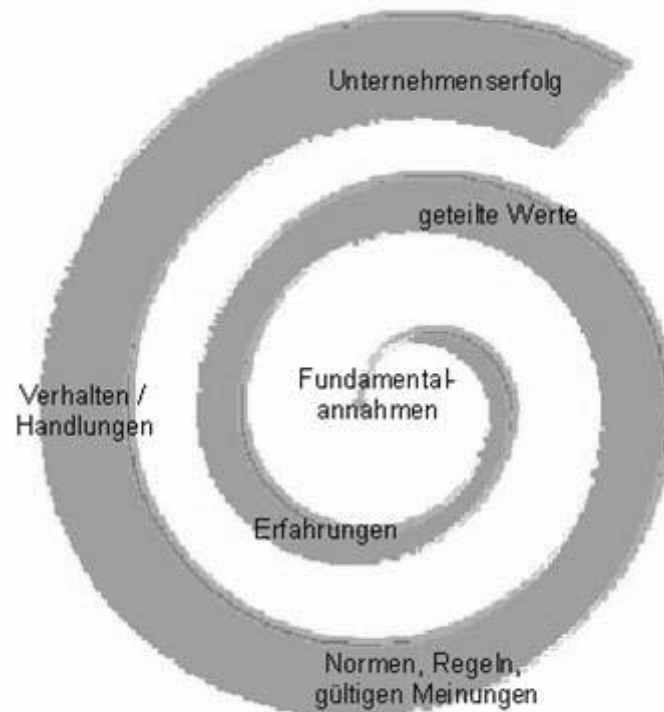


Abbildung 69: Spirale der Unternehmenskulturentwicklung in Anlehnung an Gagliardi (1986)

5.2.3.3 Entwicklung und Veränderung

Unternehmenskultur wird nicht nur durch den gesellschaftlichen Wandel, also von aussen und von Führungskräften weiterentwickelt, auch wenn ihnen eine exponierte Stellung hierbei zukommt, sondern ebenfalls von den Mitarbeitern. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Zugehörigkeit der Mitarbeiter zu einer Organisation besonders lange andauert und sich ihre Zusammensetzung durch ein besonders hohes Mass an Homogenität auszeichnet. Auch besondere Erlebnisse die gemeinsam durchgestanden werden wirken stark kulturprägend.

Aus den Dimensionen Raum, Zeit und Intensität können nach Bleicher folgende besonders kulturprägende gestalterischen Massnahmen abgeleitet werden:

- kleinere, räumlich zusammenhängende Organisationseinheiten
- kontinuierlich zusammenarbeitende Gruppen mit geringer Fluktuation
- Beförderung aus den eigenen Reihen
- Kontinuität starker Führerschaft.

Bewusste Veränderungen der Unternehmenskultur stossen zumeist auf Widerstände. Erfolg kann ein solches Ansinnen nur haben, wenn die Mitarbeiter selbst an deren Entwicklung beteiligt sind und / oder deren Sinn den Mitarbeitern frühzeitig vermittelt wird. Auch hierbei spielen die Führungskräfte, vor allem einflussreiche Führungskräfte eine entscheidende Rolle, denn sie haben eine besondere Vorbildrolle.

Für die konkrete Situation der bewussten Kulturveränderung ist es sicherlich wichtig zu wissen, dass sich die Unternehmenskulturen im deutschsprachigen Raum eher langsam entwickeln. Schnelle Anpassungen oder drastische Massnahmen entsprechen dieser Mentalität nicht, „die zu viel Respekt hat vor Traditionen und gewachsenen Strukturen, die viel zu gründlich, ordnungsliebend und konservativ-bewahrend ist, als dass sie schnelle, risikofreudige Veränderungen zuliesse“ (Wever, 1990, 119).

Empirische Befunde weisen allerdings darauf hin, dass diese träge Entwicklung sehr wohl auf eine hohe Geschwindigkeit gebracht werden kann, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend gestellt sind. Weber (2003) zeigt dies eindrucksvoll anhand des Beispiels „Treuhandanstalt“.

Zu treffende Massnahmen einer Kulturveränderung sollten immer an den strategisch relevanten Dimensionen, den ökonomischen und humanen Potentialen und den Strukturen von Organisation und Managementsystemen ansetzen. Nur mit ihrer widerspruchsfreien Integration kann eine starke Unternehmenskultur entstehen, die „als unternehmenspolitisches Fundament einer erstrebten strategischen Stossrichtung in der Unternehmensentwicklung wirkt“ (vgl. Bleicher, 1992, 159).⁷²

Die Managementlehre geht davon aus, dass sich das Führungsinstrument der Organisationsentwicklung, das ja im Regelfall von einer doppelten Zielsetzung

⁷² Zu praktischen Ansatzpunkten für eine Kulturveränderung vergleiche Bleicher, 1992, 160

bestimmt wird (Steigerung der Effizienz und der Humanität), nur erfolgreich sein wird, wenn neben der individuellen Verhaltensänderung vor allem der Wandel der Organisationskultur erfolgt. Kern aller Überlegungen und aller Handlungen sind somit Massnahmenpakete, wie Peter Drucker in seinen Werken immer wieder unterstrichen hat, um: „Menschen in die Lage zu versetzen, als Gruppe eine Leistung zu erbringen, indem man ihnen gemeinsame Werte und Ziele, die richtige Organisationsstruktur sowie kontinuierliche Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten gibt.“

5.2.3.4 Elemente der Kultur und ihre Funktion

Um die Kultur einer Organisation erfassen zu können, muss man ihre Elemente analysieren. Tut man dies, stösst man auf Symbole, die der Mensch entwickelt und gebraucht um die von ihm wahrgenommenen Faktoren wie Werte und Normen in abstrakter Form zu speichern und sie bei Bedarf als verhaltensdefinierende Kraft zu leben und weiterzugeben. Diese Fähigkeit ermöglicht es dem Menschen, Dinge und Erlebnisse mit Sinn zu belegen und zu Reaktionen werden zu lassen; und dies ohne direkten und bewussten Auslöser. Durch Symbole verknüpft der Mensch einen Sinnbereich mit einem Sachbereich (vgl. Kasper, 1987, S. 45).

Schein (1985) unterscheidet zwei Arten von Elementen. Die primären Elemente, die unmittelbar von den Organisationseinheiten auf die Subkulturen einwirken, und die sekundären, die „über die Gestaltung von Leitlinien und Rahmenbedingungen mittelbar und eher tendiert über gesamthafte Kulturmodelle auf gesamthafte Orientierung am Unternehmen oder ihre wesentlichen Bereiche einwirken“ (vgl. Bleicher, 1991, S. 151).

Die folgende Abbildung fasst diese Elemente bzw. Symbole und ihre Funktionen zusammen, wobei die sekundären Elemente kursiv dargestellt werden.

Typen	kommunikations-orientiert	handlungs-orientiert	objekt-bezogen
Funktionen	<i>Mythen</i> <i>Stories</i> <i>Slogans</i> <i>Witze</i> <i>Glaubenssätze</i> <i>Mottos</i> <i>Leitsätze</i> <i>Sprachregelungen</i> <i>etc.</i>	Rituale Zeremonien Tabus Pausenregelungen Festessen Planungsabläufe Jubiläen Beförderungen <i>etc.</i>	Statussymbole Logos <i>Architektur</i> <i>Organisationsstruktur</i> <i>Informationssysteme</i> Abzeichen Kleidung <i>Braschüren</i> <i>etc.</i>
Sinn- vermittlung	Symboltypen mit instrumentalem Gehalt Ziel: Mittel zur Erfüllung der Unternehmensaufgaben (Aufgabenorientierung)		
Sinn- verstärkung			
Sinn- veränderung			

Abbildung 70:Kulturelemente und Ihre Funktionen (nach Scholz, 1990, S.28)

Als ein Beispiel für ein Kulturelement welches sofort ins Auge fällt, sei das Erscheinungsbild von Mitarbeitern genannt. Nach PZB (1992) – siehe Kapitel 3.4.1 - gehört auch das äussere Erscheinungsbild der Mitarbeiter zum Themenkomplex „tangibles“. Hier sind unterschiedliche Einstellungen und „Trageweisen“ denkbar. So achten z.B. die Mayo Kliniken darauf, dass das Signal das Ärzte durch ihr äusseres Erscheinungsbild und ihre Kleidung an Patienten und Angehörige (aber auch Kollegen und Mitarbeiter) senden Professionalität und fachliche Kompetenz zum Ausdruck bringt. Ausser im Operationssaal tragen sie smarte Geschäftskleidung – und keine weissen Kittel oder Poloshirts (Berry und Bendapudi 2003 a, 31). Anders z.B. im Hamburger Heidekrankenhaus. Hier trägt der leitende Arzt im Geburtsvorbereitungskurs ein weisses Poloshirt (mit eingesticktem Pinguin, sowie Titel und Namen). „Der fehlende weisse Kittel signalisiert: Hier wird fachlich kompetent gearbeitet – aber nicht kalt distanziert.“ (Spiewak 2003).

5.2.3.5 Dimensionen der Kultur einer Organisation

Als Dimensionen der Unternehmenskultur können z. B. die Kunden-, Mitarbeiter-, Leistungs-, Innovations-, Kosten-, Unternehmens-, Technologie-, und Qualitätsorientierung, sowie Homogenität, Ausprägung von Subkulturen, Flexibilität und der Entwicklungsstand von Organisation und Führung angesehen werden (vgl. z.B. Pümpin et al. 1985, S. 42). Dabei ist zu beachten dass sich die einzelnen Dimensionen aus vielfältigen Einzelmerkmalen zusammensetzen. Diese eher deskriptive Orientierung an Merkmalen scheint m.E. nicht sinnvoll zu sein, obwohl sich der Grossteil der Literatur in diesen Schemata bewegt. Treffender, weil umfassender erscheint das bei Bleicher zu findende Analyseraster. Er unterscheidet vier Dimensionen in der Unternehmenskultur und differenziert diese weiter.

Die Offenheit der Unternehmenskultur

Die Differenziertheit der Unternehmenskultur

Die Kulturprägende Rolle der Führung

Die Kulturprägende Rolle der Mitarbeiter (vgl. Bleicher 1992, S. 166)

5.2.3.6 Die Organisations - Kultur des Krankenhauses / Teilbetriebes

Aus der organisationstheoretischen Perspektive betrachtet, kann als gesichert gelten, dass die Fähigkeit einer Organisation in einer sich ändernden Umwelt handlungsfähig zu bleiben davon abhängt, ob es ihr gelingt, ihre inneren Strukturen auszudifferenzieren, also Subsysteme zu bilden und diese leistungsfähig zu erhalten. Dabei ist hervorzuheben, dass die Leistungsfähigkeit nicht nur die Summe der Arbeit der Subsysteme darstellt, sondern viel mehr, das Ganze an sich. Neben den Prozessen sind auch die guten Beziehungen dieser Subsysteme untereinander für einen optimalen „FIT“, für eine maximale Leistungsfähigkeit, vonnöten. Den Schnittstellen zwischen diesen Subsystemen kommt bei der Optimierung der Prozesse und Beziehungen (also dem Verhalten zueinander, der Kultur) eine grosse Bedeutung zu (Vernetzung und Verflechtung) (vgl. z.B. Malik 1994, S. 258).

Die Schnittstellen allein zu optimieren reicht allerdings nicht aus, wenn die Subsysteme an sich schon schlecht gemanagt werden.

Der Führung und Leitung, also dem Management, kommt in diesem Prozess die entscheidende Rolle zu. Gerade im Management eines Krankenhauses treten zu den medizinischen, pflegerischen und technischen Funktionen immer mehr die allgemeinen Managementfunktionen hinzu. Dass in einer Organisation der Zukunft nicht nur die Technologieentwicklung, sondern gerade auch die Organisations- und Managemententwicklung einen entscheidenden Beitrag zum Überleben leisten wird ist unbestritten. Dies gilt für alle sogenannten Expertenbetriebe, also auch für das Krankenhaus. Die Organisations- und Managementkultur des Krankenhauses bestimmenden Berufsgruppen, die medizinische, pflegerische und medizintechnische Profession widmen sich meist nur ihrem Leit- und Berufsbild, das klassische Erfolgskriterien und Karrieremuster und Werte aufweist, sie haben ihre eigene Kultur. Die Organisation, deren Entwicklung und Management an sich wird wenig beachtet. Vor allem bei der medizinischen Profession ist ein dieses Verhalten sehr ausgeprägt, denn Managementfunktionen dienen nicht der klassischen Karriereförderung (Güntert 1996). Dies erklärt unter anderem auch das Spannungsverhältnis dieser Berufsgruppen gegenüber der Verwaltung, der ökonomischen Profession, der mit zunehmendem Kostendruck eine immer wichtigere Rolle zukommt.

Zur Integration dieser grundsätzlich auseinanderstrebenden Kulturtendenzen ist es sinnvoll ein Leitbild als Ausdruck der angestrebten Kultur im Krankenhaus zu erarbeiten und zu definieren. Dieses kann / sollte durch differenzierte Subleitbilder weiter ausdifferenziert werden.

5.2.3.7 Das „Organisations – Klima“ als Erkenntnisobjekt und Mittel zur Gestaltung

Organisationsklima ist die Summe geteilter Vorstellungen über das, was in einer Organisation tagtäglich geschieht. Als Stimmungsbild fasst es zusammen, was die meisten Mitglieder der Organisation über Vorgänge, Besonderheiten und Erscheinungsformen ihrer Zusammenarbeit denken und fühlen. Da organisierte

Zusammenarbeit in der Regel wiederkehrende Abläufe, eine definierte Aufgabenteilung und festgelegte Koordination individueller Arbeitsbeiträge beinhaltet, ist das Organisationsklima kein flüchtiges Phänomen. Es reagiert zumeist erst dann, wenn technologische, personelle, soziale oder strukturelle Veränderungen geplant werden oder durchgeführt worden sind, und kann deshalb als Gradmesser für den (psychologischen) Erfolg solcher Veränderungen herangezogen werden.

Organisationsklima ist ein überindividuelles Phänomen. Wird es an Einzelpersonen erhoben, muss beachtet werden, dass nicht solche Sichtweisen, Vorstellungen oder Bewertungen interessieren, die für die Arbeitssituation des Einzelnen typisch sind. Von Interesse ist vielmehr, wie Gegebenheiten beurteilt werden, die für die Organisation als Ganzes typisch sind.

5.2.3.8 Defizite des Objektes „Organisations- Kultur“ im Hinblick auf deren Messbarkeit und Gestaltbarkeit

Neben vielen gemeinsamen Facetten weisen Organisationskultur und Organisationsklima jedoch Besonderheiten auf... (Müller, 1999, 194). Zusammengefasst sind für die Kultur Merkmale konstituierend (siehe oben) die zum selbstverständlichen Gut des Alltags geworden sind, nicht mehr bewusst wahrgenommen und damit auch nur eingeschränkt reflektiert werden. Gleichwohl oder gerade deshalb ist ihr Einfluss äusserst stark.

Organisationskultur ist deshalb nur schwer messbar und nur über einen längeren Zeithorizont gestalt – und entwickelbar (z.B. Schmid, 1995).

Für die Merkmale des Organisationsklimas hingegen wird angenommen, (Müller, 1999, 195) „...dass diese eher bewusst wahrgenommen, reflektiert und von Prozessen kognitiver Informationsverarbeitung begleitet werden.“ Organisationsklima ist damit auch gestaltbar, lenkbar und entwickelbar, d.h. managebar.

Instrumente stehen hierzu ebenfalls zur Verfügung. Zum Beispiel: Das LIDO (Landauer Inventar zur Diagnose des Organisationsklimas) von Müller (a.a.O.), welches auch Eingang in die Diagnosepraxis von Gesundheitseinrichtungen gefunden hat (Ammenwerth et al. 2000 oder Ehlers et al. 2001 für die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg). Das ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) von Ummenhofer et al. 2001 für Operationssäle (am Beispiel des Universitätsspitals Basel). Und im internationalen

Kontext das Team Effectiveness Audit Tool von Bateman und Wilson (2002) für den Down Lisburn Trust des NHS (UK). Diese Instrumente dienen häufig der organisationalen Diagnose – auch als Selbstbewertungsinstrument- und können Klimaveränderungen transparent machen. Diese Instrumente sind i.d.R. ähnlich aufgebaut und umfassen auch ähnliche Dimensionen. Im Folgendem wird das Beispiel von Bateman und Wilson (a.a.O. 216) illustriert. Jede Dimension wird anhand 5 – 10 Merkmalen mittels Likertskala bewertet.

- “Team synergy** - A sense of purpose and identity, which is shared among team members
- Performance Objectives** - There are clear performance objectives which have been established for the team in terms of budgets, work activity or throughput levels and these are monitored on an on going basis
- Skills** - Team members are adequately trained and are competent to do their work and there is flexibility between areas of work
- Use of Resources** - All resources including people, buildings and equipment are used effectively and to their full potential
- Innovation** - The team is constantly looking for ways of improving products and systems of work
- Quality** - There is a high level of customer awareness and standards are identified and monitored”

Im Sinne einer vereinfachten Handhabung der Begriffe soll im Folgenden allerdings weiterhin von Organisationskultur gesprochen werden, da sich der Begriff Organisationsklima in der Betriebswirtschaft – im Gegensatz zur Psychologie nicht durchsetzen konnte.

5.2.4 Value Added Service orientierte Organisationskultur

Meist wird wohl ein Kulturwandel, eine Kulturveränderung notwendig sein um Service Qualität i.S. von Value Added Services in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu entwickeln. Die Servicekultur ist eine Teilkultur der Unternehmenskultur. Sie kann sich Ihrerseits in einzelne Subkulturen (organisationseinheitsbezogen, aber auch professionenbezogen) differenzieren. Wie oben gezeigt, eignet sich der interne Marketing Ansatz gut um Kultur zu einer Servicekultur zu entwickeln. Der Hauptgrund um die Kultur von Einrichtungen des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln liegt darin, die zumeist non-profit oder öffentlich-rechtliche Wertesysteme zu einer nachhaltigen Servicewertesystem zu verändern. Eine durchgehende Service Qualität entsteht erst dadurch, dass der Service langsam – Schritt für Schritt – zu einem integralen Bestandteil des gelebten Wertesystems wird. Unterstrichen werden soll hierbei allerdings, dass hier eine Kultur gefördert werden muss, welchen nicht berechnend auf Value Added Services setzt, sondern auf Natürlichkeit, Klarheit, Bodenständigkeit und eine Art Unschuld (Bell u. Bell 2003, 89 ff).

Value Added Services werden im Idealfall aus überzeugender Herzlichkeit erbracht, weil man den Kunden „mag“ und ihm etwas Gutes tun will. Value Added Services werden erfolgreich eher aus Altruismus denn aus Egoismus erbracht, wobei dieser Fakt eine ein gezieltes Management nicht ausschliesst – im Gegenteil. Eine Kultur im vorliegenden Sinn, muss eine Kultur sein, welche Neugier wertschätzt, welche innovativ und aufregend ist, denn nur so gelingt es den Kunden gelegentlich positiv zu überraschen (z.B. Bell u. Bell 2003, 119). Die neuen Systeme die Value Added Service und dessen gewünschtes Mitarbeiterverhalten entsprechend wertschätzen sind zu planen, zu implementieren und weiterzuentwickeln. Dabei können unterschiedliche Ansätze gewählt werden: So empfiehlt z.B. Sathe (nach Shank und Gilbert 1993, 117) fünf Schlüsselpunkte um Unternehmenskulturen weiterzuentwickeln:

1. Das spezifische Verhalten welches von den Mitarbeitern erwartet wird muss definiert werden.
2. Das gewünschte Verhalten muss begründet oder erklärt werden, sodass alle betroffenen Mitarbeiter die Notwendigkeit erkennen und verstehen.
3. Die erwarteten und erwünschten Änderungen müssen dann den Mitarbeitern mittels Ritualen, Zeremonien oder Symbolen kommuniziert werden.

4. Neueintretende müssen zu Beginn ihrer neuen Beziehung zur Unternehmung intensiv mit den neuen Erwartungen vertraut gemacht werden (der Autor spricht von „inoculate“) oder darin trainiert werden.
5. Mitarbeiter welche sich weigern, nicht dazu in der Lage sind, sich diesen Anforderungen anzupassen, müssen das Unternehmen verlassen.

Dies soll laut Shank und Gilbert (a.a.O. 117 ff) im Unternehmen umgesetzt sein bevor entsprechende externe Marketingmassnahmen dies zu verwerten suchen.

Aus dem gewählten Change Ansatz, dem des internen Marketings sollte ein weiterer Punkt aufgenommen werden, der ebenso kulturprägend wie fördernd wirkt: Das Verhalten untereinander. Denn nur wenn das Verhalten untereinander von den o.g. Charakteristika geprägt ist, sind Mitarbeiter in der Lage diese auch auf externe Kunden anzuwenden – ohne sich verstellen zu müssen. Es empfiehlt sich, den Punkt Servicekultur in das Leitbild mit aufzunehmen und darin u.a. die folgenden Fragen zu beantworten (z.B. Mütze 1999, 53):

1. Welche Bedeutung haben Serviceleistungen für unsere Organisation ?
2. Was heisst für uns Serviceleistung ?
3. Wo sollen unsere speziellen Stärken – unsere Potential liegen ?
4. Welche Schwächen können wir dafür in Kauf nehmen ?
5. Wie können wir uns dadurch von unseren Mitbewerbern unterscheiden ?
6. Was macht uns speziell ?

Die Beantwortung der Fragen ist und dient als Grundlage für strategisches Management der VAS.

5.3 Value Added Service Strategie und Management

Strategie und strategisch sind – wie der Begriff historisch - zu modischen Schlagworten geworden. In der Praxis und auch in der Wirtschaftspresse wird oft alles, was wichtig oder langfristig ist, als “strategisch“ bezeichnet. Dieser wahllose, undifferenzierte und unkritische Gebrauch des Strategiebegriffs ist verwirrend. Er verhindert, dass die tatsächlichen strategischen Probleme erkannt werden und sich

Praktiker auf jene Bereiche konzentrieren können, die nur mit Ansätzen des Strategischen Managements zu lösen sind.

Ursprünglich geht das Wort "Strategie" zurück auf die griechischen Worte "stratos" (Heer) und "agein" (führen). Strategie heisst soviel wie "Kunst der Heerführung". In den 50er Jahren hat die Harvard Business School den Strategiebegriff in die Betriebswirtschaftslehre eingeführt.

In der Wissenschaft gibt es unterschiedliche Strategiebegriffe. Bei der Entwicklung von Konzepten und Instrumenten schlagen die Autoren manchmal allerdings gegensätzliche Wege ein, was das Verständnis nicht gerade vereinfacht. Da die Rahmenbedingungen in den Unternehmen aber sehr heterogen sind, wäre es unsinnig, ein einziges strategisches Konzept als Patentlösung für alle Fälle zu entwickeln. Diese Konzeptvielfalt, welche die unterschiedlichen Erfahrungen der Autoren wiedergibt, wird von Henry Mintzberg (1999) in 10 unterschiedlichen Ansätzen (Schulen) beschrieben, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Die relevanten Ansätze werden weiter unten näher beleuchtet.

Mit den Ansätzen der strategischen Planung ging man mit dem Wandel der Zeit zum Strategischen Management über. Dieses enthält neben dem logisch-rationalen Teil der strategischen Planung folgende zusätzliche Elemente (Lombriser und Abplanalp 1997):

- Eine unternehmerische Vision wird entwickelt und in einem Leitbild verankert.
- Es wird ein unternehmensweites, nach aussen gerichtetes strategisches Denken gefordert.
- Die für die Umsetzung der Strategie verantwortlichen Führungskräfte sind an der Formulierung der Strategie mitbeteiligt.
- Die für die Formulierung und Umsetzung notwendigen organisatorischen Fähigkeiten (z.B. Managementsysteme, Unternehmensstruktur, funktionale Fähigkeiten) werden entwickelt.
- Die Unternehmenskultur wird so beeinflusst, dass sie mit der geplanten Strategie übereinstimmt.
- Ein systematisches Management des Wandels (Management of Change) unterstützt die Bewältigung von Transformationsprozessen.

Auf der Grundlage des Outputs des normativen Managements (Vision und Leitbild) wird die strategische Planung implementiert. Diese arbeitet im Regelfall mit den folgenden Instrumenten:

- Umfeldanalyse
- Markanalyse
- Konkurrenzanalyse
- Krankenhausanalyse

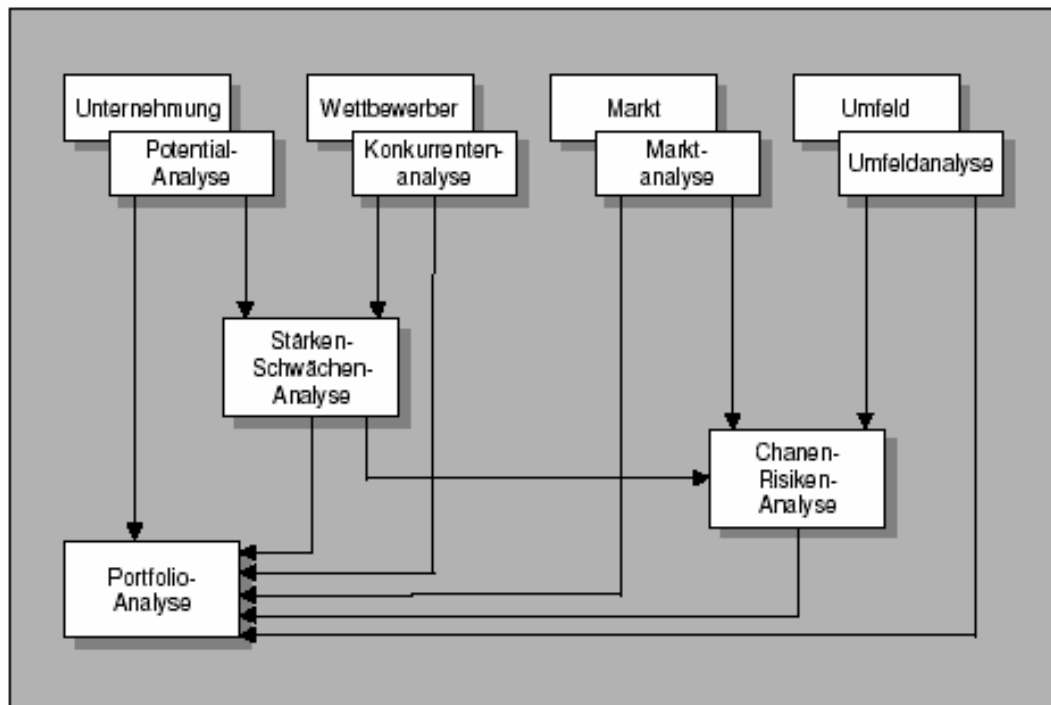


Abbildung 71: Nieschlag, R./Dichtl, E./Hörschgen, H. (1994): Marketing, 17. Aufl., Berlin, S. 878.

Diese Analysen werden i.d.R. zu einer SWOT Analyse verdichtet werden und deren Daten zur Erstellung einer Portfolioanalyse genutzt werden. In diesem Schritt werden die einzelnen Analysen nochmals durchgesehen und zu einem Gesamtbild zusammengesetzt. Es lassen sich sodann die wichtigsten Stärken (strenghts-S), Schwächen (weakness-W), Chancen (opportunities-O) und Bedrohungen (threats-T) formulieren. Dieser Schritt beinhaltet die wesentlichsten Schlussfolgerungen aufgrund der vorgängig gesammelten Daten (immer in Relation zur Konkurrenz). Nach Müller-Stewens und Lechner (2001, 166) werden SO Strategien typischerweise so verwendet, dass Stärken genutzt werden um Chancen im Umfeld zu realisieren. Z.B. die Expansion des Geschäfts oder die Entwicklung neuer Dienste (dies gilt für VAS). ST Strategien hingegen zielen darauf ab Stärken so einzusetzen, dass externe Bedrohungen neutralisiert oder zumindest gemildert werden (auch dies gilt für VAS,

sollen sie doch die Auswirkungen des sich abzeichnenden Qualitäts- und Preiswettbewerbs mildern).

In der Portfolioanalyse gilt es nun das eigene Unternehmen zu positionieren und eine Positionierung bei den Zielgruppen vorzunehmen. Positionierung ist die Platzierung von Produkten / Dienstleistungen in einem mehrdimensionalen Merkmalsraum entsprechend der Kundenwahrnehmung (Stauss 2001), also der strategischen Position, welche für die jeweilige wirtschaftliche Situation und Bedingung am besten geeignet ist (Mintzberg 1999, 18 und 100 ff). Um diese Positionierungsziele zu erreichen, müssen geeignete Strategien erarbeitet und umgesetzt werden. Im vorliegenden Fall wurde die Strategie Profilierung durch Differenzierung vorgeschlagen werden (siehe Kap. 1 und weiter unten). Dies erhöht die Handlungsfähigkeit einer Unternehmung (Stolz 2001, 154).

Die Strategiedokumente (z.B. die Positionierung und die Positionierungsziele) werden danach in Aktions- und Projektpläne umgesetzt, welche mit einem strategischen Budget verbunden werden. Diese Pläne und das Budget werden idealerweise mit einem geeigneten Anreiz- / Belohnungssystem unterstützt. Ein zu implementierendes Controllingsystem ermöglicht es Zielerreichungsgrade zu überwachen und Anpassungen vorzunehmen.

Die Strategie muss allerdings auch zum Unternehmen passen, denn unterschiedliche Strategien sind mit unterschiedlichen Ausprägung der Marketingaktivitäten verbunden, wie Parry und Parry unter Zuhilfenahme der Typologie nach Miles and Snow (1978) anhand von NonProfit Krankenhäusern in den USA nachgewiesen haben (vgl. Parry et al. 1992, 51)⁷³. Hier sind folgenden Typen identifiziert worden, die gleichzeitig jeweils eine Art Grundstrategie repräsentieren: „Defenders“, „prospectors“, „analysers“ und „reactors“, sie werden in der nachstehenden Tabelle kurz charakterisiert:

⁷³ Siehe hierzu auch Shortell et al. 1990

Typ	Beschreibung
„defenders“	Bedienen hauptsächlich eingeschränkte, relativ stabile Marktsegmente. Sie wachsen vornehmlich durch Ausweitung Ihrer Aktivitäten im Zielmarkt und „ignorieren“ die Entwicklungen im Umfeld. Sie sind bzgl. Produktneuentwicklungen oder neuen Märkten mehr oder weniger inaktiv und behaupten sich in ihren Nischen durch ihren Preis und ihre Qualität. Sie werden i.d.R. zentralistisch geführt und verfügen über sehr einfache Koordinationsmechanismen.
„prospectors“	Befinden sich am entgegengesetzten Ende der Innovationsachse, denn sie bedienen breit definierte dynamische Märkte. Sie wachsen indem sie systematisch neue Produkte und Dienstleistungen generieren und neue Märkte identifizieren, indem sie unbefriedigte Bedürfnisse entdecken. Die Entscheidungsfindung erfolgt eher dezentralisiert. Koordinationsmechanismen sind als komplex zu bezeichnen.
„analysers“	Sind eine Mixtur aus „prospectors“ und „defenders“, denn sie bewegen sich sowohl in stabilen als auch in dynamischen Märkten. Auf der Innovationsachse stehen sie in der Mitte, denn Sie folgen v.a. erkennbaren Trends, welche durch intensive Marktbeobachtung identifiziert werden. Sie werden moderat zentralistisch geführt und verfügen sowohl über einfache als auch komplexe Koordinationsverfahren.
„reactors“	Dieser Typus hat keine klar Strategie und ändert den Unternehmenszweck häufig. Miles et al. führen dieses Verhalten nach Parry et al. v.a. auf 3 Managementunzulänglichkeiten zurück (1. Versagen in der Strategieformulierung, 2. Versagen Struktur und Prozesse an die Strategie anzupassen, 3. Tendenz Struktur – Strategieverhältnis trotz starker Umfeldänderung beizubehalten).

Tabelle 12 :Strategietypen nach Miles und Snow (übersetzt nach Parry et al. 1992, 52)

Parry und Parry konnten durch ihre empirische Untersuchung nachweisen, dass die genannten Typen auch klar durch ihr Marketing – Verhalten unterschieden werden können (vgl. Parry et al. 1992, 55). So sind z.B. die „prospectors“ sowohl in der Generierung neuer Märkte, als auch in der Neuentwicklung von Dienstleistungsangeboten deutlicher erfolgreicher als die anderen Typen. Gestützt wird dies durch die relative Wichtigkeit die die genannten Ziele bei Führungskräften dieses Typus einnehmen. Auch der Marketingbezug dieses Typus unterscheidet sich deutlich von den anderen Typen. Der prozentuale Anteil des Umsatzes welcher für neue Dienstleistungen und deren klassischen Marketingmassnahmen verwendet werden ist deutlich höher. Ebenso die Varietät an Dienstleistungen und deren Preis. Dagegen kann die Dienstleistungsqualität durchaus tiefer liegen als z.B. beim Typ „analyser“.

5.3.1 Strategien zur Erreichung von Wettbewerbsvorteilen

Will man Kunden zum derzeitigen Kundenstamm hinzufügen lassen sich zwei grundsätzliche Strategien verfolgen.

1. Kunden von der Konkurrenz gewinnen, oder
2. bisherige Nichtverwender von den eigenen Leistungen überzeugen.

Abhängig ist dies vom Reifegrad der Branche. Je konzentrierter die Struktur der Branchen, desto reifer stellt sie sich dar und wird letztendlich zu einer rückläufigen Branche. Dies schliesst aber nach Porter nicht aus, dass aufgrund strategischer Durchbrüche reife Branchen erneut in Phasen mit starkem Wachstum eintreten können (Porter 1998, 237). Dies geschieht durch Innovationen im Gesundheitswesen oder auch Neudefinitionen von Krankheiten – aber auch von Gesundheit – immer wieder. Mit dem politisch gewollten Rückgang des Wachstums entsteht aber insgesamt ein Wettbewerb um Marktanteile des Konkurrenten.

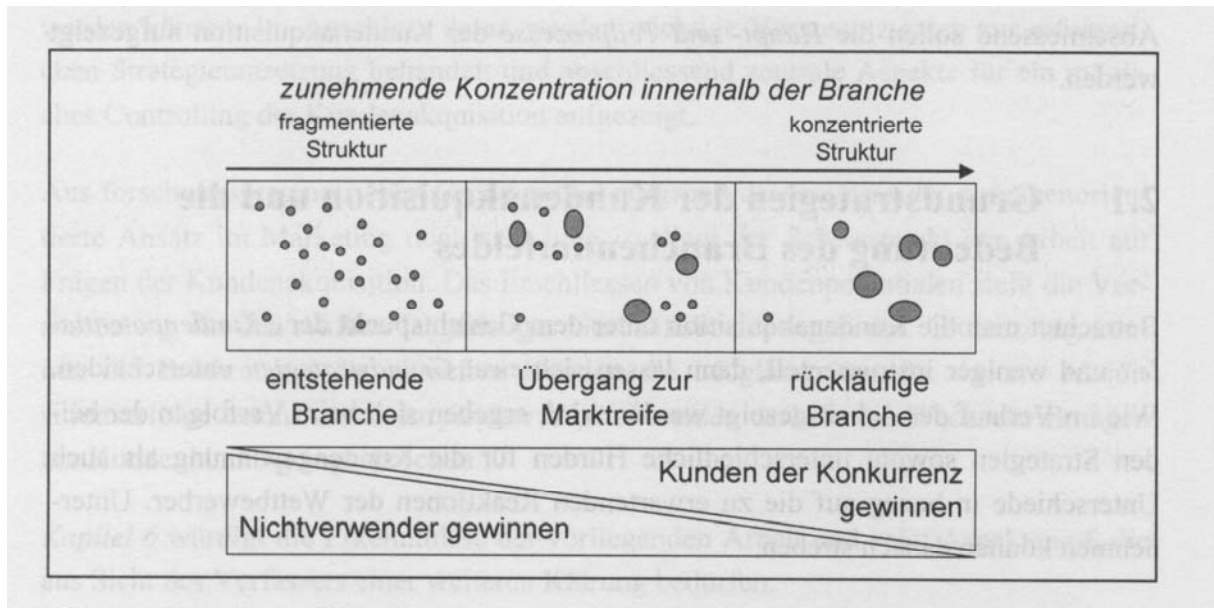


Abbildung 72: Branchenumfeldbedingungen und Grundstrategien der Kundenaquisition (nach Porter 1998, 164 ff, Abbildung: Karg 2001, 20)

Unabhängig von den Ursachen abflachender oder stagnierender Umsätze entsteht in reifen Märkten durch Fehleinschätzungen oder durch Anpassungslücken Überkapazitäten, welche i.d.R. Preiskämpfe zur Folge haben. Hier kommen Marktaustrittsbarrieren zum Tragen, welche einerseits politische, andererseits Selbsterhaltungsgründe der Organisationen und Ihrer Führer zu Tage treten lassen. Je vermeintlich stärker und unentbehrlicher die Stellung von Organisationen im System, desto heftiger die Abwehrkämpfe und Konkurrenzkämpfe und je heftiger der Wettbewerb um die Kunden (a.a.O., 256 ff). Jede Organisation versucht Wettbewerbsvorteile aufzubauen, zu erhalten oder weiterzuentwickeln. Die Entstehung dieser Wettbewerbsvorteile wird im allgemeinen zwei Ansätzen zugeschrieben. Dem markt-/bedürfnisorientierten (outside- in) und dem ressourcenorientierten Ansatz (inside – out)⁷⁴.

Beim outside – in Ansatz bilden die Kunden mit ihrem Bedürfnissen, welche latent vorhanden oder aktuell bestehend sein können, den Ausgangspunkt der Überlegungen.

Beim inside- out Ansatz sind die unternehmensinternen Ressourcen und Fähigkeiten, welche derzeit v.a. in der Kernkompetenzforschung (siehe Prahalad und Hamel 1990) diskutiert werden, Ausgangspunkt der strategischen Überlegungen.

⁷⁴ Zur Genese der Begriffe outside-in und inside-out vergleiche Karg 2001, 35

Hervorgehoben soll dabei, „dass die Grundidee des ressourcenorientierten Ansatzes "Erfolg durch Einzigartigkeit" lautet“ (Hoffmann-Linhard A. 2001, 347).

5.3.1.1 Der ressourcenorientierte Inside out – Ansatz

Viele Strategieansätze sind darauf ausgerichtet, das Unternehmens-Markt-System zu optimieren. Besonders in reifen Märkten kann dies zur Stagnation führen. Dynamische Strategien sind demgegenüber bestrebt innovative Wertschöpfungskonzepte zu identifizieren und die damit verbundenen Geschäftsaktivitäten konsequent zu multiplizieren. Auf diese Weise kann eine dynamische Unternehmensentwicklung sichergestellt werden (Pümpin 1989 und 1992).

Diese Erkenntnis steht im Mittelpunkt des „Managements strategischer Erfolgspositionen“ (Pümpin 1992). Das gesamte strategische Führungskonzept eines Unternehmens muss somit darauf ausgerichtet sein, die Strategie erfolgreich umzusetzen und die erforderlichen Veränderungen zu realisieren.

Jede Strategie soll letzten Endes darauf ausgerichtet sein, den Nutzen für die Bezugsgruppen des Unternehmens zu erhöhen. Das heisst, dass sie dazu beiträgt, das Unternehmen dynamisch zu entwickeln.

Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen müssen – genau wie Produktehersteller der Konsum- oder Investitionsgüterindustrie– ein Mindestmass an begleitenden Dienstleistungen anbieten und sicherstellen um einerseits gesetzlichen Anforderungen oder Branchenanforderungen gerecht zu werden andererseits um ihre Primärprodukte und – dienstleistungen überhaupt marktfähig zu machen.

Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, dass sich Anbieter einzelne Nutzenpotentiale erschliessen, indem sie Serviceleistungen fakultativ anbieten und ihre Serviceleistungen zu einer strategischen Erfolgsposition entwickeln.

Pümpin ging zuerst davon aus, dass Dynamik durch „dynamische“ Führungskräfte erzeugt werde, durch Manager, die mittels geschickter motivierender oder organisatorischer Massnahmen ihr Unternehmen in Schwung versetzen.

Im Rahmen seiner Interviews fiel ihm jedoch mehr und mehr auf, dass die eigentliche Ursache der Dynamik nicht so sehr im Führungsverhalten begründet lag, sondern

vielmehr darin, dass diese Unternehmen - bewusst oder zufällig - auf attraktive Konstellationen gestossen sind, die zum Nutzen der Bezugsgruppen vom Unternehmen erschlossen werden konnten. Diese Konstellationen, die in der Umwelt, im Markt oder im Unternehmen selbst unerkannt vorhanden sein können, nannte er Nutzenpotentiale.

Pümpin identifizierte und definierte folgende Nutzenpotentiale (a.a.O.):

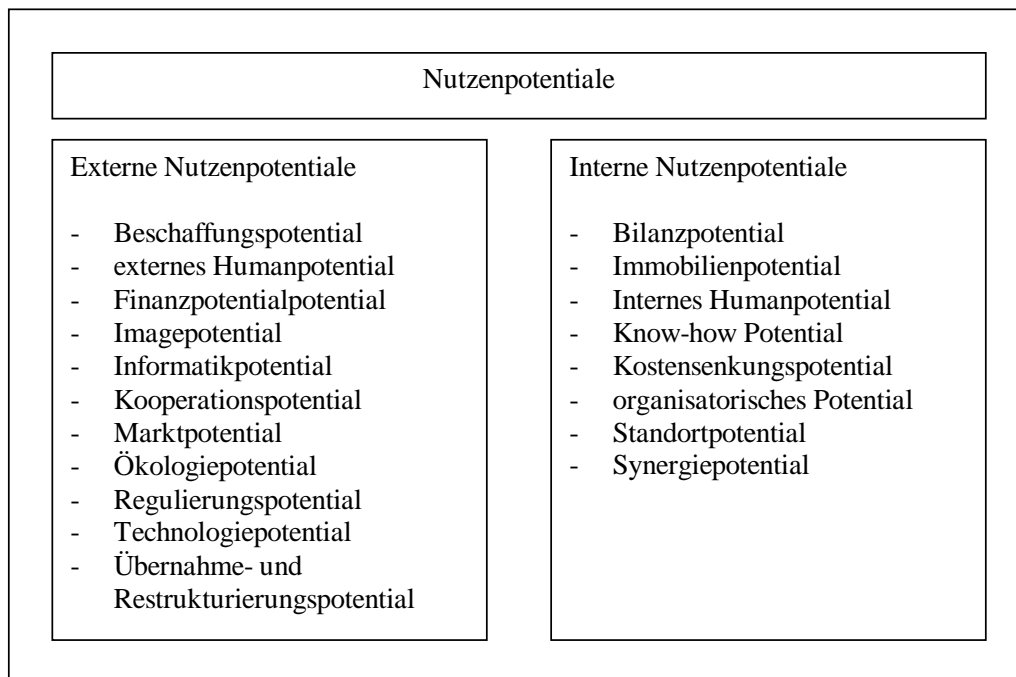


Abbildung 73: Strategische Nutzenpotentiale nach Pumpin (1992)

Voraussetzung für die Erschliessung von Nutzenpotentialen nach Pümpin ist die Bündelung und Integration von Unternehmensfähigkeiten und – ressourcen zu strategischen Erfolgspotentialen (SEPot) (Pümpin 1992) bzw. zu Kernkompetenzen (vgl. angelsächsische Literatur – wie Prahalad / Hamel 1990, aber auch Porter 1997) sowie deren Positionierung relativ zum Wettbewerb zu strategischen Erfolgspositionen (SEPos). Grundsätzlich können alle NUP zu SEPos ausgebaut werden.

Es ist weder sinnvoll noch nützlich alle möglichen NUPs anzustreben und diese zu SEPos auszubauen. Einerseits stehen dafür nicht die notwendigen Ressourcen zur Verfügung andererseits gilt beim Aufbau von SEP auch die Maxime der „Konzentration der Kräfte“. Auch können SEPos nur mittel- bis langfristig aufgebaut werden und bedürfen einer sorgfältigen Pflege (Pumpin 1992). Es gilt somit

grundsätzlich festzuhalten, dass sich die zu erschliessenden Nutzenpotentiale nur in Zusammenhang und unter Berücksichtigung des Umfeldes und der zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Ressourcen bestimmen lassen.⁷⁵ Dann allerdings bestehen gute Chancen dauerhafte Wettbewerbsvorteile zu generieren, wie Hoffmann-Linhard (2001) für Konsumgüter resp. Markenartikel empirisch nachweist.

Für das klassische Dienstleistungsmanagement können folgende typische Nutzenpotentiale genannt werden (in Anlehnung an Baumbach / Stampfl 2002, 8 f)⁷⁶, welche auch für Value Added Leistungen gelten:

- Differenzierungspotential
- Marktpotential
- Kundenbindungspotential
- Imagepotential
- Informationspotential
- Beschäftigungspotential
- Innovationspotential

5.3.1.2 Der markt-/bedürfnisorientierte Outside in – Ansatz

Beim marktorientierten Ansatz wird die unternehmensspezifische Wettbewerbsposition auf die externe Unternehmenssituation zurückgeführt. Der Wettbewerb wird also durch unternehmensexterne Faktoren bestimmt. Die Struktur der jeweiligen Branche liegt im Fokus der Betrachtung. Porter ist der bekannteste Vertreter des Market-based-View (Porter 1996). Unternehmenserfolge sind nach Porter von der Branchenattraktivität und der relativen Branchenposition des Unternehmens abhängig. Die relative Branchenposition lässt sich mittels Portfoliomethoden in der Konkurrentenanalyse charakterisieren. Die Portfolie Analysen der Boston Consulting Group und McKinsey & Company werden als am häufigsten verwendeten Methoden genannt. Grundsätzlich verfolgen Portfolioanalysen das Ziel, eine vorteilhafte Kombination der strategischen Geschäftseinheiten des Gesamtunternehmens zu ermitteln, um im Anschluss Entscheidungen bezüglich einer Investition oder einer Desinvestition treffen zu

⁷⁵ Schwarz (1997) beschreibt solche für die Sana Kliniken und durch die Sana GmbH geführten Krankenhäuser

⁷⁶ Baumbach und Stampfl definieren die genannten NUPs für den After Sales Service von Produkteherstellern

können. Nach der BCG werden die strategischen Geschäftsfelder im Hinblick auf Marktwachstum und Marktanteil bewertet. Bei der Methode nach McKinsey erfolgt hingegen eine Bewertung hinsichtlich Marktattraktivität und Wettbewerbsstärke in einem Multifaktorenkonzept (z.B. Müller-Stewens und Lechner 2001, 230).

Wettbewerbsvorteile lassen sich nach Porter durch die sogenannten generischen Wettbewerbsstrategien erlangen. (Möglich ist nach Porter aber auch die Wettbewerbsstrategien der unternehmerischen Fokussierung, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll).

		Wettbewerbsvorteile	
		niedrigere Kosten	Differenzierung
Wettbewerbsfeld	weiter Zielmarkt	1. Kostenführerschaft	2. Differenzierung
	enger Zielmarkt	3A. Kostenschwerpunkt	3B. Differenzierungsschwerpunkt

Abbildung 74: Wettbewerbsmatrix nach Porter 1999, 38

Wettbewerbsvorteile zu erlangen ist eine der Kernaufgaben des Managements, könne sie doch einen Positivkreislauf kreieren. Sie beruhen auf SEPot.

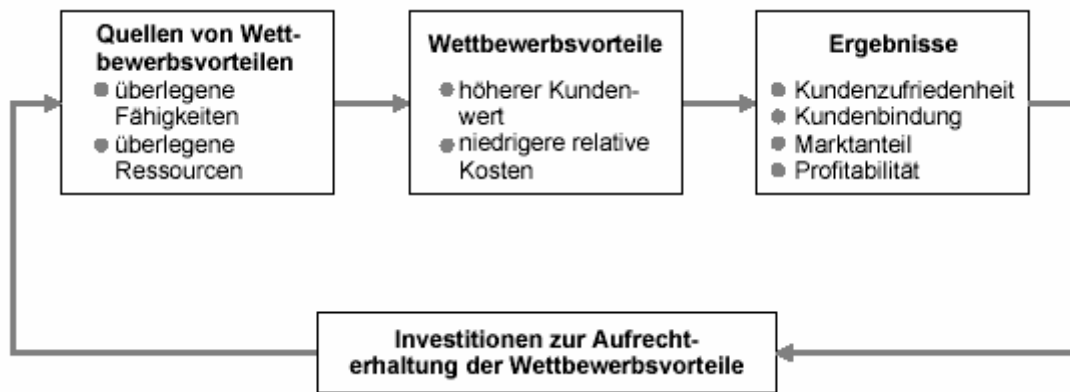


Abbildung 75: Die Elemente von Wettbewerbsvorteilen (Abbildung nach Day/Wensley 1988, 3)

Die Strategie der umfassenden Kostenführerschaft und die Differenzierungsstrategie bezeichnen zwei Grundstrategien, die sich i.d.R. konträr zueinander verhalten (z.B. Müller-Stewens und Lechner 2001, 198), nicht gleichzeitig realisiert werden können und bei denen die in nachfolgender Abbildung fixierten Voraussetzungen gegeben sein sollen, welche grundsätzlich auch für Value Added Leistungen gelten.

Strategische Optionen nach Porter	Kostenführerschaft	Differenzierung
Voraussetzungen, Anforderungen		
Erforderliche Fähigkeiten und Mittel	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Investitionen und Zugang zu Kapital • Verfahrensinnovationen und -verbesserungen • Intensive Beaufsichtigung der Arbeitskräfte • Produkte, die im Hinblick auf einfache Herstellung entworfen sind • Kostengünstiges Vertriebssystem 	<ul style="list-style-type: none"> • gute Marketingfähigkeiten • Produktengineering • starke Grundlagenforschung • guter Ruf (Qualität / technologische Spitzenstellung) • lange Branchentradition • enge Kooperation mit Beschaffungs- und Vertriebskanälen
Übliche organisatorische Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • intensive Kostenkontrolle • häufig detaillierte Kontrollberichte • klare Verantwortlichkeiten • Anreizsysteme 	<ul style="list-style-type: none"> • strenge Koordination zwischen F & E, Produktentwicklung und Marketing • subjektive Beurteilungen und Anreize anstelle von quantitativen Kriterien • Annehmlichkeiten für hochqualifizierte Arbeitskräfte
Sonstige Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Weitestgehende Konzentration auf Großkunden oder Vermeidung von marginalen Kunden • Kostenminimierung in allen Bereichen der Wertkette 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Öffentlichkeitsarbeit

Abbildung 76: Voraussetzungen der Wettbewerbsstrategien von Porter (nach Freoböse u. Kaapke 2003)

5.3.1.2.1 Kostenführerschaft

Kostenführerschaft beschreibt eine Wettbewerbsstrategie, die darauf abzielt, einen klaren Kostenvorsprung innerhalb einer Branche zu erlangen. Der Kostenvorsprung bezieht sich dabei auf die Durchschnittsgesamtkosten und verschafft dem

Unternehmen ein Preissenkungspotential, welches von weniger effizienten Mitbewerbern nicht erreicht werden kann (Bresser 1998, 434). Zu bestimmende Schwellenwerte beim Qualitäts- oder Dienstleistungsniveau werden nicht unterschritten, da Abstriche bei Qualität und Dienstleistungen vom Kunden nur bis zu einem bestimmten Masse akzeptiert werden. Zur Implementierung sind vielgestaltige Massnahmen von Nöten. Erfahrungsbedingte Kostensenkungen werden ausgenutzt, alle Kostenblöcke einer strengen Kontrolle unterzogen und Produktionsanlagen mit effizienter Grösse aufgebaut, um Economies of Scale auszuschöpfen (Bleicher 1995, 214), kostengünstigen Produktionsfaktoren und die Nutzung der modernsten technologischen Hard- und Software sind weitere Ansatzpunkte. Mit Hilfe von standardisierten Prozessen und Produkten wird vornehmlich in Märkten mit Massenprodukten agiert, die Anzahl der Produkte stark eingeschränkt (Porter 1999, 97 ff). Dabei orientiert sich die Kostenoptimierung an der Wertkette des Unternehmens, resp. den Wertketten seiner Konkurrenten (zum Vorgehen vgl. Kap. 6.3.2.2).

5.3.1.2.2 Differenzierung

Nach Müller-Stewens und Lechner (2001, 200) sind die Differenzierungsstrategien v.a. in Situationen geeignet, in denen die angebotenen Leistungen so komplex sind, dass sie nicht so einfach standardisiert werden können oder mehrere Möglichkeiten bestehen die Leistungen zu modifizieren und von den Angeboten der Wettbewerber zu differenzieren. Geffroy verwirft die Kostenvorsprungstrategie von Porter, weil sie sehr gefährlich ist, ein grosses Risiko darstellt, denn der erste der das Produkt oder die Dienstleistung nur einen Euro / Franken / Dollar billiger herstellen kann, entzieht der Firma die Geschäftsgrundlage. Deshalb vertritt er die These dass die Differenzierungsstrategie vorzuziehen sei. Z.B. ist eine Ideenführerschaft zu präferieren (Risch 1999, 153). Auch andere Autoren kommen zum Schluss, dass die Differenzierungsstrategie die einzige Möglichkeit ist das langfristige Überleben eines Unternehmens zu sichern, welches sich in einem kompetitiven Markt bewegt. Die Auswahl welche der Kunde heute hat ist so gross, die Produkt- oder Dienstleistungsqualitäten so schwer beurteilbar, dass es für Marketingexperten heute sehr herausfordernd ist Produkte und Dienstleistungen zu positionieren. Aber diese Kernaufgabe ist nach Trout (Trout, 2000) der Schlüssel zum Überleben eines

Unternehmens. Nutzenmaximierung für den Kunden – Economics of Scope – ist der Schlüssel dieser Strategie (Bleicher 1995, 214). Auch Philip Kotler, Vater des Sozial – Marketings und Professor an der Kellogg Graduate School of Management der Northwestern University, USA schreibt in seiner Internetkritik auf „www.bol.de“ für Trouts Buch: „marvelously illustrate that differentiation is the cornerstone of successful marketing.“

Zwei wichtige Derivate dieser Strategie welche für Value Added Services von Bedeutung sind, seien genannt:

5.3.1.2.2.1 Produktführerschaft

Im Mittelpunkt der Wettbewerbsstrategie Produktführerschaft steht die Produktinnovation und die Produktqualität. Zur Erreichung einer Produktführerschaft sind Kreativität und eine schnelle Umsetzung innovativer Ideen erforderlich. Nach Porter ist die Strategie Produktführerschaft eine Differenzierungsstrategie.

Produktführer streben eine Serie von temporären Wettbewerbsvorteilen an, indem eigene, noch marktgängige Produkte durch neue ersetzt werden, bevor Mitbewerber mit Innovationen auf den Markt kommen. Die Produkteigenschaften werden hierbei als Ansatzpunkte für eine Differenzierung herangezogen. Obwohl die strategische Stossrichtung bei dieser Strategie nicht auf der Kostenseite beruht, darf die Kostensituation nicht unberücksichtigt bleiben. (Porter 1999b, 73 ff).

Der Terminus Produkt muss im Sinne dieser Arbeit weit gefasst werden und soll umfassen: Die Kerndienstleistung, das Kernverhalten sowie alle Value Added Services, welche einen Grund-, Zusatz- und Nebennutzen bieten.

5.3.1.2.2.2 Kundenpartnerschaft

In die Typologie von Porter ist die Strategie Kundenpartnerschaft ebenso wie die Strategie Produktführerschaft als Differenzierungsstrategie einzuordnen. Zur Differenzierung dienen jedoch nicht nur die Produkteigenschaften, sondern ein umfangreiches Dienstleistungsangebot, eine intensive Kundenbetreuung sowie die Bereitschaft zur Partnerschaft. (Porter 1999b, 73 ff zit. nach Huber 2000, 3 ff). Die

Wettbewerbsstrategie Kundenpartnerschaft geht davon aus, dass ein Unternehmen einen Wettbewerbsvorsprung gegenüber den Mitbewerbern erlangen kann, indem die beste Problemlösung für den Kunden angeboten wird. Obwohl diese Strategie weder die Erzielung des niedrigsten Preises noch die Entwicklung innovativer Produkte verfolgt, wird dem Kunden dennoch ein besseres Leistungsangebot unterbreitet. Kundenpartner schneiden ihre Produkte auf spezielle Kundenanforderungen zu und zielen nicht auf einmalige Transaktionen ab, sondern pflegen langfristige Kundenbeziehungen.

Die Strategie Kundenpartnerschaft wird in der Literatur auch als Serviceführerschaft bezeichnet (Huber 2000, 4), da die Unternehmensprozesse auf die Zufriedenheit des Kunden ausgerichtet sind und massgeschneiderte Konzepte für einzelne Kunden oder Kundengruppen erarbeitet werden. Unterstrichen werden muss hierbei, dass die Implementierung dieser Strategie eine partnerschaftliche Geschäftsbeziehung erfordert, da „massgeschneiderte Konzepte“ nur mit Hilfe der entsprechenden Inputleistung des externen Faktors verwirklicht werden können.

Dazu ist es notwendig sich über die verhaltenssteuernden Determinanten der Kundennachfrage klarzuwerden:

Der expliziten / impliziten Nachfrage der Kunden steht ein mehr oder weniger explizites Angebot an Leistungen gegenüber. Dabei kann die Nachfrage in drei (vier) unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden., welche umgekehrt pyramidal dargestellt werden können. Unter Bedarf soll im vorliegenden Fall der objektive medizinische Bedarf verstanden werden, während auf Bedürfnisse und Wünsche nicht weiter eingegangen werden soll. Diese Kategorien sind hinlänglich bekannt und in der Literatur aufbereitet. Von Maslow bis Schneider und Bowen (1999), die die Grundbedürfnisse in „security, justice, and self-esteem“ unterteilen. Die weitere Kategorie (hopes bzw. Hoffnung/Sehnsüchte/Glück) wird zumeist nicht explizit genannt, ist aber der Schlüssel zum Kunden und der dauerhaften Kundenbindung. In der englischsprachigen Literatur werden v.a. die termini „wants“ und „needs“ verwendet. Diese sucht der Kunde tatsächlich. Sigrist stellt hingegen fest, dass es sich beim Patienten i.d.R. so verhält, dass dieser einerseits seine Hoffnung auf Genesung und Linderung konzentriert, er aber andererseits einem Klima des Unvertrauten, Beängstigenden und Unpersönlichen ausgesetzt ist (Siegrist 1974, 139). Hier gilt es anzusetzen.

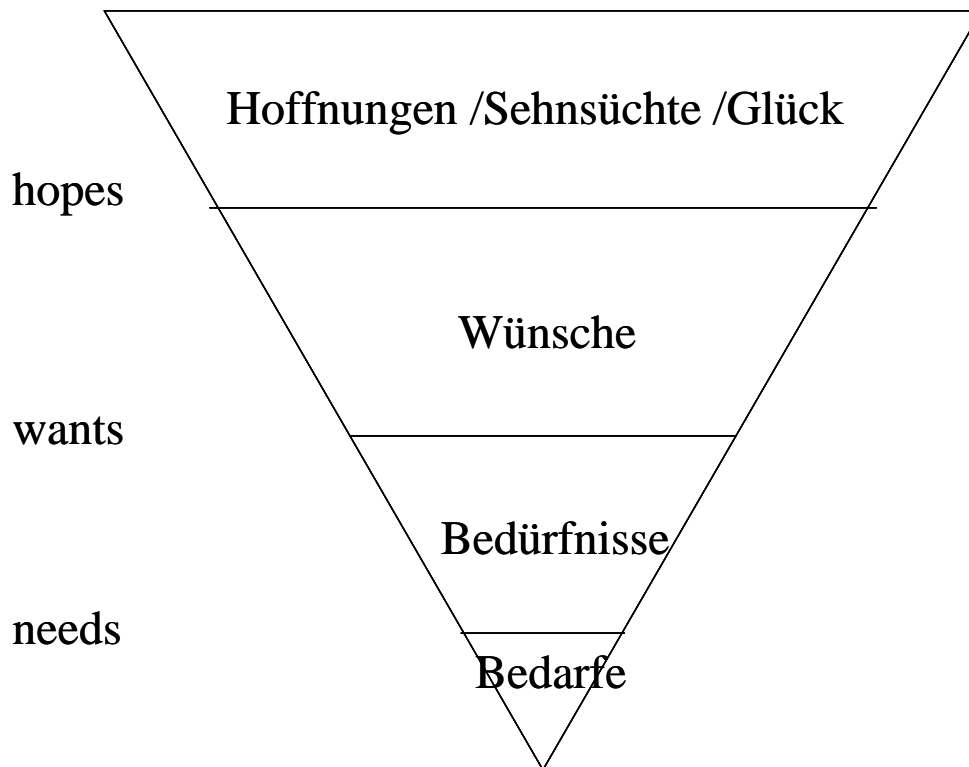


Abbildung 77: Umgekehrte Nachfragepyramide der Patienten und anderer Kunden

Die Marketingwissenschaften sprechen in diesem Zusammenhang nur von Bedürfnissen und unterteilen diese in Grund-, Zusatz- und Nebenbedürfnisse (Weinhold 1988, 128 f). Verhaltenssteuernd sind dabei sogenannte „relevante“ Bedürfnis, welches es zu eruieren gilt. I.d.R. ist es ein Grundbedürfnis. Zusatzbedürfnisse können einen psychologischen, technologischen oder ökonomischen Hintergrund haben und sind i.d.R. fest mit dem Grundbedürfnis verbunden. Dies sind Nebenbedürfnisse nicht. Sie sind grundsätzlich von diesen trennbar. Kunden haben jeweils ein recht individuelles Bedürfnisbündel.

Die Verfolgung einer der beiden Strategie hat sowohl Vor- als auch Nachteile (siehe nachfolgende Abbildung).

Strategische Optionen nach Porter	Kostenführerschaft	Differenzierung	Konzentration auf Schwerpunkte
Vor- und Nachteile			
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Markteintrittsbarrieren • Schutz vor mächtigen Lieferanten, da grosse Flexibilität im Umgang mit Kostensteigerungen • Schutz vor 	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Markenbindung • Eintrittsbarrieren durch Kundenloyalität • leichter Umgang mit Lieferanten durch höhere 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppenspezifische Marktbearbeitung • Homogenere Bedürfnisstrukturen • Höhere Kunden-

	<p>nachfragemächtigen Kunden, da Preisniveausenkung bis maximal auf das Niveau des zweiteffizientesten Anbieters möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Handlungsspielräume gegen Substitutionsprodukte • Gewinnerzielung auch bei hohem Wettbewerbsdruck möglich 	<p>Ertragsspannen</p> <ul style="list-style-type: none"> • geringere Nachfragemacht aufgrund fehlender Alternativen und geringer Preisempfindlichkeit • Schutz vor Ersatzprodukten durch hohe Kundenloyalität 	<p>loyalität</p>
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahr, dass technologische Veränderungen frühere Investitionen und Lernprozesse vernichten • Nachfrager können niedrigere Kosten „erlernen“ • Unfähigkeit, notwendige Produkt- und/oder Marketingänderungen rechtzeitig zu erkennen • Unvorhersehbare Kostensteigerung in Bereichen der Wertkette schmälern den Preisunterschied, so dass der Kostenvorsprung nicht mehr erkannt wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenunterschied zwischen Kostenführer und Differenzierer wird so gross, dass finanzielle Ersparnisse das bessere Argument darstellen • Differenzierungsmerkmale verlieren im Zeitverlauf an Bedeutung • Nachahmung durch me-too-Produkte 	<ul style="list-style-type: none"> • Angleichung zielgruppenspezifischer Bedürfnisse an den Gesamtmarkt • noch gezieltere Spezialisierung durch Konkurrenz • Preisunterschied zwischen spezialisiertem Anbieter und Gesamtmarktanbieter wird so gross, dass der günstigere Preis den Ausschlag gibt

Tabelle 13: Vor- und Nachteile der Wettbewerbsstrategien nach Porter (nach Freoböse u. Kaapke 2003)

Besser oder billiger als der Wettbewerber lautet nach Porter also die Devise. Ist man beides nicht, und somit „stuck in the middle“, verliert man Kunden entweder an Qualitätsbewusste oder an preiswertere Konkurrenten (Müller-Stewens und Lechner 2001, 204). Um die Vorteile zu nutzen, Nachteile o.g. Strategien auszugleichen und um den Unternehmenserfolg längerfristig zu sichern ist es nach Gilbert u. Strebel sinnvoll, beide Strategien zu kombinieren und eine sogenannte hybride Strategie zu verfolgen (Müller-Stewens und Lechner 2001, 203). Die Politik lautet hiernach: Zuerst eine Verfolgung der Differenzierungsstrategie und anschliessend Kostenführerschaftsstrategie bzgl. dieser Services, wobei Neuentwicklungen nicht vernachlässigt werden sollen (Gilbert u. Strebel 1987, 28 ff). Gilbert et al. nennen Ihre auf Basis von Porter weiterentwickelte Strategie „Outpacing – Strategie“. Dass diese Strategie durchaus sinnvoll und im Gesundheitswesen anwendung findet, zeigen z.B. Young, Burges und Valley (2002). Sie haben untersucht welches die Erfolgsstrategien der Krankenhäuser waren, wenn sie mit HMOs ins Geschäft kommen wollten. Diese Managed Care Organisationen, so stellte sich heraus würdigten hybriden Strategien durchaus, denn: „The HMOs do not appear to focus on price alone. Hospitals likely to be the most attractive to HMOs are those that can

differentiate themselves on the basis of nonprice attributes while being competitive on price as well" (Young G., Burgess J.F., Valley D. 2002, 1267). Dabei stellte sich heraus, dass die nicht preisbezogenen Attribute der Leistungen wichtiger wurden, sobald der Wettbewerb unter den HMO um die Krankenhäuser zunahm (a.a.O., 1283).

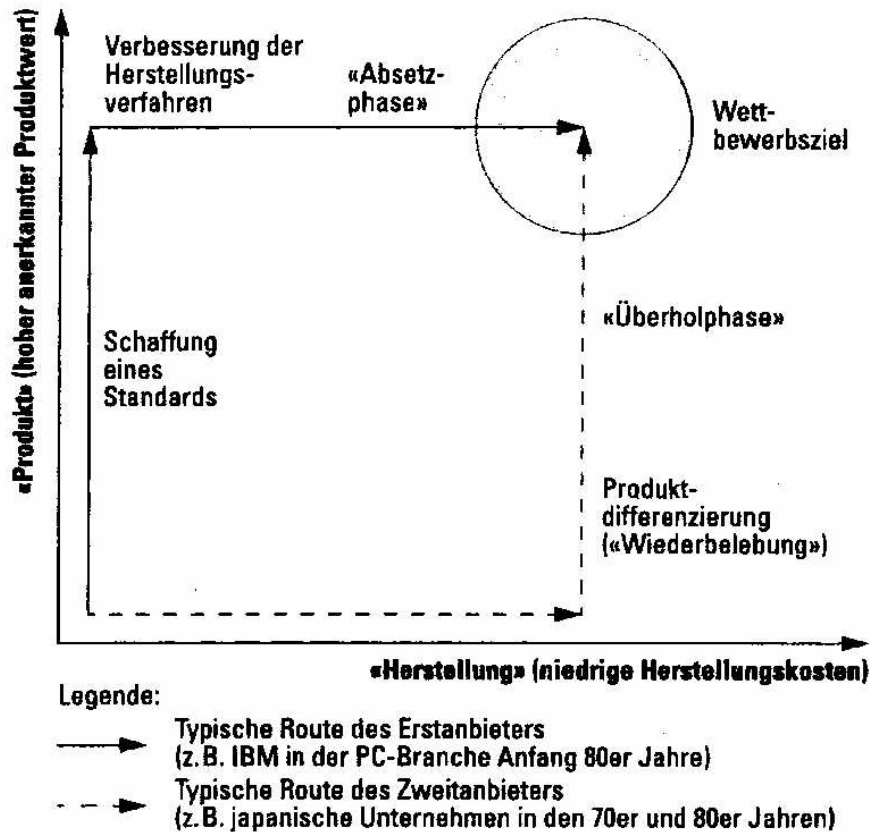


Abbildung 78: Zusammenhang zwischen Differenzierungs- und Kostenführerschaftsstrategie (nach Lombriser und Abplanalp 1998, S. 251 f)

Im Fall der Güterindustrie ist diese Strategie in Teilen nicht mehr möglich, da sich die Rahmenbedingungen noch weiter verschärft haben. Hier bietet sich dann an zu prüfen ob mit dem Ansatz der kundenindividuellen Massenproduktion eine verfolgenswerte Strategieoption – eine weitere Hybridstrategie - vorliegt.: "Diese Wettbewerbsstrategie umfasst die Produktion von Gütern und Leistungen für einen (relativ) grossen Absatzmarkt, welche die unterschiedlichen Bedürfnisse jedes einzelnen Nachfragers treffen, zu Kosten, die ungefähr denen einer massenhaften Fertigung vergleichbarer Standardgüter entsprechen." (Piller 1998 oder auch Pine 1984) Mass Customization ist dabei aber keine Einzelfertigung, sondern versucht, die Vorteile einer Massenfertigung (Verstetigung und Beherrschung der Prozesse) mit denen der Einzelfertigung (individuelle Beziehung mit jedem Kunden) zu

kombinieren. Damit die Mass Customization eine solche Position erreichen und den vermeintlichen Widerspruch zwischen Effizienz und individueller Produktion lösen kann, ist die Kombination von Differenzierungs- und Kostenstrategie erforderlich (Piller 1999, 72f). Gleichzeitig ermöglicht diese Strategie die Optimierung des Beziehungsmanagements durch ein „learning relationship“ und vertieft den Kontakt mit dem Kunden (Piller 1998 b). Diese Methodik wurde bisher nicht für Dienstleistungen angepasst, ist auch nur in Teilen umsetzbar (z.B. entstehen keine Kosteneinsparungen durch tiefere Lagerbestände) aber das Konzept insgesamt ist, wenn die richtigen Voraussetzungen vorliegen (z.B. tiefe Segmentierung der Kunden) vielversprechend.

Für den Gesundheits- „Markt“ in den deutschsprachigen Ländern ist dies eine Option für die langfristige Zukunft (3-5 Jahre). Auch Berry (1999, 93) empfiehlt um Dienstleistungen zu optimieren das „customizing“ – mittels der Methoden der Mass Customization. Das dazu notwendige Datenmanagement für kundenorientierte Serviceorganisationen (Schölling et al. 2000, 16 ff) muss ohnehin aufgebaut werden, will man die Möglichkeiten einer Entsektorisierung nutzen.

Im vorliegenden Fall wird vorgeschlagen den Inside-Out (ressourcen-orientiert) und den Outside-In (kunden-orientiert) Ansatz zu kombinieren, da keiner der beiden Ansätze, isoliert betrachtet, ein vollständiges Bild liefern kann (siehe nachfolgende Abbildung).

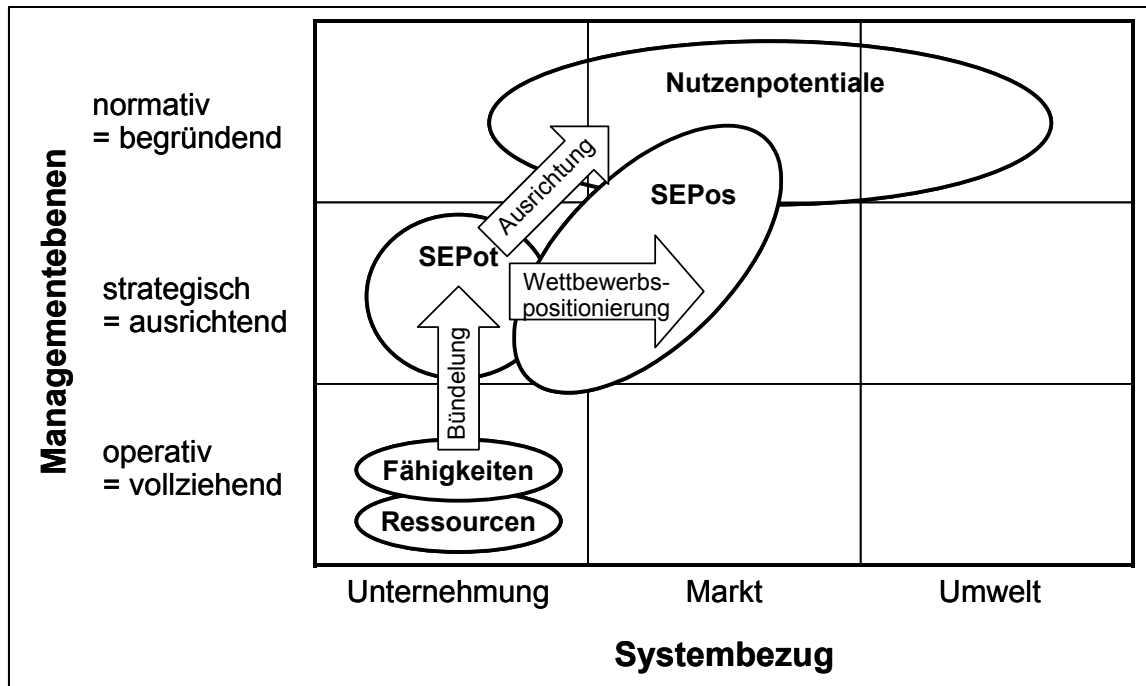


Abbildung 79: Brückenfunktion strat. Erfolgsposition und ~ potentiale (in Anlehnung an Binder / Kantowsky 1996, 67)

Hingegen kann eine gemeinsame Betrachtung jeweils komplementäre Einblicke zur Bestimmung von Kunden und der daraus abzuleitenden Potentialen erleichtern.

Latente oder nicht befriedigte Bedürfnisse	Latente oder nicht befriedigte Bedürfnisse mit bestehenden Leistungen ansprechen	Latente oder nicht befriedigte Bedürfnisse mit neuen Leistungen ansprechen
Aktuelle und befriedigte Bedürfnisse	Aktuelle und befriedigte Bedürfnisse mit bestehenden Leistungen ansprechen	Aktuelle und befriedigte Bedürfnisse mit neuen Leistungen ansprechen
	Bestehende Leistung	Neue Leistung

Abbildung 80: Identifikationsrahmen von Kundenpotentialen (nach Karg 2001, 47)

Bezogen auf Value Added Leistungen in der Kategorisierung Kano`s kann auch mit Hinterhuber und Matzler argumentiert werden, die die strategischen Implikationen der vorhandenen resp. nicht vorhandenen „Service- Leistungen“ differenziert darstellen.

Leistungskomponente	Wir	Konkurrenz	Implikation
Begeisterungseigenschaften	Gut	Gut	Intensiver Wettbewerb
		Schlecht	Wettbewerbsvorteil
	Schlecht	Gut	Wettbewerbsnachteil
		Schlecht	Differenzierungschance
Leistungsanforderungen	Gut	Gut	Intensiver Wettbewerb
		Schlecht	Wettbewerbsvorteil
	Schlecht	Gut	Wettbewerbsnachteil
		Schlecht	Marktlücke
Basisanforderungen	Gut	Gut	Keine Wettbewerbsvorteile
		Schlecht	Konkurrenz nicht ernstzunehmen
	Schlecht	Gut	Keine Marktchancen
		Schlecht	„falscher Wettbewerb“

Abbildung 81: Strategische Implikationen der Kundenzufriedenheit (in Anlehnung an Hinterhuber und Matzler 1999)

Es gilt also abgeleitet aus obiger Darstellung und Argumentation.

1. Latente oder nicht befriedigte Value Added Leistungen (Service) sind segmentspezifisch zu erkennen.
2. Fähigkeiten und Ressourcen sind so zu bündeln und zu aktivieren, dass die Nutzenpotentiale zu strategischen Erfolgspotentialen (Kernkompetenzen) aufgebaut resp. weiterentwickelt werden können.
3. Diese Potentiale, sind zu Beginn auf Differenzierung auszurichten und ermöglichen v.a. „Value Added Serviceleistungen“ für den Kunden.
4. Mit diesen strategischen Erfolgspositionen kann sich die Gesundheitsorganisation im Wettbewerb positionieren.
5. Ist die Differenzierung über diese Leistungen gelungen, sind aus Ihnen entweder vermarktbar Leistungen abzuleiten und auf dem Markt zu platzieren und/oder diese Leistungen einer Kostenoptimierung zu unterwerfen, denn es ist damit zu rechnen, dass die Konkurrenz nachziehen wird.
6. Der Kreislauf ist zu schliessen und bei Punkt 1 wieder neu zu starten.
7. Falls strategisch sinnvoll können die SEP / Kernkompetenzen zur Diversifikation, z.B. zur Verlängerung der eigenen Wertschöpfungskette, genutzt werden.

5.3.2 Strukturen und Systeme zur Etablierung und Stützung von VAS

Organisation und Systeme sollen es v.a. erlauben Innovationen zu kreieren, zu implementieren und weiterzuentwickeln. Z.B im Sinne von Modularisierung von Leistungen (z.B. Spiess 2000).

Innovative Veränderung und Entwicklung eines Unternehmens führt i.d.R. zu technischen / organisatorischen Vorteilen gegenüber den Wettbewerbern (Schölling 1999). Schwerpunkte für innovative Veränderungen sind dabei klassischerweise die Erweiterung bzw. die Veränderung von Geschäftsfeldern durch neue innovative Produkte oder Dienstleistungen sowie durch die Bearbeitung neuer Kundengruppen und Marktsegmente. Diese Geschäftsfeldveränderungen basieren in der Regel auf Marktbeobachtungen und –forschung, die notwendig sind, da sich nicht nur die allgemeine und spezielle Technik weiterentwickelt, sondern dass die Kundenerwartungen ein Funktion der Zeit sind und sich sowohl qualitativ als auch quantitativ verändern. Nur durch Innovation ist eine dauerhafte Erfolgssicherung möglich. Die Alternative ist ein reiner Verdrängungswettbewerb über den Preis (i.d. Schweiz versucht das Eidgenössische Departement des Inneren zusammen mit seinem Bundesamt für Sozialversicherung und unter Zuhilfenahme des Preisüberwachers genau dies zu realisieren um eine Marktberreinigung zu erreichen, die auf rein politischem Wege nicht durchsetzbar ist) und nicht über Innovation und eine Erhöhung des Kundennutzens.

Ob man nun das Push (Startpunkt ist die Invention) – oder das Pull Modell (Startpunkt ist das Marktbedürfnis) des technologischen Wandels präferiert⁷⁷, beide führen letztendlich zur Innovation, die den Markt verändern. Schumpeter (1942) spricht in diesem Zusammenhang von gelenkter Innovation, die im Unternehmen durch „unaufhörliche Stürme der zerstörerischen Innovation“ entsteht (rechter Kreislauf in nachfolgender Abbildung). Unternehmern weist er in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, denn sie sind es die mittels eigenen Erkenntnissen und v.a. Kapital neue Wege gehen.

⁷⁷ Kausalitätenmodell des technologischen Wandels (z. B. Gassmann u. Fleisch 2003)

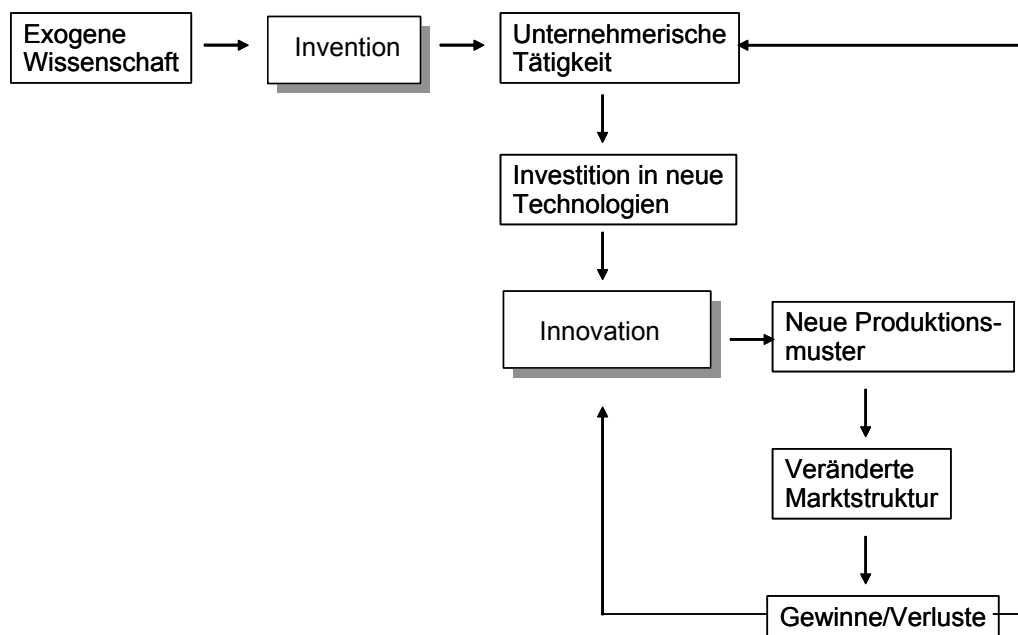


Abbildung 82: Lineares Push Modell des evolutorischen Wandels in der Wirtschaft (nach Schumpeter 1912)

Innovationen diffundieren nicht gleichmässig in den gesamten Markt, sondern werden zuerst von den Innovatoren (diese sind zumeist technologiegetrieben) eingeführt. Early adopters (meist visionäre Unternehmen) ziehen mit diesen Innovationen nach und adaptieren diese auf ihre Verhältnisse, versuchen sich damit im Markt über neuen Kundennutzen zu profilieren (siehe nachfolgende Abbildung).

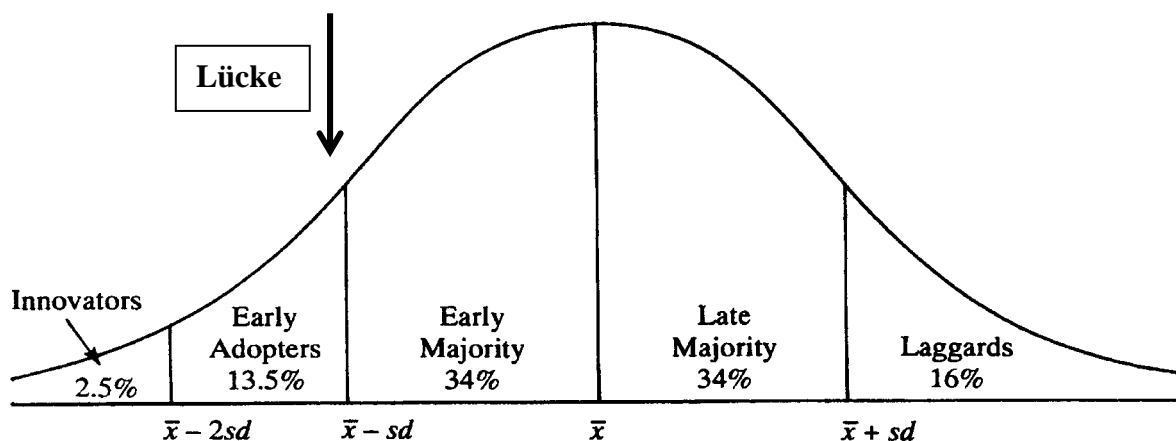


Abbildung 83: Diffusion von Innovationen nach Rogers 1995, 252 ff und Moore 2002.

Bevor sich aber eine Innovation tatsächlich am Markt durchsetzen kann, d.h. die frühe Mehrheit führt diese Innovationen auch ein, beobachtet diese ob die early adopters mit dieser Innovation reüssieren, oder ob sie scheitern. Im zweiten Fall wird diese Innovation naturgemäss nicht übernommen. Dieses Abwarten führt nach

Moore (2002) zu einer Zeitlücke zwischen der Einführungs- und der Wachstums- / Reifephase. Die Lücke wird idealerweise dazu genutzt die Innovation so gut zu platzieren und zu vermarkten, dass noch bevor Wettbewerber nachziehen die Outpacing-Strategie angewandt wird.

Im Zusammenhang mit diesen produktpolitischen Überlegungen im Rahmen des Marketings kann das Modell des Produktlebenszyklus zur Entscheidungshilfe herangezogen werden. Der Produktlebenszyklus zeigt die Umsatzentwicklung einer Marktleistung (Produkt). Er lässt sich grafisch in einem Modell darstellen und in einzelne Lebensabschnitte unterteilen und gilt genauso für Dienstleistungen oder Zusatzleistungen (siehe nachfolgende Abbildung).

Die Lebensabschnitte können wie folgt beschrieben werden:

Einführungsphase:

Der Verlauf der Kurve in der Einführungsphase erklärt sich durch Neugierkäufe und die Erfolge der Einführungsanstrengungen des Marketings (Werbung und Verkaufsförderung). In der Einführungsphase entscheidet sich oft, ob aus einer ursprünglichen Produktidee ein marktreifes Produkt wird. In dieser Phase kommt es zur höchsten Marktinvestition, vor allem der Werbung und Verkaufsförderung. Hier muss man auch Verluste in Kauf nehmen. Das Ausmass der Anfangsverluste hängt unter anderem von der Preisgestaltung ab. Mit der Einführung des Produktes ist die ursprüngliche Produktgestaltung abgeschlossen.

Wachstumsphase:

In der Wachstumsphase erlangt das Produkt durch die Wirkungen der Marktbearbeitung (Werbung) einen höheren Bekanntheitsgrad. In dieser Zeit beobachtet die Konkurrenz aufmerksam die Entwicklung des neuen Produktes. Stellen sie fest, dass der Durchbruch gelungen ist, werden sie alles daransetzen, um mit einem eigenen Produkt an diesem Aufschwung teilzunehmen. Sie werfen „Me too Produkte“ auf den Markt und immitieren das Originalprodukt. Dabei haben die early adopters und majority nicht den gleich hohen Initialaufwand und auch der F&E Aufwand hält sich i.d.R. in Grenzen. Leider werden im deutschsprachigen Gesundheitsmarkt derzeit diese Nachahmer gleich honoriert wie die Innovatoren. Dies führt letztendlich zu einem innovationshemmenden Klima. Ziel von

Verantwortungsträgern im Gesundheitswesen muss es sein, diese Innovatoren besser zu unterschätzen, bzw. die adopters abgestuft schlechter.

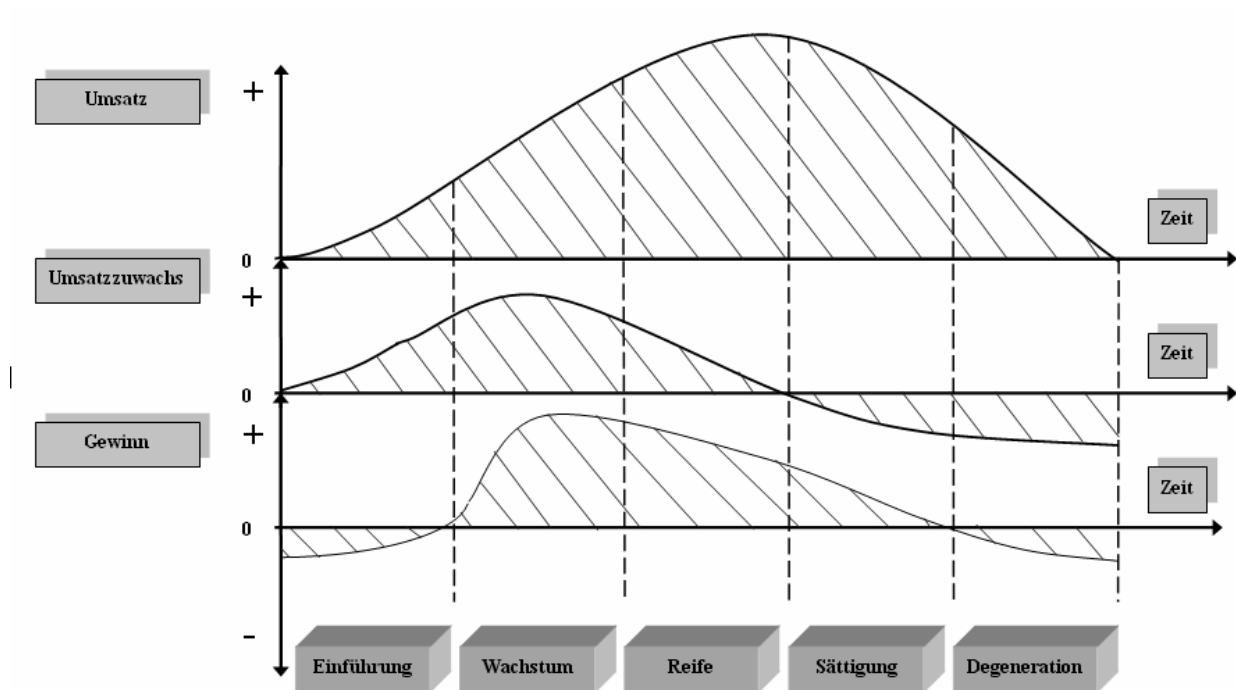


Abbildung 84: Produktlebenszyklus (z.B. nach Schierenbeck 1989, 107)

Reifephase:

Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch eine weitere absolute Marktausdehnung bei gleichzeitigem Absinken der Umsatzzuwachsrate und durch den Rückgang der Umsatzrentabilität. Häufig ist der Wettbewerb durch Investitionen der Konkurrenz in der Wachstumsphase relativ hart. Das Ende der Reifephase ist dann erreicht, wenn auch der absolute Umsatzzuwachs allmählich aufhört.

Sättigungsphase:

Hier erreicht die Umsatzkurve ihr Maximum, die Grenzumsätze werden negativ. Es wird versucht, die Entwicklung der Umsatzkurve mit so genannten Relaunch - Massnahmen (Einsatz des gesamten Marketing-Mix) nochmals positiv zu beeinflussen.

Degenerationsphase:

Die Degenerationsphase beendet den Lebenszyklus eines Produkts. Die Ursachen für das Ausscheiden eines Produktes aus dem Markt können vielfältig sein: Technischer Fortschritt, wirtschaftliche Überholung oder gesetzliche und wirtschaftliche Ursachen. Trotz allem gibt es Produkte, die bis heute nicht in die Degenerationsphase eingetreten sind. Diese Produkte werden als „Steady Sellers“ genannt. Solche Steady Sellers können im Dienstleistungsbereich resp. im Bereich der Value Added Services v.a. die „touch“ Leistungen, also der persönliche Service sein.

Für die Kernleistung gilt: „Bei der Einführung neuer Produkte ist die Innovation entscheidend, in der Phase der Massenfertigung die kostengünstige Produktion. Bei Marktsättigung tritt das Marketing in den Vordergrund.“ (Stolpmann 1999)

Auf VAS bezogen kann festgehalten werden, dass keine Sättigungs und Degenerationsphase eintritt. VAS werden in diesem Stadium „durchgereicht“ und zu Basic- respektive zu niederen Performance Leistungen, welche in der letzten Phase als selbstverständlich vorausgesetzt werden und nur noch besonders auffallen wenn sie nicht vorhanden sind.

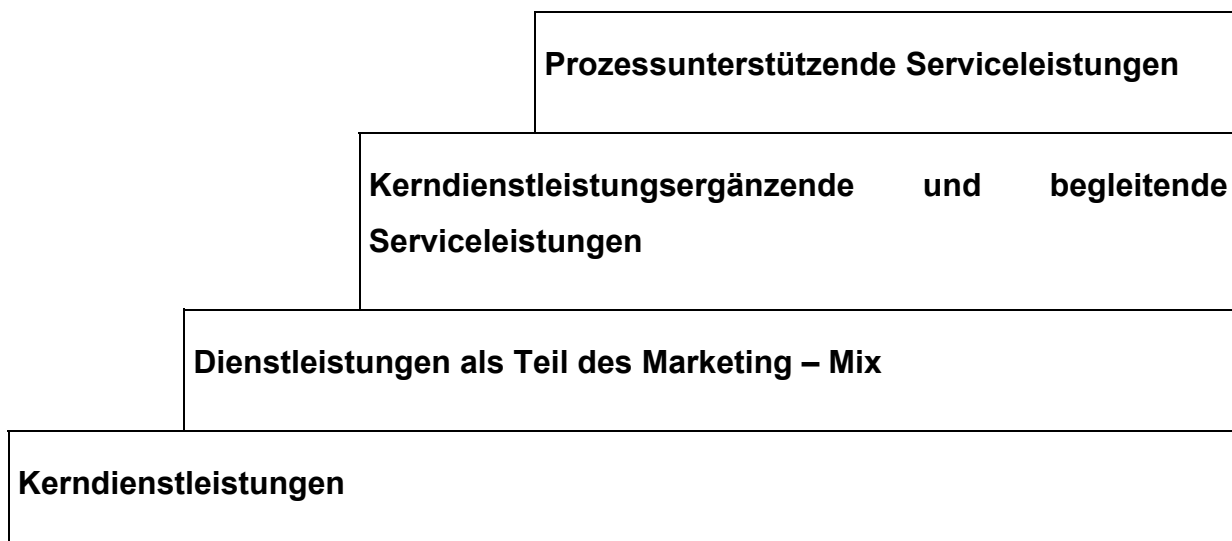


Abbildung 85: Servicedifferenzierung nach Schomaker, 1998, 5

Je nach Ausrichtung, Staffelung und Aufbau des Servicekonzeptes ergeben sich unterschiedliche aufbau - organisatorische Konsequenzen. Z.B. in der eigenen Grösse.

Als Beispiel kann hier das Stadtspital Waid in Zürich genannt werden. Es hat diese erkannt und in seinem Leitbild festgehalten:

„Wir sind gross genug um eine hochstehende Qualität in Pflege, Medizin, Therapien, Dienstleistungen und Infrastruktur zu erbringen. Wir sind klein genug um Geborgenheit und persönliches Wohlbefinden zu vermitteln, effizient zu funktionieren und einen guten zwischenmenschlichen Kontakt zu ermöglichen.“⁷⁸

Wie oben dargelegt, sind die Kerndienstleistungen im Grundleistungsauftrag für Organisationen des Gesundheitswesens verankert, werden heute in unterschiedlicher Qualität erbracht und sind nicht von den produktionsorientierten Leistungen zu trennen, mit denen sie erbracht werden. Sie sind keine Serviceleistungen im Sinne der vorliegenden Arbeit. Dienstleistungen als Teil des Marketing Mix sind sehr kerndienstleistungsnahe Serviceleistungen und werden zumeist mit den Kerndienstleistungen zusammen erbracht. Die Ausführung, aber auch die Planung der meisten dieser Leistungen sind Führungsaufgaben der jeweiligen Linieneinheiten. Die Kerndienstleistungsergänzenden und begleitenden Leistungen, sowie die Prozessunterstützenden Leistungen sind hingegen Value Added Services, welche klar über den eigentlichen Leistungsauftrag hinausgehen, deren Erbringung i.d.R. nicht durch die Sozialversicherungen honoriert wird und somit einen strategischer Investitionsentscheid darstellt, der koordiniert über alle Linieneinheiten hinweg vorbereitet und gefällt werden muss.

5.3.2.1 Identifikation von potentiellen Servicefeldern und -leistungen

Es ist und bleibt eine Herausforderung für ein Krankenhaus, zu eruieren, welche Präferenzen Kunden, aber v.a. Patienten haben und welche Klinikleistungen im Wahrnehmungsraum der Kunden zum Basic-, Performance- und Excitement-/Distinctive-Bereich gehören.

⁷⁸ Quelle: http://www3.stzh.ch/internet/swz/home/6_spalte/spital/leitbild.html (02.02.2004)

Grundlegend ist, wie im Kapitel 1 und 3 gezeigt, die klinische Qualität als Basic- resp. als niedere bis mittlere Performance – Leistung. Dazu gehört in Teilen auch das Verhalten der Health Professionals (hier mit Beispiel Arzt), welches Baker (1998, 260) wie folgt beschreibt: „Patients want flexibility, responsiveness, consistency, and quality in their relationship with you. Regardless of the clinical outcome, patients will perceive quality when they receive interest, understanding, empathy, and compassion. Patients need to feel that they are safe and secure, that they belong and are important. By identifying what your patient needs and respecting what he wants, you exceed your patient’s expectations and are the memorable physician you intended to be when you entered the profession.“ Das bestätigen auch Butcher, Sparks und O’Callaghan (2003,187), wenn sie die Bedeutung des „social regard“ als Erfolgsfaktor und Prädiktor für Zufriedenheit als Ergebnis ihrer empirischen Studie betonen: ...“ social regard was shown to have a greater predictive power on satisfaction than value for money in all service industries sampled, and a greater predictive power than perceived core service quality”⁷⁹ Social regard wird dabei definiert als: “...the genuine respect, deference, and interest shown to the customer by the service provider such that the customer feels valued or important in the social interaction” (a.a.O. 188).

Vier Punkte sind hier also wichtig im Verhalten der Mitarbeiter um den Kunden maximal zufriedenzustellen – und nahezu das Kernprodukt resp. den Outcome des Kernproduktes vergessen zu machen:

1. Genuineness
2. Respect⁸⁰
3. Deference
4. Interest

Diese Art des Verhaltens ist dem persönlichen Service zuzurechen (siehe Anfang des Kapitel 6). Unternehmerischer Service hingegen ist schwieriger zu realisieren. Folgende Methodik bietet sich an:

⁷⁹ Einschränkung muss gesagt werden, dass sich die Studie neben Kliniken für Naturheilkunde auch auf eine Auswahl von klassischen Dienstleistungen bezog (Friseur, Cafes) und 76 % des Kundensamples Frauen waren, sowie die Studie insgesamt in Australien durchgeführt wurde.

⁸⁰ Vgl. hierzu auch Richter 1997, welche auf die nonverbale Kommunikation der Health Professionals mit Patienten eingeht und deutlich macht, welche Nachteile ein im Bett liegendes Individuum gegenüber der behandelten Person bzgl. der Kommunikation hat.

Die Identifikation von potentiellen Serviceleistungen erfolgt idealiter anhand der Prozesskette des Krankenhauses bzw. der von Porter (Porter 1996, 74) entwickelten Wertkette (Value Chain). Dieses ursprünglich für die Industrie entwickelte Modell eignet sich auch für das Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus.

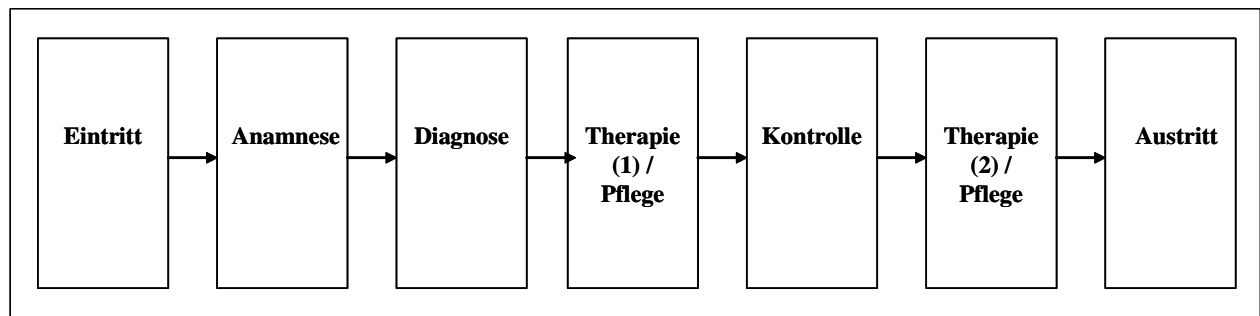


Abbildung 86: Wertschöpfungskette im Spital (in Anlehnung an z.B. Güntert)

In dieser Wertschöpfungskette sind die unterschiedlichsten Abteilungen und auch Professionen und Systeme beteiligt. Die einzelnen Arbeitsschritte finden sehr häufig in unterschiedlichsten Lokalisationen mit unterschiedlichen Strukturen, Prozessprioritäten, Instrumenten- und Werkzeugeinsatz, sowie Kulturen statt.

Möglich ist dies zum Beispiel durch das Value Chain Konzept. In den nachfolgenden Tabellen (Straub 1997, 235) wird die Vorgehensweise beim Einsatz der Wertkette verdeutlicht indem die Kostenvorsprungstrategie der Differenzierungsstrategie bei der Suche nach Wettbewerbsvorteilen gegenübergestellt wird. Diese beiden Strategien sind die Kernbestandteile des Value Chain Konzepts nach Porter (Esser 1989, 198) und bestimmen die Ausgestaltung der Wertkette und die Vorgehensweise zu deren Erarbeitung.

1. Definition und Analyse der eigenen Wertkette des Krankenhauses
2. Herausarbeiten der gegenwärtigen Schwerpunktbildung in der eigenen VC (qualitativ / quantitativ)
3. Definition und Analyse der Wertkette der Mitbewerber, Vergleich mit der eigenen VC
4. Definition und Analyse der Anforderungen der Abnehmer und Analyse der eigenen Wertkette
5. Definition und Analyse vor- und nachgelagerter Wertketten in der Branche

Tabelle 14: Allgemeine Vorgehensweise beim Einsatz der Wertkette

1. Ermitteln der richtigen eigenen Krankenhauswertkette und Zuordnung der Kosten
2. Diagnose der Kostenantriebskräfte jeder Wertaktivität und deren Wechselbeziehungen
3. Ermitteln der VC der Mitbewerber (schätzen) und Feststellen der Kosten in Relation sowie Analyse der Ursachen für Kostenunterschiede
4. Strategieableitung zur Verbesserung der relativen Kostenposition durch Kontrolle der Kostentreiber oder Neustrukturierung der VC und/oder der vor-/nachgelagerten Wertaktivitäten
5. Überprüfung der Dauerhaftigkeit der Kostensenkungsstrategie

Tabelle 15: Schritte der Kostenvorsprungsstrategie eines Spitals (vgl. auch Porter 1999, 166 f)

1. Ermitteln des realen Abnehmers / Kunden
2. Ermitteln der Abnehmer VC und des Einflusses der Krankenhaus-VC auf diese
3. Ermitteln der Rangfolge der Kaufkriterien des Abnehmers
4. Bewertung bestehender und potentieller Quellen der Einmaligkeit in der VC des Krankenhauses (dies ist allerdings sehr relativ)
5. Ermitteln der Kosten vorhandener und potentieller Differenzierungsquellen
6. Wahl der Zusammenstellung an Wertaktivitäten, welche in den Augen der Abnehmer die wertvollste Differenzierung darstellt
7. Überprüfung der Dauerhaftigkeit der Differenzierungsstrategie

Tabelle 16: Schritte bei der Differenzierungsstrategie eines Spitals (vgl. auch Porter 1999, 219 ff)

Anhand der unterschiedlichen Teil - Prozessketten innerhalb des Spitals lassen sich die speziellen zur Differenzierung geeigneten Value Added Services bestimmen.

Grundsätzlich und immer gilt es dabei aber zu beachten, dass die Qualität und der Wert der eigenen Dienstleistung, des eigenen Produktes sehr stark vom Angebot der Konkurrenz beeinflusst werden. „Yet it is the essence of the competitive aspect of value, and it is an area where businesses frequently get into competitive difficulty (Buzzel und Gale 1987, zit. nach Banker, Khosla, Sinha 1998, 1180)“.

Die Gefahr des Value Chain Konzepts ist nach Straub, dass es eher vom klassischen Ressortdenken und der klassischen Funktionalorganisation geprägt ist als von einer

notwendigen Prozessbetrachtung (Straub, 1997, 236). Beide Ansätze ergänzen sich idealtypischerweise, denn der Prozessgedanke prägt die normative Ebene, währenddessen das Value-Chain-Konzept die strategische Ebene dominiert.

Wahrscheinlich in Anlehnung an die o.g. Value Chain von Porter kreiert Torsilieri et al. (2000) eine Wertleiter. Die Zuteilung dieser Leistungen zu einer virtuellen Wert-„Leiter“ für den Kunden, ist hilfreich. V.a. für die institutionellen Kunden (vgl. Torsilieri et al. 2000, 20). Diese kann wie folgt beschrieben werden:

- Sprosse 1: Ein Leistungserbringer verkauft Produkte und Dienstleistungen und überlässt es dem Know-How des Kunden diese Leistungen zusammenzustellen und diese effizient und effektiv zu nutzen.
- Sprosse 2: Der Leistungserbringer übernimmt Verantwortung für die wertsteigernde Integration indem er sein überlegendes Wissen nutzt um dem Kunden ein integriertes System an Produkten und Dienstleistungen eine „Problemlösung“ zu verkaufen.
- Sprosse 3: Der Leistungserbringer übernimmt Verantwortung dafür, dass der Kunde einen Nutzen mit dieser Leistung erzielt, überlässt aber die letztendliche Wertbildung dem Kunden.
- Sprosse 4: Ein Leistungserbringer kann auf dieser Stufe entweder ganz oder nur in Teilen Verantwortung für den Erfolg des Kunden übernehmen.

Die Wertleiter die Sprossen hinaufzusteigen nähert den Leistungserbringer dem objektiven Bedarf, dessen subjektiven Bedürfnissen (needs), den Wünschen (wants) und letztendlich den Hoffnungen (hopes) des Kunden an.

Hilfreich ist hierbei als Grundlage das sogenannte Blueprinting. „Durch ein „ServiceBlueprint“ („Blueprint“; engl.: Blaupause, Entwurf oder Plan) wird ein Abbild des Gesamtprozesses und der Teilprozesse einer Dienstleistung entlang einer Zeitachse chronologisch skizziert, was neben der Analyse der im Rahmen der Wertschöpfungsprozesse zwischen Anbieter und Nachfrager existierenden, interaktiven Schnittstellen auch deren optimierte Gestaltung ermöglicht (Fliess, Möller und Momma 2003, 29).“ Beim Blueprinting handelt es sich um ein ursprünglich von Shostak (siehe 4.4) entwickeltes Instrument für die Planung und Kontrolle von Dienstleistungsangeboten. Notwendig ist dazu die systematische Aufgliederung des

Dienstleistungsproduktions- und -konsumprozesses und deren graphische Darstellung in einem Ablaufdiagramm (z.B. Stauss 1995, 386). Wo Abläufe hinreichend formalisierbar sind, sollte mit Hilfe der Informationstechnologie ein entsprechendes Abbild der Prozesse erstellt werden, das ein Hilfsmittel darstellen soll um die Koordination der dieser Prozesse zu gewährleisten, bzw. im Idealfall sogar zu übernehmen (Roberts und Sergesketter 1993, 92 ff).

Als Beispiel mag die Untersuchung von Lüthy et al. dienen, die Kinderärzte zu Ihren Erwartungen und Wünschen entlang der Wertschöpfungskette befragt hat:

Sie kommt in ihrer Untersuchung zur Zufriedenheit zuweisender Kinderärzte zu dem Schluss, dass die medizinisch- pflegerische Versorgungsqualität als hoch vorausgesetzt wird, (2000, 34), Zufriedenheit (im untersuchten Fall war die Anzahl der Beschwerden der beeinflussende Faktor, was auf die Ahnungslosigkeit der Autorin hinweist) hingegen wird erreicht, wenn die Informations-, Kommunikations-, Kooperations- und Serviceangebote und – strukturen des Spitals ein hohes Niveau aufwiesen. Lüthy et al. (2000, 33) können denn für die ihr Klinikbeispiel folgenden Erwartungen und Wünsche der Einweisen bzgl. Der nachfolgenden „Bereich“ identifizieren:

„Bereich *Information*

- Informationen über Leistungsspektrum (88,5%),
- Rooming- In (80%),
- Apparative und kindgerechte Ausstattung der Klinik (50%)
- Informationsmaterial über medizinisches Angebot (96%)
- pflegerisches Angebot (87%)
- Fortbildungsveranstaltungen (65,4%)
- persönlicher Kontakt zum Chefarzt/ Oberarzt (61,5%)

Bereich *Kommunikation*

- fester Ansprechpartner in der Klinik (92,3%)
- Stationsarzt als Ansprechpartner (84,6%)
- Telefonische Erreichbarkeit zwischen 11.00 und 14.00 Uhr (48%), 14.00 bis 17.00 Uhr (56%)
- Telefon als bevorzugter Kommunikationsweg (96,2%)

Bereich *Kooperation*

- Einbeziehung des Zuweisers in Therapie der Klinik (89%)

- intensiver Erfahrungsaustausch mit Klinikkollegen (74%), d.h. Gesprächsforen als "Stammtisch",
- Abstimmung ambulanter und stationärer Diagnostik und Therapie

Bereich Serviceleistungen

- Elternschulungen für chronisch kranke Kinder (91,3%)
- Medizinische Fortbildungsveranstaltungen, die die Kinderklinik organisiert (88%)
- 32% kennen das Angebot der medizinischen Fortbildungen
- Wunsch, den Klinikarzt einen Tag zu begleiten, um Abläufe besser kennenzulernen (30%)

Vergleicht man nun diese Wünsche mit dem Status Quo liegen die ersten VAS auf der Hand.

Eine weitere Möglichkeit zur Identifikation potentieller VAS ist die Analyse von Servicebereichen im unten genannten Sinne. Dazu werden die klassischen Zufriedenheitsanalysen genutzt und in den Dimensionen Wichtigkeit und Zufriedenheit indexiert. Nach den Regeln des Lean Service (Kostenoptimierung der Kerndienstleistung) sind Leistungen welche zufriedenstellend erbracht, aber unwichtig sind dem Servicebereich Übererfüllung zuzuordnen und ersatzlos zu streichen. Andererseits werden auch Defizite für die Kernleistung entdeckt werden.

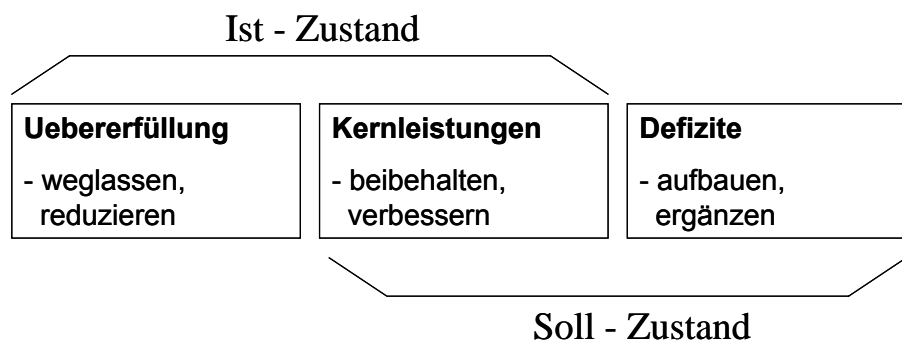


Abbildung 87: Servicebereiche nach Biehal (1994, 33)

Biehal verwendet obige Abbildung im Rahmen des lean service und sieht die Chance nicht, welche sich aus der Übererfüllung ergeben. Denn sowohl die Defizite als auch die Übererfüllung können Anhaltspunkte sein für Leistungen welche der Kunde so wertschätzt, dass er im Idealfall sogar bereit ist dafür zu bezahlen. Trotzdem besteht die Notwendigkeit einzelne Leistungen der Übererfüllung abzubauen und

Blindleistungen aufzuheben (z.B. Meissner 1996, 235), um Mittel frei zu haben um diese in sinnvolle Serviceleistungen zu investieren.

Wie in Kapitel 4 konstatiert, gibt es eine Vielzahl von Instrumenten zur Messung der Dienstleistungsqualität und somit auch zur Identifikation der Kundenwünsche bezüglich der Kerndienstleistungen. Nicht alle diese Instrumente sind sinnvoll zur Identifikation von potentiellen Value Added Services. Diese Methoden sollen Informationen über positive (negative) Konsumerfahrungen und eindeutige Hinweise auf konkrete Stärken (und Schwächen) sowie die Intensität ihres Erlebens ermöglichen und einen hohen diagnostischen Wert für den Dienstleistungsanbieter haben (vgl. Stauss 1995, 385).

Wie weiter oben erwähnt (Kap. 4.4.6) sind es v.a. die kundenorientierten, „objektiven“, besser indirekten, Messansätze (Silent Shopper⁸¹, Expertenbeobachtung, Transaktionsanalysen insgesamt), sowie die direkten, ereignisorientierten Messansätze (Story-Telling/Listening, Sequentielle Ereignismethode, (positive) Critical Incident Methode oder deren Kombinationen), welche zur Hilfe genommen werden können. Diese sollen im Folgenden nochmals kurz aufgegriffen und charakterisiert werden: Beschwerdeanalyse und- management als direkter ereignisorientierter Ansatz, der auf Negativerlebnisse rekurriert wird ebenfalls kurz angesprochen, da er eine wichtige Kontrollfunktion hat. Dies obwohl er eigentlich kein geeignetes Instrument zur Identifikation von Value Added Services sein kann, da diese stets freiwillig (und im Idealfall überraschend) erbracht werden. Ein Anspruch besteht darauf ja nicht. Genauso verhält es sich mit der Conjoint – Analyse im KH. Sie ist grundsätzlich geeignet für Kerndienstleistungen in der Kategorie Basic und niedere Performance (z.B. Schmutte 1997), für Value Added Services nicht, da Value Added Services einen überraschenden Charakter haben, welche situativ erbracht werden.

Bezugspersonen sind in diesem Fall jeweils ehemalige oder aktuelle Kunden. Wie alle Qualitäts- und Zufriedenheitsinstrumente haben diese Werkzeuge den Nachteil, dass sie sich nur auf schon vorhandene Kunden stützen.

⁸¹ Auch Mystery Shopper genannt (Bruhn 1999)

5.3.2.1.1 Storytelling und Storylistening

Liebl und Rughase (2002, 34 ff) stellen die innovative, aber gut nachvollziehbare Hypothese auf, dass bevor man Produkte oder Dienstleistungen durch „Storytelling“ verkaufen kann (heute u.a. durch das „Storytelling“ als strategisches Umsetzungs-, Commitment- und Verkaufsinstrument) das „Storylistening“ steht.

Storytelling bedeutet, dass Geschichten rund um das Produkt oder die Dienstleistung erzählt werden um sich von Wettbewerbern zu differenzieren. Storytelling wirkt aber auch nach innen, denn es ist eine Sozialtechnik um bei den Mitarbeitern nicht nur Verständnis, sondern auch Commitment zu fördern. Das Management der Unternehmenskultur hat dies schon lange erkannt, denn es zählt Geschichten, Legenden und Mythen zur Gründerzeit des Unternehmens, zu bestimmten Produkten oder Dienstleistungen zu den kulturbildenden Elementen. Storytelling ist damit ein normatives und strategisches Verkündigungs- und Kommunikationsinstrument.

Storylistening hingegen sollte, so Liebl und Rughase eigentlich dem Storytelling vorgelagert sein, denn sonst wäre das Storytelling nur eine Annäherung an das Verständnis über die kaufrelevanten Nutzungs- und Bedeutungszusammenhänge der Kunden. Die beiden Autoren bemängeln denn auch diese Art der Einwegkommunikation, welche zwangsläufig in einem Suboptimum enden muss und sicher nicht geeignet ist mögliche strategische Wettewerbsvorteile zu erzielen.

Beim Storylistening geht es also darum dem Kunden beim Erzählen seiner Geschichten zuzuhören um so „in die erlebte - Welt- des Kunden einzutauchen, um Hinweise auf die eigene strategische Position und Anhaltspunkte für strategische Optionen zu gewinnen“ (Liebl / Rughase 2002, 35). Es müssen nach dem Geschichtenerzählen Übersetzungsleistungen für das Management erbracht werden um es diesem zu ermöglichen die relevanten Entscheidungen zu treffen. Bei der Analyse der Geschichten stehen nach Liebl und Rughase (a.a.O.) im Vordergrund:

- die Ermittlung der Unterscheidungskraft im Wettbewerb
- die Darlegung oder Identifikation von Andockstellen für strategische Optionen und strategische Segmentierung der Kunden anhand ihrer Vorstellungswelten

Egal wie und in welcher Form und in welcher Tiefe segmentiert wird, es ist und bleibt eine Herausforderung zu eruieren, welche Präferenzen bzgl. „wants and needs“ Kunden haben, welche Leistungen einen „added value oder auch „best value“

darstellen. Eine sehr verbreitete und bzgl. der Kerndienstleistung bewährte Methode um dieses Ziel zu erreichen scheint der Einsatz von „user focus groups“ zu sein (z.B. Cambridge / McCarthy 2001). Für Value Added Services ist dies hingegen nicht zu empfehlen !

Die „Allzweckwaffe“ User Focus Group“ kann hier sehr schnell an ihre Grenzen stossen, wenn diese Gruppen nur nach den klassischen Kriterien (wie Alter, Geschlecht, Betriebsgrösse, Versicherungszahl, Konsum- oder allgemeines Verhalten, Umsatz) eingeteilt werden, bzw. sie ist nach Zaltman (Zaltman 2003) sogar untauglich⁸². Geschehen müsste dies zweifelsohne nach den Kriterien welche durch das Storytelling eruiert wurden. Diese Ansätze scheinen tatsächlich notwendig um sich im Markt behaupten zu können, denn wie auch die o.g. Autoren konstatieren, stossen die üblichen Konzepte der Marktforschung (Konsumverhalten) mit ausgefeilten Kundenzufriedenheitsanalysen wegen der zunehmenden Individualisierung an ihre Grenzen. Auch indirekte Methoden der Messung von DLQ, sogenannte Mystery Shopper – externe Scheinkäufer / - konsumenten welche derzeit vermehrt v.a. im Handel eingesetzt werden (Lorentz 2001) – sind nicht ganz in der Lage nachzuvollziehen und zu beschreiben was Kunden empfinden und denken, sind doch die Mystery Shopper „voreingenommen“ und auf bestimmte Abläufe fixiert. Silverstein und Fiske haben denn auch festgestellt, dass es z.B. bei der Entwicklung und Einführung erfolgreicher „new luxury products“ v.a. Marketingfremde sind, die hier reüssieren. Die Vorgehensweise kann auf einen sehr kurzen Nenner gebracht werden: Diese Unternehmer verlassen sich selten auf Umfragen und Focus Gruppen, sondern richten Ihr Hauptaugenmerk auf Produkte oder Services welche inzwischen teuer aber „abgestanden“ oder billig aber undifferenziert sind. Dann verbringen Sie viel Zeit mit Ihren Schlüsselkunden – v.a. im Eins zu Eins Gespräch (Silverstein / Fiske 2003).

Der Einsatz der Methodik des „Storylistening“ kann durchaus als radikale Abkehr des angebotsdominierten Design von Dienst- und Serviceleistungen bezeichnet werden. Alternativen sind aber derzeit für wettbewerbsentscheidende Value Added Services nicht in Sicht.

⁸² Zaltman empfiehlt hingegen klassische ein zu eins Interviews welche mit unterschiedlichen Techniken aus der klinischen Psychologie und Soziologie angereichert sind. Er hebt v.a. die Bedeutung der „methaphor-elicitation“ zur Identifikation wichtiger bisher noch nicht adressierter „needs“ hervor (a.a.O. 2003)

5.3.2.1.2 Sequentielle Ereignismethode

Die sequentielle Ereignismethode basiert als phasenorientierte Kundenbefragung auf den Ergebnissen des zuvor durchgeführten Blueprinting-Verfahrens. In einem ersten Schritt werden möglichst alle Kontaktsituationen erfasst und deren Bedeutung ermittelt. Jeder einzelne Dienstleistungsteilprozess wird detailliert aus Kundenperspektive erfasst, in abgrenzbare Sequenzen zergliedert und in seinem Ablauf graphisch dokumentiert. Idealtypischerweise werden die derart ermittelten „Augenblicke der Wahrheit“ ergänzt durch eine Häufigkeitsschätzung (z.B. Stauss und Hentschel 1995, 386). Anhand der ermittelten und aufgezeichneten Kundenkontaktpunkte werden die Kunden im persönlichen Interview - ähnlich wie bei der Critical Incident Technique - gebeten den Ablauf ihres Dienstleistungserlebens und ihr Erleben der „Wahrheit“ ausführlich zu schildern (Meister / Meister 1996, 84). Vorteilhaft ist hierbei, dass durch die geführte Anleitung der Schilderung nicht nur kritische Ereignisse erfasst werden, sondern auch diejenigen, die vom Konsumenten zwar als unangenehm, aber nicht unbedingt als empörend empfunden werden und somit zusätzliche, differenzierte Informationen über Probleme und deren Ursachen gewonnen werden können. Ein Nachteil dieser Methode ist, dass Kunden das Dienstleistungsgeschehen an Kontaktpunkten beurteilen sollen, die ihnen möglicherweise gar nicht aufgefallen sind. Hier können im Zweifelsfall Sachverhalte bewertet werden die für die Kunden im Normalfall eher bedeutungslos sind (Meister / Meister 1996, 84).

5.3.2.1.3 Critical Incident Methode (positiv)

Die Critical Incident Technique wurde bereits in den fünfziger Jahren entwickelt und zielt auf die Erfassung und Auswertung kritischer Ereignisse („critical incidents“) im Ablauf von Handlungsprozessen. Unter dem Stichwort CIRS wird heute vor allem über kritische Ereignisse im Medizinbetrieb diskutiert und entsprechende Datenbanken aufgebaut um voneinander zu lernen. Wie auch in anderen Gebieten der Wissenschaft besteht auch hier Uneinigkeit über die Definition sogenannter kritischer Ereignisse. Flanagan (1954, 327) definiert im Rahmen seiner Konzeption der Ereignisanalyse als Beobachtungsinstrument ein Ereignis zunächst als „(...) any observable human activity that is sufficient complete in itself to permit interferences and predictions to be made about the person performing the act“. Als kritisch wird ein Ereignis von ihm dann bezeichnet, „if it makes a ‘significant’ contribution, either positively or negatively, to the general aim of the activity“ (a.a.O. 338 nach Stauss 1995). Während Bitner et al. (1990), die diese Methode zur Analyse von Konsumentenproblemen im Dienstleistungsbereich einsetzten, sie erfassten und analysierten mit dieser Methode insbesondere Interaktionen zwischen den Angestellten des Dienstleistungsunternehmens und den Kunden, die als Erlebnisse bei den Kunden besondere Zufriedenheit oder Unzufriedenheit auslösten, bezeichnen Stauss (1995, 390) oder auch Meister und Meister (1996, 84) sie als Methode um Vorfälle zu erfassen, die von den Konsumenten als aussergewöhnlich positiv oder negativ empfunden und im Gedächtnis behalten wurden. Die Kernidee der Critical Incident Technique besteht darin, Geschichten zu erheben, die dem Kunden einfallen, wenn sie ihre Erfahrung mit dem Dienstleistungsanbieter evaluieren und die sie im persönlichen Umfeld weitererzählen. Ebenfalls ermittelt werden zugetragene Ereignisse im Sinne von „word of mouth“ (Meister und Meister 1996, 85). Die Erhebung erfolgt mit Hilfe standardisierter offener Fragen um Kunden an ein besonders positives oder besonders negatives Erlebnis mit dem Dienstleister zurückzudenken zu lassen und diesen Vorfall in allen Einzelheiten zu beschreiben. Dem Kunden wird hierbei die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung gegeben, keine Fragen vorgegeben (z.B. Stauss 1995, 391 oder Meister und Meister 1996, 85). Allerdings sind Hilfsfragen durch die Konkretisierung der Ereignisschilderungen stimuliert werden können opportun (a.a.O.. 94 ff.). Dabei ist zu beachten, dass als Ergebnis Ereignisse vorliegen, die:

- den Kunden-Anbieter-Kontakt betreffen,
- aus Kundensicht besonders positiv oder besonders negativ sind
- als abgeschlossene Episoden vorliegen und
- hinreichend detailliert aufgenommen sind, um nachempfunden zu werden.

Die Auswertung erfolgt i.d.R. mehrstufig, in dem auf der Basis von Inhaltsanalysen typische Erlebniskategorien gebildet und kategorienbezogen die Häufigkeiten der Erlebnisse ermittelt werden. Dies ist umfassend möglich für alles Aufgenommene oder nur aufgrund der explizit erwähnten Ereignisse.

Für den zweiten Fall schlagen Stauss und Hentschel (1990, 242) folgendes Vorgehen vor:

- Bestimmung eines Bezugsrahmens für die Kodierung und Klassifikation der Ereignisse,
- induktive Verdichtung der in Form von Einzelergebnissen vorliegenden Informationen, indem die Probleme genau identifiziert, benannt und spezifizierten Haupt- und Unterkategorien ähnlicher Ergebnisse zugeordnet werden,
- Bestimmung des geeigneten Konkretisierungsgrades für die Ereignisberichterstattung,
- Absicherung des Prozesses der Kategorienbildung über verschiedene Reliabilitäts- und Validitätsprüfungen.

5.3.2.1.4 Beschwerdeanalyse

Den Beginn der Beschwerdeanalyse bildet die Annahme, dass Beschwerden als Artikulationen unzufriedener Kunden und somit als wesentliche Informationsquelle über misslungene Augenblicke der Wahrheit anzusehen sind (Stauss 1995, 388). Sie eignet sich somit generell zur Problementdeckung und hat wie oben erwähnt eine Art Kontrollfunktion. Dies in folgendem Sinne:

Es ist möglich, dass Kunden bei einem ersten Kontakt Value Added Services erhalten haben, in einem zweiten aber nicht. Diese werden enttäuscht sein und – sich beschweren.

Andererseits weiss die Unternehmung bei einer fundierten Beschwerdeanalyse genau, was von ihr erwartet wird (Basics und niedere Performance Leistungen nach Kano's Kategorisierung). Wenn sie dies weiss, kann sie auch bestimmen was die matchentscheidenden Leistungen sein könnten, welche hohe performance und excitement Charakter haben, Value Added Services sind.

Aus der Perspektive Value Added Services sind auch die Vor- und Nachteile der Methode neu zu bewerten:

Vorteile dieser Methode bestehen i.d.R. darin, dass die von den Kunden geäusserten Beschwerden einen konkreten Informationswert haben und sowohl eindeutig, als auch aktuell sind. Bei Beschwerden handelt es sich zudem um eine Form konsumenteninitiiertes Kommunikation. Beides trifft auf für das Setting VAS zu.

Gegen diese Methode spricht allerdings, dass durch die Erhebung von Beschwerden keine vollständige Ermittlung von (negativen) Erlebnissen in Augenblicken der Wahrheit erfolgen kann. Darüber hinaus zeigen empirische Arbeiten über die Determinanten des Beschwerdeverhaltens, dass Beschwerdeinformationen weder in Bezug auf die Beschwerdeführer noch auf die artikulierten Probleme repräsentativ sind (vgl. Stauss 1995, 388). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die vielfach belegte Tatsache, dass sich nur ein Bruchteil der unzufriedenen Kunden - oft hauptsächlich jüngere Personen – beschwert (z.B. Stauss 1995, 389; Meister und Meister 1996, 83; Töpfer und Mann 1996, 49). Die Argumente treffen auf VAS nicht zu, jede Information ist willkommen.

Beschwerdemanagement, Kundenrückgewinnung und vor allem das Lernen aus Service Fehlern ist im Allgemeinen überlebensnotwendig für die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit (Tax u. Brown 1998) und im Gesundheitswesen essentiell, denn i.d.R. bewegt sich ein Leistungsersteller in einem relativ geschlossenen Markt, auch wenn die Mobilität der Kunden zunimmt. Die Tatsache, dass die Reklamationsrate bei Unternehmen relativ tief ist, sie aber zwischen 15 % und 35 % ihrer Kunden verlieren, ist darauf zurückzuführen, dass sich nur 4 % der unzufriedenen Kunden beschwerten, aber 65 % bis 90 % der unzufriedenen Kunden verlorengehen. Dabei sind nach Studien der KPMG 69 % dieser Abwanderungen auf schlechte Service – und Verkaufsleistungen zurückzuführen (Meyer 2001, 19).

Attribution (ownership for problem), empowered staff und apology sind nach Boshoff et al. die entscheidenden Faktoren für den Kunden um einigermaßen befriedigt aus einer Situation mit Dienstleistungsfehler(n) entlassen zu werden (Boshoff et al. 1998, 24 ff). Ihre empirische Studie, welche das Luftverkehrsgeschäft und Banken als Objekt hatte zeigt: „ ... once a service failure has occurred, customers expect the service firm to accept responsibility for the problem, they prefer to deal with staff who are fully empowered to solve their problem relatively quickly. An apology in person, or alternatively, by telephone is preferable“ (Boshoff et al. 1998, 40).

Dabei spielt es für die Bewertung durch den Kunden mehr oder weniger keine Rolle ob sich der Mitarbeiter bei der Problemlösung emotionslos oder emotional beteiligt zeigt. Die emotionale Arbeit des Mitarbeiters bei der Problemlösung wird hingegen vom Kunden wertgeschätzt, weil während dieses Prozesses Informationen bzgl. der Vertrauenswürdigkeit des Leistungserbringers transportiert werden (Grayson 1998, 146).

Dies führt u.a. dazu, dass 82 % der Kunden deren Probleme gelöst werden dem Unternehmen treu bleiben. Für jedes Unternehmen eine lohnende Investition denn nach der gleichen Quelle (Meyer 2001, 19) sind Neukunden ca. 10 mal teurer als vorhandene Kunden zu halten. Andere Quellen sprechen allerdings vom Faktor 5 (Berg 1991, 46). Eine Reduktion der Kundenabwanderungen um nur 5 % soll nach Meyer hingegen die Profitabilität von Unternehmen zwischen 25 % und 85 % steigern.

Die Bedeutung hoher Kundenzufriedenheit durch qualitativ hohe Dienstleistungen und Value Added Services wird auch deutlich, wenn man berücksichtigt, dass es Firmen gibt, die das Beschwerdemanagement derart stimulieren, ein „fishing for complaints“ (in Anlehnung an as fishing for compliments) betreiben, dass sie Garantien auf Ihre Leistungen aussprechen.

Der Einsatz einer Garantie ist nach Hart (zit. nach Olavarria 2001, 190 f) insbesondere dann sinnvoll, wenn:

- der Preis einer Dienstleistung und somit das ökonomische Risiko für den Kunden hoch ist;

- die Dienstleistung ein hohes soziales Risiko aufweist;
- die Dienstleistung wenige Sucheigenschaften aufweist und der Kunde über wenig Erfahrung mit der Dienstleistung verfügt und somit das funktionale Risiko für den Kunden hoch ist;
- die Folgen einer fehlerhaften Leistung gravierend sind;
- das Qualitätsimage einer bestimmten Branche schlecht ist;
- die Kundenzufriedenheit eine bedeutende Rolle für den Geschäftserfolg hat, zum Beispiel weil das Unternehmen stark auf Stammkundschaft angewiesen und/oder die Mund-zu-Mund-Propaganda von hoher Bedeutung ist.

Nach gleichem Autor (a.a.O.) ist bei der Festlegung der Art einer Garantie und der Festlegung der Höhe der Kompensation bei Nichterfüllung der garantierten Leistungen zu berücksichtigen, dass eine Garantie beim Kunden auch Skepsis bezüglich der Leistungsfähigkeit eines Dienstleisters auslösen kann. Daher sollte sich eine Garantie nicht auf Leistungsbestandteile erstrecken, die vom Kunden als selbstverständlich -also die Basic- Leistungen- wahrgenommen werden. Erfolgversprechend hinsichtlich der Reduktion der Unsicherheit des Kunden sind Garantien im allgemeinen dann, wenn sie bedeutungsvoll, leicht zu kommunizieren, leicht verständlich und ohne grossen physischen und psychischen Aufwand für den Kunden einzufordern sind.

Garantien im B2B Bereich können als administrative Garantien relativ einfach erwirklicht werden. Tatsächlich innovativ wären Garantien im B2C Bereich, wie:

- z.B. Wartezeitgarantien (Kumar, Kalwani und Dada 1997, 295 ff). Garantien erhöhen die Zufriedenheit wenn sie eingehalten werden und drücken die Zufriedenheit auf ein sehr tiefes Niveau wenn sie nicht eingehalten werden können.
- z.B. Ernährungsgarantien. Da Patienten (häufig ältere) teilweise mangelernährt sowohl ins Krankenhaus eingeliefert werden, als auch dort nur suboptimal ernährt werden, bietet sich eine Garantie nach dem Motto „Bei uns werden Sie satt“, oder „Wir peppeln Sie wieder auf“ an. Eine Studie, an der sieben Spitäler der deutschsprachigen Schweiz beteiligt waren, hat bestätigt, dass die Mangelernährung eintretender Patienten ein sehr grosses Problem darstellt. Erste Hinweise darauf hatte bereits vor drei Jahren eine Untersuchung am Kantonsspital Winterthur erbracht (Gesellschaft für

klinische Ernährung der Schweiz et al.). Das Ergebnis ist sehr deutlich: 18 Prozent der 10 268 erfassten Patienten sind stark gefährdet oder leiden bereits an Mangelernährung. Die Probleme der Mangelernährung verschärfen sich im Spital oft weiter. Weil mangelernährte Patienten vor allem nach Operationen häufiger von Infektionen betroffen sind, deutlich länger im Spital bleiben und nach ihrer Entlassung öfter wieder dahin zurückkehren müssen, verursachen sie sehr hohe Mehrkosten (o.V. 2004 b). Eine deutsche Studie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis (o.V. 2005c).

Neben dem Aussprechen von Garantien trainieren und informieren o.g. Firmen ihre Kunden wie sich diese beschweren können. Den Mitarbeitern werden Leistungsstandard (welche den Garantien zugrunde liegen) kommuniziert, diese in diesen Dienstleistungen und Value Added Services, sowie in den unterschiedlich möglichen Ansätzen (z.B. Johnston u. Hewa 1997), resp. den im Unternehmen präferierten Ansätzen des „service recovery“ geschult und ihnen die notwendige Technologie an die Hand gegeben (siehe z.B. Tax u. Brown 1998).

Wichtig erscheint hierbei, dass im Management und v.a. im Behandeln von Beschwerden nicht auf Teams, sondern auf Einzelpersonen (innerhalb) der Teams gesetzt wird, die diese Beschwerden vollumfänglich verantwortlich behandelt um den Kunden / den Patienten nach einer Beschwerde zufriedenzustellen. Studien (z.B. O`Conner 1997, 384 ff) haben gezeigt, dass Teams Verantwortlichkeitsdruck zu stark auf alle Schultern verteilen, dieser Druck dann von den Einzelnen als weniger dramatisch eingeschätzt wird und notwendige Aktionen unterbleiben / in Ihrer Intensität zu gerign ausfallen, als dass noch befriedigende Ergebnisse gezeitigt werden.

5.3.2.2 Serviceorientierte Segmentierung

Wie in Kapitel 2 gezeigt, ist es möglich die Kunden in andere Kategorien einzuteilen als nach ihrem Standort. Hier der Versuch diesen Ansatz nutzbar zu machen:

Rolle	Beschreibung	
Users	~ those who will use the products or services	Patienten
Initiators	~ those who initiate the „buying“ process	Zuweiser (Hausärzte und Spezialisten)
Influencers	~those who affect the „buying“ process	Niedergelassene Spezialisten, Angehörige
Buyers	~those with the formal authority to „select“	
Deciders	~ those who actually make the final decision	Patienten
Approvers	~ those who own the formal authority to veto the deciders	Kantonsarzt
Purchasers	~those who do the actual „buying“ without having the authority to decide	Krankenversicherer
Gatekeepers	~those who controll the flow of information, – indirectly influencing the selection process	z.B. Zuweiser

Tabelle 17:Kunden nach Rollendefinition (in Anlehnung an Ossel 1998, 130)

Kundenkompetenzen als Segmentierungskriterium schlägt Canziani vor, denn Kunden haben durch unterschiedliche Kundenlaufbahnen unterschiedliche Erfahrungen gemacht, die sie zu unterschiedlichen Erwartungen führen, die sie aber auch befähigen die unterschiedlichen Aufgaben oder Rollen eines Kunden einzunehmen (Canziani 1997, 5 ff). Er teilt den Kunden in 3 Funktionen entlang des Prozessablaufs ein: Als originären Konsumenten, als Kunde bzgl. des Produkt / Service Kerns und als Kunde im speziellen Verhältnis zum Anbieter. Weiterhin differenziert er den Kunden in 3 Eigenschaften (Wissen, Fähigkeiten, Motivation) und kommt so zu einer neun Felder Matrix.

Customer / Service Process Task	Generic Consumer	Product / Service Core	Firm Specific
Knowledge	1	2	3
Skill	4	5	6
Motivation	7	8	9

Abbildung 88: Customer competency in Anlehnung an Canziani 1997, 8

Wie oben erwähnt (Storytelling und –listening) ist die „Allzweckwaffe“ User Focus Group“ schon für die Kerndienstleistungen an ihre Grenzen gestossen, wenn diese Gruppen nur nach den klassischen Kriterien Alter, Geschlecht, Versichertenzahl, Konsum- oder allgemeines Verhalten, Umsatz, Vermögen, Diagnose, Bildung, kulturelle Interessen etc.) eingeteilt werden, bzw. ist sie nach Zaltman (Zaltman 2003) sogar untauglich⁸³. Idealerweise geht man tatsächlich von der auszuarbeitenden Kategorisierung nach dem Story - listening aus, um dann in einer zweiten Ebene die eher klassischen Kriterien zu nutzen. Ziel ist und bleibt es die Segmente so heterogen wie möglich, nach innen aber so homogen wie möglich zu gestalten.

5.3.2.3 Serviceorientierte Strukturen

Genau wie die herkömmlichen Dienstleistungen sind VAS zu konzipieren, zu entwickeln, darzustellen, zu simulieren, alle Details zu formulieren (Logistik, Distribution, Präsentation) (Fitzsimmons u. Fitzsimmons 2000; Bruhn und Meffert 1998; Erloff, Mager und Manzini 1997; Glynn und Barnes 1995; Looy, van Dierdonck und Gemmel 1998). Als zentral erweist sich hierbei das Service Mapping (Kingman-Brundage 1995, 120 ff) resp. das Service Blueprinting (siehe Kap. 5.3.2.1).

Entscheidend ist hierbei wo die Kompetenz zur Gestaltung und dem Design für die VAS liegt. Für das Patientenbeziehungsmanagement lässt sich einerseits ein Patientencoach denken, andererseits ein Customer Care / Service Center.

5.3.2.3.1 Patientencoach für das Patientenbeziehungsmanagement

„Patientenbeziehungsmanager, die für Serviceleistungen und die individuelle Patientenbetreuung als Ansprechpartner vor, während und nach dem stationären Klinikaufenthalt verantwortlich sind, werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen (Wagner 2004, 155). So hat z.B. das Spital in Thun (Schweiz) schon seit 1998, aber auch das Ambulatorium der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen seit 2003 einen

⁸³ Zaltman empfiehlt hingegen klassische ein zu eins Interviews welche mit unterschiedlichen Techniken aus der klinischen Psychologie und Soziologie angereichert sind. Er hebt v.a. die Bedeutung der „methaphor-elicitation“ zur Identifikation wichtiger bisher noch nicht adressierter „needs“ hervor (a.a.O. 2003)

sogenannten Patientencoach (eine Art persönlicher Patientenprozessmanager) installiert. Dieser Coach ist einerseits Ausdruck der Kernkompetenz „Prozessmanagement“ mit dem Ziel einer guten medizinisch/pflegerischen Qualität (also der einer hochstehenden Kernleistung), andererseits ist dieser Coach ein herausragender Value Added Service, weil alle Stufen o.g. Nachfragepyramide der Patienten – bei sachgemässer und empathischer Ausführung – bedient werden. Beide Einrichtungen haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Drittens sollte der zu installierende Head Patient Coach Gestaltungsbefugnisse und Ressourcen in solchem Umfang haben, dass diese Funktion die in Kap. 6.3.2.1. genannten Instrumente einsetzen und pflegen kann, sowie die für das geeignete Personalmanagement notwendigen Befugnisse hat (siehe unten).

Die Aufgabe des Patientencoaches in Thun ist:

- „Der Coach empfängt den Patienten, gibt ihm erste Informationen, beantwortet Fragen und hilft so die anfangs oft vorhandene Verunsicherung abzubauen. Der Coach dient während des gesamten Spitalaufenthalts als Ansprechpartner, welcher selbst nicht in die Pflege und Behandlung integriert ist. Der Patient fühlt sich so stets sicher und aufgehoben und er kann seine Ängste und Anliegen einer Vertrauensperson gegenüber äussern.
- In der Verantwortung des Coachs gehört die Organisation des Aufenthaltes von der Koordinierung einzelner Untersuchungen, Therapien bis hin zur Austrittsplanung und zum Einbezug der Nachsorge wie Spitex etc.
- Im Spitalalltag ist der Coach eigentlich die einzige Ansprechperson, welche für den Patienten während der Werkstage verfügbar ist. Sie begleitet ihn vom Eintritt bis zum Austritt, versucht seine Situation unter Würdigung des persönlichen Umfeldes zu erfassen, die notwendigen Informationen zur Planung des Aufenthaltes und der Nachspitalphase zu sammeln und so die Fäden stets in der Hand zu haben.
- Coaches arbeiten interdisziplinär und sind die Schnittstellenmanager und Ansprechpartner für alle am Patientenprozess Beteiligten“ (o.V. 2005 b).

Einen ähnlichen Ansatz berichtet Biehal (1994, 20) aus einem Spital in Holland, welches jeden einzelnen Patienten als Projekt versteht. Hier kann dann das Betreuungsteam auch die Instrumente des Projektmanagements anwenden um den Patientenkunden wiederherzustellen.

5.3.2.3.2 Customer Service Center / Customer Care Center

Customer Service Center einzurichten empfiehlt Lazarus den Spitälern schon im damaligen Setting (Lazarus 1993, 15). Die Krankenhäuser sollen sich so zu Informationsdrehscheiben und Gesundheitszentren für Patienten und somit zu PPOs für Managed Care Organisationen (short term objective) zu entwickeln. Als long term objective nennt Lazarus die Chance „... to ensure that the customer, recognising the value of affiliating with the hospital through customer service center, will ultimately be guided by that affiliation when eventually faced with a choice of health plans.“

Das Customer Service Center hat den primären Vorteil, dass hier gesammeltes Know How und Erfahrung konzentriert und dem Kunden zur Verfügung gestellt wird. Er kann also v.a. Informationen testen, Erfahrung sammeln und so seine Präferenz entwickeln (Elsten und Chapuis 1999, 62 ff). In einem Managed Care Setting, in dem die Leistungserbringer dafür bezahlt werden „mehr mit weniger zu erreichen“, ist es essentiell alle verfügbaren Informationen über Patienten und potentielle Patienten zusammenzuführen um so entweder selbst optimale Leistung zu erbringen oder mittels eines Protokolls die optimale Weiterleitung / Überweisung durchzuführen (evtl. kann hier schon eine Art Case Manager eingesetzt werden) und mit diesen zusätzlichen Leistungen Vertrauen zu schaffen. Z.B. George (1999, 415 f) sieht in Call Centern für Patienten solche Möglichkeiten, die ähnliche Aufgaben haben könnten wie das NHS Direct, die nationale Hotline zu Gesundheitsproblemen des UK – NHS. V.a. aber dienen solche Center der Optimierung der Kommunikation mit vorhandenen und potentiellen Kunden (Ireland und Warhaftig 1999). Auch dienen sie dem Abbau der asymmetrischen Information und Kommunikation zwischen Spital und Kunde und stellen somit ein VAS dar (Gallouj 1997, 42 ff). Shemwell et al. zeigen auf, wie die Dienstleistungsqualität des Arzt- Patientenverhältnis welches durch das Informationsungleichgewicht zugunsten des Arztes stark durch die „Glaubensperspektive“ des Patienten geprägt wird. (Shemwell et al. 1998, 164). Sie schlagen denn auch in Anlehnung an das Dienstleistungsqualitätsmodell von

Grönroos vor, die funktionale Qualität zu erhöhen, welche der Patient einfacher nachvollziehen kann. Die Customer Service Center / Care Center müssen als allererste in der Lage sein diese Übersetzungsleistung zu erbringen.

Das Konzept und die Instrumente des Database Marketing aufgrund dessen Daten aus Abrechnungssystemen, Einweisungsaufzeichnungen durch niedergelassene Ärzte, Daten aus den eigenen ambulanten Einrichtungen wie z.B. Notfallstationen integriert und genutzt werden können sind hier das Ziel. Diese Informationen können genutzt werden um eine gezielte Ansprache bisheriger Patienten zu ermöglichen, aber auch um potentielle Neupatienten zu identifizieren, die ähnliche Bedürfnisse und Bedarfe haben wie die schon behandelten Patienten. Da z.B. Individuen in den USA während ihres Lebens ca. 150.000 bis 200.000 USD (Thomas 1993, 36 ff) für Gesundheitsdienstleistungen ausgeben, lohnt es sich für die Leistungserbringer eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, die auf Dauer angelegt ist, im Gegensatz zur heutigen Verhaltensweise die vom Patient als „die Appendektomie auf Zimmer 212“ spricht (Paul et al. 1995, 42 f).

Oxford Health Plan startete im Jahr 1997 ein „Dedicated Service Manager“ Programm (Peppers et al. 1997). Dieses Programm bietet nun den Patienten jeweils einen Ansprechpartner für alle ihre administrativen Probleme und Fragen bzgl. Ihrer Krankenversicherung. Ebenso gilt dieses Konzept für die angeschlossenen Ärzte und Arztpraxen. Die Problembereiche sind vor der Line of Visibility nicht mehr funktional geordnet, was einen dauerndes Weiterreichen der Problemfälle zu Folge hatte, sondern an den Kundenbedürfnisse orientiert. Damit bewegt sich diese Krankenversicherung wieder weg von Ihrer Funktion als medizinischer Massen Marketer, welcher Dienstleistungen anbietet welche ursprünglich teure hoch individualisierte Dienstleistungen zu weniger teuren, standardisierten und weniger individuellen Dienstleistungen transformiert hatte, hin zu einer stärker patienten- und kundenorientierten Ausrichtung.

Es empfiehlt sich eine schrittweise und selektive Einführung und Implementierung vorzunehmen. Pilotprojekte für solche „Total Customer Care Center“ in ausgewählten Kliniken oder Standorten schlägt z.B. Fahlbusch vor (1996, 91). Da prinzipiell nicht nur die Mitarbeiter in den Customer Care Einrichtungen „Vertriebsmitarbeiter“ sind,

sondern alle Mitarbeiter welche Dienstleistungen erbringen (intern und extern) (z.B. Simon 1996a, 82), können diese Pilotprojekte als Lernwerkstätten für interne und externe Dienstleistungen und als Förderprojekte für den Changeansatz des internen Marketings bezeichnet werden.

Eine trennscharfe Definition zwischen Customer Service und Customer Care gibt es nicht. Gewöhnlich wird Customer Service mit den klassischen Dienstleistungen (v.a. industriellen Dienstleistungen) gleichgesetzt. Nach Bliemel und Eggert (2000, 200) ist hingegen Customer Care v.a. auf Beziehungspflege und – stärkung ausgerichtet. Dem Kunden soll persönliche Aufmerksamkeit gezeigt und ihm ein wahrnehmbarer Zusatznutzen angeboten werden. Customer Care Massnahmen können sowohl materieller als auch immaterieller Natur sein. Sie sind nach o.g. Autoren unentgeltlich und können dem Kaufabschluss vor- und nachgelagert sein.

Mit dieser Definition erfüllen Customer Care Massnahmen die Bedingungen für Value Added Services. Customer Care Center scheint also die zielführende strukturelle Massnahme für unternehmerische Value Added Services zu sein – für eine auszuwählende Kundengruppe. I.d.R. wird gestartet nach einer ABC Analyse (z.B. Braun 1997, 398 ff) mit Beziehungen zu wichtigen Absatzmittlern (Zuweiser), Patienten-/Versichertensachwaltern (Krankenversicherungen) oder Drittmittelquellen (z.B. Pharmaindustrie), bevor zu einem späteren Zeitpunkt auch die Massenkunden angesprochen und betreut werden.

Customer Care Manager können z.B. auch zuständig sein für den Aufbau eines entsprechenden Kostenrasters und Ermittlung des Zielkostenrasters für die einzelnen Kategorien von Anforderungen an die Dienstleistung, bzw. v.a. an die Leistungs- und Begeisterungsanforderungen nach Kano (Rösler 1995, 215 f). Ähnlich Key Account Managern, welche die Funktion einer zentralen Schnittstelle zwischen Grosskunden und allen relevanten operativen Bereichen des Anbieterunternehmens übernehmen (Corbat 2000, 53). Er ist verantwortlich für die langfristige Sicherung der auf Dauer angelegten Kundenbeziehung und überwacht die Erreichung der gemeinsam festgelegten Ziele.

5.3.2.4 Servicorientierte Kundenpflege und -bindung / Servicebeispiele

Zwar kommen Gruca et al. (1994, 87 ff) in einer Untersuchung zu Auswirkungen von Marketingaktivitäten von Krankenhäusern in Agglomerationen (der USA) zum Ergebnis, dass innovative Marketing – Massnahmen keinen signifikanten Einfluss auf den Unternehmenserfolg hatten. Aber die untersuchten Marketingaktivitäten waren wenig an der Wertschöpfungskette der Kunden angelehnt, aus heutiger Sicht – mehr oder weniger isolierte Massnahmen. Weiterhin macht Gruca et al. keine Angaben zur Verbreitetheit dieser Aktivitäten. Wenn alle Dienstleistungsanbieter die selben „Angebote“ machen sind sie kein Differenzierungsmerkmal, verzichtet man hingegen auf sie, verliert die Einrichtung Marktanteile.

Die Gestaltung der Value Added Services orientiert sich nicht immer am Value, resp. der Value Chain für den Patienten / Kunden, sondern oft an der vorhandenen Struktur. Das Klinikum Aachen (o.V. 2005 a) z.B. weist folgende aus:

Klassische „Serviceleistungen“

Service- und Freizeitangebote:

Aufenthaltsräume für Nichtraucher, Aufenthaltsräume für Raucher, Blumenladen, Ehrenamtlicher Krankenhaushilfsdienst, Eigener Park / Gartenanlage, Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuss zu erreichen), evangelischer Gottesdienst, Geldautomat, Kapelle/Gebetsraum, katholischer Gottesdienst, Kiosk, Öffentliche Telefonzelle, Patienten-/Besuchercafeteria, Patienten-/Besucherrestaurant, Patientenbibliothek⁸⁴, Seelsorge, Friseur, Fusspflege, Patienten- und Besucherhotel, Selbsthilfegruppen, Beratungen für werdende Mütter und Väter, Diabetesberatung durch unser Diabetesteam,

Essen und Trinken:

Diät-/Ernährungsberatung, Diätkost, Kaffee- und Tee ausserhalb der Speisezeiten, Komponentenwahl, Kulinarische Sonderaktionen, Menüwahl, Moslemische Kost, Rohstoffe aus kontrolliertem Anbau, Spezielle Menüs, z.B. bei Glutenunverträglichkeit, Vegetarische Gerichte, Verwendung regionaler Produkte, Vollwertkost

⁸⁴ Dass man auch mit einer Bibliothek herausragende Value Added Leistungen für interne und externe Kunden erbringen kann, weist z.B. Walker (1995) nach.

Sonderleistungen (in €):

Einbettzimmer mit Toilette und Dusche 46,02 €; Unterbringung einer Begleitperson €103,42 €; Telefonanschluss (Preis pro Einheit) 0,10 €

Einige dieser Leistungen sind längst Selbstverständlichkeiten (Basics), andere Dienstleistungen als Teil des Marketing Mix (z.B. Beratungen) u.v.a. kernleistungsnahe Dienstleistungen in Form von Strukturen.

Einzig die Sonderleistungen – es sind Wahlleistungen – können als reine Value Added Services verstanden werden. Diese sind notwendig auszuweisen, falls dafür entsprechende Entgelte (z.B. bei Privatversicherten in Deutschland) eingefordert werden wollen, denn hier müssen nach BGH-Urteil Preisen auch angemessene Leistungen gegenüberstehen.

Die o.g. Auswahl an sogenannten „Serviceangeboten“ ist wenig zur Profilierung über Differenzierung geeignet, da der Grossteil nach Borges, Löhr und Schmitz (2000, 608) z.B. von über 90 % bei Essen und Trinken von durchschnittlich 80 % der Kliniken im Grossraum Köln angeboten werden.

Dass es auch anders geht, zeigt nachfolgendes Beispiel in einer anderen Grossstadt: In vielen Spitälern gibt es entweder nur sehr eintönige Cafeterias ohne Ambiente in denen auch noch teilweise nur mit viel Toleranz geniessbare Getränke oder kleine Speisen erworben und verzehrt werden können, oder Einrichtungen die einen an Bahnhofshallen erinnern. Diese sind, wie in der Schweiz gesagt wird, keine „Aufsteller“ sondern „Ablöscher“. Die Klinik Hirslanden in Zürich bildet hier eine Ausnahme. Warme, rötliche Holztöne, Spiegel, gelbe Kissen und Lichtverhältnisse wie sie sich in einer Bar gehören, laden ein Platz zu nehmen an einer Bar oder einer Sitzbank mit kleinen Tischchen. Drinks, vom offenen Wein bis hin zum Whiskey, Espresso der den Namen verdient und hervorragende Sandwiches können geordert werden. Eine Einrichtung die nicht nur von Patienten und Spitalmitarbeitern genutzt wird, sondern auch von „Nachtschwärmern“ die sich auf den Weg in die Nacht machen, denn hier ist bis 21.30 Uhr Betrieb (o.V. 2003 d). Damit öffnet sich das Spital und ermöglicht sowohl Patienten als auch Mitarbeitern die Möglichkeit der Teilnahme am normalen Leben und kommuniziert dies auch.

Dieses Beispiel macht aber auch deutlich, dass eine herkömmliche Leistung durch ein piffiges Update zu einem VAS werden kann. Im vorliegenden Fall wird daraus ein

Erlebnis. Der Wertverfall von Leistungen (siehe Kap. 4.4.5. Abb. 45) kann also umgedreht werden und eine Grundforderung wieder zu einer Begeisterungsforderung mutieren, indem Erwartungen (in diesem Fall negative) nicht entsprochen wird. Positive Überraschungen können erzeugt werden.

Borges, Löhr und Schmitz (2000, 608) stellen aber auch fest, dass z.B. nur knapp 60 % der Kliniken Veranstaltungen für Patienten zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, nur 50 % Vorträge für Patienten, nur 35 % Spezielle Kursangebote und Besichtigungen, sowie nur knapp 30 % Kurse für Betroffene und Angehörige angeboten werden. Nach Schomaker (Siehe Kapitel 4.5., Abb. 51) wären dies kerndienstleistungsergänzende und begleitende Serviceleistungen.

<p>Prozessunterstützende Serviceleistungen (Know How Transfer, z.B. an Ärztenetze, Integrated Care, Case Management)</p>
<p>Kerndienstleistungsergänzende und begleitende Serviceleistungen (Seminare zu Produktneuheiten, Verfahren usw., Schulung v. Patienten zu neuen Hilfsmitteln, etc.)</p>
<p>Dienstleistungen als Teil des klassischen Marketing – Mix (schnelle Informationen zum Zustand des Pat. nach OP- z.B. per Telefon an die Angehörigen, schnelle und akkurate Arztbriefe, usw.)</p>
<p>Kerndienstleistungen (nach Leistungsauftrag / gesetzlichen Grundlagen)</p>

Die höchste Stufe nach Schomaker, die prozessunterstützende Serviceleistungen könnten spezielle Kursangebote für Patienten und Angehörige / Betroffene sein, welches nicht den Klinikaufenthalt, sondern das Leben danach, oder den Umgang mit nachgelagerten Versorgungseinrichtungen zum Inhalt hat, oder die Kooperation

mit solchen Institutionen zur Schaffung von Wertschöpfungsnetzen⁸⁵ z.B. im Rahmen strategischer Allianzen (z.B. schon 1993, Lazarus 14 ff). Evtl. wird ein eigener Case Management Service angeboten und Dienstleistungen professionell an den Mann / die Frau gebracht, welche heute schon Sozialarbeiter erbringen.

Sonderleistungen, welche nach Schmitz (2002) und Borges, Löhr und Schmitz (2000) für Entgelt angeboten werden könnten, aber zum Zeitpunkt der Untersuchung wenig angeboten wurden, waren: „Internetcafe, Laptopverleih, Videospiele, Video- DVD Verleih, Wellness (Kosmetik, Ayurveda), Shopping-Service, Haustierversorgung, Wohnungsservice (Briefkasten, Reinigung), Wäscherei für Patienten, Kühlschrank und Safe auf dem Zimmer, Täglicher Handtuch- und Bettwäschewechsel, Abhol- und Bring-Service für Patienten, Botendienst, Imbissangebote ausserhalb der Essenszeiten (für Besucher und Patienten) Essen a`la carte, tägliche Menüabfrage durch Hostess, Room Service⁸⁶, Kaffee Service am Spitalbett, Hüten von Kindern, Wunschkonzert⁸⁷, Beratungsservice durch Krankenkassen, Wahlleistungsergänzende Angebote im Komfortbereich mit Video- DVD Player, schnurloses Telefon, Föhn, verbesserte Ausstattung. Einige dieser Angebote sind inzwischen Standardangebote z.B. für privat- und halbprivat Patienten in der Schweiz, andere (z.B. Menuauswahl) auch in Deutschland weit verbreitet. Schmitz stellt 2002 zumindest für die Privaten Krankenhäuser in Deutschland eine Verbesserung des Angebotes fest (a.a.O. 42).

Grundsätzlich können wie oben gezeigt zwei grundsätzliche Arten von VAS differenziert werden. Persönliche VAS und unternehmerische VAS. Einfacher zu realisieren sind die unternehmerischen VAS. Dies können administrative VAS oder VAS sein, welche Health Professionals anbieten.

Da sich VAS an der Wertschöpfungskette des Kunden und an seinen Präferenzen orientieren sollen und diese recht individuell sind (auch organisationsindividuell), ist

⁸⁵ Wertschöpfungsnetze können nach Brandenburger und Nalebuff (1996) und ihrem Co-opetition – Konzept sowohl aus dem betreffenden Anbieter selbst, als auch aus dessen Konkurrenten, Lieferanten, Partner, aber auch den Kunden selbst bestehen. Ziel ist es weg vom zero-sum Wettbewerb hin zu einem positive - sum Wettbewerb zu kommen (siehe auch weiter oben Kapitel 2)

⁸⁶ Spital und Gesundheitszentrum SANITAS, Kilchberg, Schweiz bietet diesen Service

⁸⁷ Die drei vorgenannten Services werden z.B. im Kantonsspital Wiltnerthur durch den IDEM Freiwilligen Service erbracht.

es nahezu unmöglich sie zu systematisieren. Die nachfolgende Abbildung unternimmt diesen Versuch trotzdem. Für die nachstehenden VAS muss weiterhin entschieden werden auf welcher Stufe nach Schomaker diese anzusiedeln sind.

	Unternehmerisch	Persönlich
Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Kundenklub • Servicecapas • Finanzierungsangebote • Betreuung der persönlichen Krankendossiers • Verbindungen zu spitalexternen (ambulanter und stationärer Pflege optimiert gestalten und anbieten) • Kostenideale Leistungserbringung • 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten • Kommunikation • Information •
Health Professional	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsleistungen • Case Management • Optimal intern abgestimmte Behandlungsketten im Sinne qualitätsgesicherter klinischer Pfade • HTA validierte Leistungsangebote • Verbindung in den nachstationären Bereich optimiert gestalten (mittels DMP) • Verbindung zu alternativmedizinischer Behandlung ermöglichen • 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten • Kommunikation • Information •

Abbildung 89: Beispiel für eine VAS Matrix

Im folgenden sollen einzelne Möglichkeiten anhand von existierenden Beispielen aufgezeigt werden. Diese sind nicht nach einzelnen Kundengruppen / -segmenten unterteilt, da es erstens auf die gewählte Segmentierung ankommt und zweitens einzelne VAS auch für unterschiedliche Segmente in Frage kommen.

- Zu den umfassendsten Kundenpflege- und -bindungskonzepten gehört das des Kundenklubs (Butscher 1998). Diese bieten i.d.R. Mitgliedern Vorteile (teilweise exklusiv) und ermöglichen einen individuellen Dialog. Professionell betrieben

haben Kundenklubs einen beachtlichen Bindungseffekt, stärken die Identifikation des Kunden mit dem Betreiber und erhöhen den Treuegrad des Kunden (Stauss, 2000, 1). Kundenklubs Beispiele: (Zschaler 2000) – SPD Card für Parteimitglieder erhalten beim Einkaufen Vorteile. Ein Möglichkeit wie ein solcher Klub im Spitalsetting gestaltet werden kann weist der Spital Club Solothurn (Hirt 1999). Mitglieder dieses Spitalklubs erhalten z.B. die Möglichkeit unterschiedliche Arten der Mitgliedschaft zu wählen und somit gleichzeitig eine Art Zusatzversicherung (v.a. Komfortleistungen, aber auch Chefarztbehandlung) zu erhalten, die für die Hospitalisation im Bürgerspital Solothurn gilt. Die Kosten für diese Mitgliedschaft berechnen sich nach dem Risiko (über das Alter) und den Grad des gewählten Komforts / Behandlers. Sie reichen von 10 Franken im Monat (unter 19 Jahre im 2-Bettzimmer mit Selbstbehalt von 400.- CHF) bis 240 Franken (über 80 Jahre im 1-Bettzimmer mit Chefbehandlung). Damit bindet das Bürgerspital nicht nur Kunden an sich, sondern kann zusätzliche Einnahmen generieren, sofern der Ruf des Hauses bedingt durch gute bis sehr gute Kerndienstleistungen gut ist. Kundenkarten (Bopst 1999), Schneider, der klar betont, dass die Vergünstigungen die mit einer Kundenkarte einher gehen nicht nur Rabatte sein dürfen (was langfristig schädlich ist), sondern – nach einer Datensammelungsphase - vor allem Mehrwerte, hat vor allem den Detailhandel analysiert. Hier sind die Margen i.d.R. so niedrig, dass die Retailer den Umsatz um 10 erhöhen müssen um eine Preisreduktion von 1 % zu kompensieren. Ähnliches wird nach Einführung der Fallpauschalen in den deutschsprachigen Ländern auch gelten. Nur mit einem Mehrwertsversprechen generiere man laut Schneider starke und treue Kunden (Schneider 2002). Klubs können als Consumer Communities in Anlehnung an die „Communities of Practice“ (wie in o.V. 2001 a beschrieben) organisiert werden, an deren Anlässen sich ehemalige Patienten und Angehörige, aber auch Businesskunden (wie Krankenversicherer o.ä.) zum Austausch treffen, über Erfahrungen reden, Probleme analysieren und Vorschläge entwickeln.

- Nasaroff weist auf neben den klassischen weiterführenden Dienstleistungen und Komfortsteigerungen auf weitere Möglichkeiten zur Erwirtschaftung budgetfreier Einkünfte durch ähnliche Konstrukte hin. Dies sind: Sozialaktionen mit bekannten Schirmherrschaft z.B. seine Heiligkeit der Papst (Nasaroff 2000, 614) oder Krankenhausfördervereine (a.a.O.).

- Zwei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen und VAS für zwei Kundengruppenmitglieder anzubieten ist nicht nur effizient, sondern auch effektiv. So beschreibt zum Beispiel van Eiff (2004, 410) ein Krankenhaus, das dem Unternehmen Hollister (diese liefert Inkontinez- u.ä. Produkte) die Möglichkeit geboten hat, organisatorische Massnahmen im Krankenhaus zu ergreifen, die sicherstellen, dass dieses Unternehmen immer mit den aktuellen Kundenproblemen vertraut ist. Eine Inkontinenzsprechstunde und die Einrichtung eines Computer Aided Selling Centers mit einem Teleservice, bietet diesem Unternehmen diesen Value Added. Zugleich werden den betroffenen Patienten mit dieser Dienstleistung ebenfalls Value Added geboten, denn diese haben nun die Möglichkeit ihre intimen Fragen sehr vertraulich beantworten zu lassen und sind immer über entsprechende Produktneuheiten informiert. Der Hersteller ist mit seinem Angebot in die Arbeitsabläufe des Spitals eingebunden und steigert damit den Mehrwert den das Spital seinen Patienten anbieten kann.

- Weiterhin kann auch die Pharmaindustrie als Kunde von Zentrumsspitalern, Krankenhäusern der Maximalversorgung (akademische Lehrkrankenhäuser) und Universitätskliniken definiert werden. Pharmaunternehmen, v.a. Originalpräparatehersteller sind i.d.R. an Kooperationen mit guten Krankenhäusern interessiert um dort Teile oder Gesamtprojekte der Klinischen Forschung durchzuführen. Insgesamt müssen idealerweise folgende Grundvoraussetzungen vorhanden sein:
 1. Krankenhäuser sollten erstens einen guten Ruf haben und attraktiv für Patienten sein. Dies um eine ausreichende Anzahl Studienteilnehmer zu gewährleisten.
 2. Die in diesen Krankenhäusern arbeitenden Health Professionals (bisher zwar v.a. Ärzte und Pharmakologen, zukünftig auch vermehrt Pflegende) sollten patientenorientierte Forschung betreiben – und nicht wie heutzutage in den deutschsprachigen Ländern üblich vermehrt organisationsorientierte oder ethisch-philosophische Forschung.
 3. Ein Grossteil der Dissertationen und Habilitationen müssen auf ein adäquates – den Sozialwissenschaften und Teilen der Naturwissenschaften angepassten – wissenschaftliches Niveau gebracht werden (vgl. dazu z.B. WR 2004, 98),

denn heute hätten sie z.B. in Deutschland „oft nicht einmal die Qualität von Diplomarbeiten anderer Studiengänge“ (Einhäupl 2003, A15). Einhäupl (2004) sieht hier einen klaren Zusammenhang zur Forschung. „In der Grundlagenforschung kann sich die deutsche Hochschulmedizin international durchaus sehen lassen. In der klinischen Forschung hingegen,, sind wir schlecht aufgestellt.“

4. In den Krankenhäusern müssten der klinischen Forschung gegenüber aufgeschlossene Ethik – Kommissionen installiert sein, welche partnerschaftlich agieren, entscheiden und die klinische Forschung fördern.
5. Eine gute Vernetzung mit nachgelagerten Versorgungssektoren ist notwendig um follow up Studien durchführen zu können um von Phase II und III Studien, in denen es vornehmlich um efficacy Fragen geht zu den Phase IV Studien zu kommen, in denen effectiveness Studien durchgeführt werden können und müssen.⁸⁸

Nach dem Gutachten der BCG für den VFA (BCG 2001) sind aus makroökonomischer Perspektive noch zwei weitere Punkte hinzuzufügen:

6. Für akademische Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken gilt: Die methodische Ausbildung angehender oder junger Fachärzte in Sachen klinischer Forschung muss intensiviert und optimiert werden und letzters:
7. Idealerweise werden in ausgewählten Zentren sogenannte „General Clinical Research Center (GCRC) mit stehender Infrastruktur und Ressourcen (personell, räumlich und organisatorisch) als Koordinierungszentren z.B. für Multi-Center-Studien eingerichtet.

⁸⁸ Immer mehr Länder (mit allen Arten der typisierten Gesundheitssystemen – Beveridge, Bismark und Marktssysteme) gehen dazu über, neben der Zulassung zum Medikamentenmarkt aufgrund von Wirksamkeit auch eine zweite Stufe der Prüfung zu etablieren, welche den Weg in den Versicherungsmarkt erschwert. Hier werden HTA Studien und Aussagen zu weiterführenden Thematiken durch speziell beauftragte Agenturen von den potentiellen Anbietern eingefordert (z.B. NICE in UK oder auch BAG in der CH, oder DIMDI in D).

	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Ziel	Pharmakologie Verträglichkeits- prüfung	Verträglichkeits- prüfung Dosisfindung Wirksamkeits- prüfung Interaktionen	Wirksamkeits- prüfung Verträglichkeits- prüfung, auch in Subpopulationen	Langzeit- verträglichkeit therapeutische Effizienz weitere Produkt- profilierung
Methodik	Ca. 60 bis 80 Probanden ⁽¹⁾	Ca. 100 bis 500 Patienten	In der Regel bis zu 10.000 Patienten Doppelblind- studien	In der Regel bis > 10.000 Patienten Doppelblind- studien Endpunktstudien

Abbildung 90: Phasen der klinischen Prüfung (in Anlehnung an Stapff 2001,89)

Als auch betriebswirtschaftlich sinnvolle Alternative bietet sich auch eine Mitgliedschaft in einer kollaborativen Studiengruppe wie z.B. der SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung) an. Diese verfügen i.d.R. über ein hochqualifiziert besetztes und stehendes Studienzentrum und bieten so ein ideales Instrument zur Verfolgung o.g. Zweck – und Zielsetzung.

Weitere Beispiele für Serviceleistungen aus der Praxis und für die Praxis sind:

- Patienten, welche das Essen von Pflegepersonal erhalten oder von Diätassistenten. Die Patienten sind zufriedener mit dem Essen, wenn Diätassistenten es liefern – unabhängig von der Güte des Essens (Gregoire 1994, 1129 ff) oder Hotelfachassistenten wie in einigen schweizerischen Krankenhäusern z.B. des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) der Spitalregion St. Gallen / Rorschach.
- Musik in Wartebereichen von Krankenhäusern steigert nachweislich die Stimmung und senkt den Stresspegel von Patienten. Zwar trägt diese

⁸⁹ In Indikationsgebieten wie z. B. Onkologie und bei bestimmten Infektionskrankheiten auch Patienten (siehe z.B. auch BCG 2001)

Musik nach Tansik und Rothieaux nicht dazu bei die Gesamtevaluation der Dienstleistung zu verbessern (1999, 68 ff), aber es kann vermutet werden, dass mit einem reduzierten Stresspegel und einer verbesserten Stimmung auch positivere Outcomes erzielt werden. Insgesamt spielen v.a. drei Faktoren für die Service Landschaften eine tragende Rolle: Atmosphäre (Temperatur, Geruch, Musik, etc.), Gestaltung des Raumes (Architektur, Ausstattung, Möblierung, etc.) und implizite und explizite Signale (Eingang, Ausgang, Beschriftung, etc.) (Aubert-Gamet und Cova 1997, 127). AM konsequentesten hat dies das Bumrungrad Hospital in Bangkok umgesetzt. Die Eingangshalle ist wie eine Hotellobby gestaltet. Dem Krankenhaus ist ein fünf Sterne Hotel angeschlossen (Rooming In), in dem sich der Komfort des Spitals fortsetzt. Das Bumrungrad zielt darauf ab, seinen Patienten das Gefühl zu vermitteln, in einem Hotel mit angeschlossener Klinik zu sein. Doch hinter dem Hotelambiente verbirgt sich ein High-Tech-Spital.

- Regelmässige Einweiserbefragung zu den für die Einweiser relevanten Themen (Javalgi et al. 1995, 42 ff). Als Beispiel kann das Katheter – Labor des Insepsitals Bern dienen, das nach den präferierten Kommunikationsformen (Telefon, email, Fax) fragte und die Ergebnisse einweiserindividuell umsetzte.
- „Klinkenputzen“ d.h. Aufsuchen von niedergelassenen Einweisern durch den Chefarzt zur Kontaktpflege und Bedürfniserfragung (Bsp. Chefarzt des Max Bürger Zentrum Berlin, berichtet durch den Geschäftsführer Prof. Breinlinger)
- Hausarztnachmittage mit speziellen zielgruppenbezogenen Weiterbildungen (z.B. Stadtspital Waid, Zürich).
- Patient callback programs (Gombeski et al. 1993, 60 ff) Chirurgen rufen direkt nach der OP die Angehörigen an und berichten über den Verlauf der Operation.

- Freie Arztwahl im Spital, die ambulant, teilstationär und stationäre Behandlungsarten im Unispital Basel umfasst (KBS 2000).
- Arzt – Patienten Seminar der Universität Münster zum Thema „von der Dialyse bis zur Transplantation“ in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Organtransplantierten e.V. (BDO) (o.V. 2000 b).
- Beratungsservice für Jugendliche in Sachen Empfängnisverhütung, Geschlechtskrankheiten, AIDS. Die so genannte „First Love Ambulanz“ des LKH Wolfsberg, Kärnten oder die „Mädchenberatung zu gleichen Themen des LKH Villach. (KABEG 2004).
- A la carte Service für Babys und Kleinkinder. Diese Patienten können im LKH Klagenfurt, dank einer hochmodernen Milchküche aus 40 verschiedenen Milchgerichten wählen (a.a.O.).
- Spielkonsolen / Computer (KABEG 2004) für die Kinder und Jugendlichen Station.
- Haftpflicht- und Schadensersatzversicherer, welche Ärzte und Spitäler versichern (z.B. DBV - Winterthur Versicherungen oder Zürich Versicherung) bieten auf dem Markt zwar auch Beratung in Sachen „Risk- Management“ an um die Einrichtungen risikogerecht einstufen zu können (Brinkbäumer et al. 2000), aber diese Versicherer benötigen ebenfalls Know-How, welches Ihnen ja nur durch erfahrene Health Professionals zugeführt werden kann.
- Der Einsatz von Spitalclowns als „Taumdoktoren“, z.B. im Kinderspital Zürich. Hier werden jeden Mittwoch Nachmittag Kinderherzen erfreut und Tränen aus Amusement Tränen vergossen (o.V. 2002c).
- Gemäss der Unesco-Charta für Kinder im Krankenhaus sollen Kinder nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden. Leider ist das nicht überall möglich. Trotzdem wurde am Kantonsspital Olten eine

kleine Kinderabteilung so ausgerüstet und organisiert, dass den Kindern nicht soweit möglich die Angst vor dem elektiven Eingriff (Tonsilektomien, Phimosen etc.) genommen wird, sondern dass der Spitalaufenthalt zu einem „coolen Erlebnis“ wird (Meier 2004).

- Ob z.B. Kunst im Krankenhaus durch Ausstellungen, Konzerte, Theater überhaupt oder in irgendwelchen anderen Darbietungsformen angeboten wird, ist strategieabhängig. Die Einrichtungen können wie z.B. Bollinger in Übereinstimmung mit dem Bundesverband Kultur und Gesundheit e.V. darlegt zum Schluss kommen, dass Kultur im Krankenhaus ein wichtiges Marketinginstrument darstellt und Mehrwert für die unterschiedlichen Kundengruppen schafft (Bollinger, 2000), oder eben dies negieren. Als aktuelles Beispiel kann die KABEG dienen, die sich als „Zentrum der Kunst“ verstanden wissen will (KABEG 2005).
- V.a. in Agglomerationen ist es nicht immer einfach dort wo ohne Auto kein Anschluss besteht, einen Parkplatz zu finden. Gegen Honorar kann bei Bedarf ein „Parkengel“ mit dem Vorbild der „Voituriers“ in Paris angeboten werden (Lohse 2000), der den Wagen des Besuchers (z.B. auch Dialysepatient) oder besuchenden Angehörigen versorgt. Denn selbst wenn es einen Parkplatz gibt sind nicht alle Besucher gut zu Fuss.
- Das Spital Davos baute eine Dialysestation (Davos) für Winter- (und inzwischen auch Sommer-) touristen auf, für die keine öffentlichen Gelder eingesetzt wurden und die selbsttragend ist. Finanziert wurde dies einerseits von Langjährigen Stammgästen welche dies altershalber benötigten, andererseits vom Förderverein des Spitals.
- Patientenseminare und Telefonaktion. So hat z.B. die Uniklinik Tübingen im Jahr 2000 im Rahmen der „Nierenwoche“ der Deutschen Nierenstiftung Seminare angeboten und ein Telefon freigeschaltet. Dort konnten Interessierte zum Thema Nierenschäden durch Medikamente anrufen und sich beraten lassen.

- Das Spital kann sich z.B. dem „aktionsforum gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V.“ einen Zusammenschluss von Verbänden, Unternehmen und Einzelpersonen zur Förderung der Qualität von Gesundheitsinformationen anschliessen, dessen Grundsätze berücksichtigen, die Idee verbreiten und somit einen kleinen Teil dazu beitragen, dass der informationssuchende Patient reliablere Information erhält.
- Zur Verfügung stellen als Pilotspital für alle organisatorischen Neuerungen der Trägerschaft (z.B. Einführung von betriebswirtschaftlicher Standardsoftware) für DRGs, für Outcome Messung (LORAS), oder für gesundheitspolitische Innovationen wie DMP, ebenso z.B. der WHO Initiative „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ oder „Stillfreundliches Krankenhaus“.
- Die Ausbildung sehr junger / angehender Ärzte in Sachen Patientenkommunikation und Umgang mit belastenden Situationen. So werden z.B. am UKB schon Medizinstudierende in Sachen Kommunikation ausgebildet, obwohl das UKB nichts mehr von dieser Ausbildung hat. Ein Service an die angehenden Mediziner und einer an die Patienten.
- Das Spital als „Total Service Contractor“ verankern (es gibt für die gesamte Behandlungskette nur eine Rechnung). Das Inselspital in Bern organisiert dies für ausländische Patienten.
- Pilotspital für die Einführung von Qualitätsmanagement – Zertifikaten wie ISO 9000 : 2000 oder der Levels of Excellence nach EFQM oder der Akkreditierung nach Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (US).
- Das Universitätsspital schlägt mit seinem Angebot der Online Beratung „Sie fragen – Spezialisten antworten, prompt und kostenlos“

zwei Fliegen mit einer Klappe. Erstens wird das USZ selbst als Dienstleister der rund um die Uhr zur Verfügung steht gut positioniert und zweitens wird mit diesem niederschweligen Angebot Information und Hilfe angeboten und Patienten früh genug auf tatsächliche Probleme aufmerksam gemacht. Es können Fragen gestellt werden und Informationen von epidemiologischer Bedeutung werden unter der Rubrik „Frage des Monats“ kurz und einprägsam aufbereitet (z.B. Cholesterinwerte). Wenn dadurch ein zusätzlicher Patient ins USZ kommt, wird das gerne billigend in Kauf genommen. (USZ 2003). So wird die Hotline zum Helpdesk und der Patient kann im Idealfall kanalgerecht gesteuert werden. Weiterhin werden wertvolle Erfahrungen für den Ausbau eines Customer Service/Care Centers gesammelt (siehe oben).

5.3.2.5 Serviceorientiertes Personal Management

In wirtschaftlich stagnativen oder rezessiven Phasen kommt dem Personalmanagement eine besondere Bedeutung zu. Viele Mitarbeiter sind nur deshalb zufrieden mit Ihrer Arbeit, weil sie ihre Ansprüche und Erwartungen an den Arbeitgeber zurückgeschraubt haben, sie meinen, dass alles noch viel schlimmer werden könnte. Die Marktforschungsfirma Transfer Plus hat für die Schweiz die nachfolgenden Prozentanteile in 5 unterschiedlichen Kategorien eruiert (o.V. 2003 a):

- Resignativ Zufriedene (39 %) Tendenz zunehmend
- Stabilisiert Zufriedene (31 %) Tendenz abnehmend
- Progressiv Zufriedene (18 %) Tendenz stabil
- Konstruktiv Unzufriedene (8 %) Tendenz stabil
- Fixiert Unzufriedene (4 %) Tendenz stabil

Die Gründe für die relative Un – Zufriedenheit liegen gemäss einer Studie des globalen Internet-Stellenportals „Monster“ bei vier Hauptärgernissen, welche zu dreiviertel aus dem Personalmanagementbereich stammen und somit dessen Bedeutung für die erfolgreiche Unternehmensführung unterstreichen. Es sind dies mit

39 % Nennungen das zu schlechte Management (gemeint ist hier die Führung), zu 24 % die ungenügende Anerkennung der Mitarbeiter, zu 30 % die eingeschränkten Karrieremöglichkeiten und nur zu 7 % das hohe Arbeitsaufkommen (o.V. 2003 b).

5.3.2.5.1 Anerkennung und Vergütung

Nach Bieger (2000, 231) sind für Dienstleistungsmitarbeiter, welche grosse Handlungsspielräume haben, simple mechanistische Anreizstrukturen nicht passend, sondern gefährlich. Zwar ist es inzwischen erwiesen, dass sich Mitarbeiterbeteiligung an Unternehmenserfolg auszahlt, v.a. durch höhere Motivation und somit einem höheren Unternehmenserfolg, der sich auch in Aktienkursen widerspiegelt. Deshalb hat z.B. die AB Amro einen Fonds aufgelegt, der sich am Mitarbeiter – Beteiligungs – Index orientiert (Pfeiffer 2000, 1).

Aber es liegt inzwischen auch auf der Hand, dass solche Ansätze eher zum Moral-Hazard-Problem führen und dass sie das Verhalten in einseitigen Dimensionen lenken. Leistungslöhne für VAS sind also absolut ungeeignet.

Die Spielräume für die Vorgesetzten für Anerkennung und Vergütung von Mitarbeitern sind deshalb möglichst gross zu halten. Cafeteriaansätze sind denkbare Instrumente. Auch Teamvergütung (fix oder variabel) anstatt Einzelvergütung hat sich in vielen Unternehmen, die sich von der funktionalen hin zu einer prozessorientierten Organisation bewegt haben, als Schlüsselfaktor erwiesen (Reiher et al. 1999). Für VAS erbringende Mitarbeiter ist aber bei herausragenden Leistungen eine Einzelanerkennung notwendig und angebracht.

Bevor honoriert wird, muss zuerst festgehalten werden, welche Leistungen wie erbracht wurden. Als Anreizsystem und als Bewertungsgrundlage für Mitarbeitergespräche, resp. Leistungsvereinbarungen müssen deshalb nicht nur Resultate erfasst und bewertet werden, sondern auch das Verhalten.

Es bietet sich an, dies in Analogie zum Modell der Systemsteuerungsmöglichkeiten nach Ouchi (siehe Kap.3.2) zu tun. Hierzu gibt es ein existierendes Managementmodell: Das MbBR.

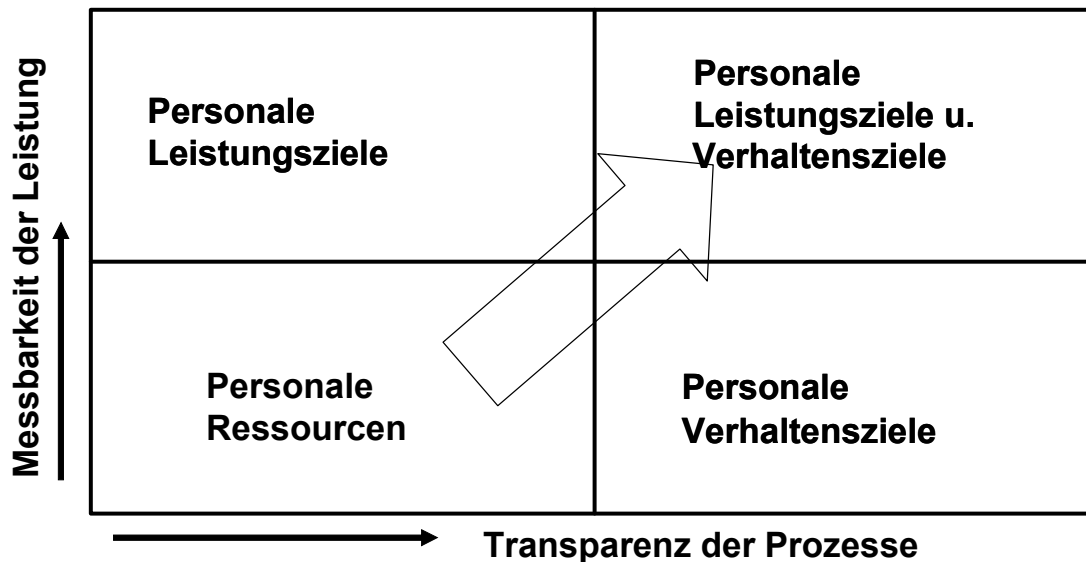


Abbildung 91: Personalsteuerung nach dem MbBR und in Anlehnung an Ouchi

Management by Behaviour and Results - MbBR („Management by Verhalten und Ergebnisse“) (Schedler 1993, 146) welches auf dem bekannten MbO - Management by Objective (z.B. Wunderer 2000, 286) aufbaut, das ja kurz- bis mittelfristig und zielorientiert ausgerichtet ist, hat durch den Einbezug von permanent gültigen Verhaltensregeln, die notwendigen Ausprägungen in ein Beurteilungssystem integriert, das der Verankerung und Weiterentwicklung von VAS im Unternehmen dienlich ist, denn es ist längerfristig orientiert.

Als Beispiel für die Umsetzung eines MbBR mag die folgende Tabelle dienen, die eine Zielvereinbarung für eine Pflegefachperson/Hebamme z.B. auf einer Privatstation mit gesunden Wöchnerinnen darstellt. Die Tabelle nimmt dabei nur die Kerndienstleistung und das Kernverhalten und keine VAS auf.

	Leistungsziele	Verhaltensziele
Basisanforderungen (Basic)	Kompetente Grundpflege von Mutter und Kind	Einhalten der definierten Verhaltensregeln
Leistungsziele (Performance)	Anleitung und gewöhnliche Schulung der Wöchnerin auf fachlich hohem Niveau Stellt in Zusammenarbeit mit	Beachten der Bedürfnisse der ganzen Familie und Eingehen auf deren Bedürfnisse Ist in der ersten Woche nach

	der Wöchnerin den Kontakt zu ambulant tätigen Hebamme / Pflege her (zur Nachsorge)	Entlassung für Fragen telefonisch erreichbar. Fragt nach 3 Tagen selbstständig bei Wöchnerin über Befinden nach.
Begeisterungsziele (Excitement)	Segmentspezifisch und situationsangepasst: z.B. Schulung der Wöchnerin in der „Shiatsu – Baby Massage“	Segmentspezifisch und situationsangepasst: z.B. Gibt das Gefühl „Zuhause“ zu sein und in der Hebamme „Mutter, beste Freundin und Ratgeberin“ zu haben

Tabelle 18: Zielvereinbarungsbeispiel nach MbBR in Anlehnung an Kanos Kategorisierung

Oben genannte Customer Care Manager Funktionen müssen, genau gleich wie alle anderen Querschnittsfunktionen im Spital, aufgewertet werden. Dies mit dem Ziel, die Mitarbeiter bei Eignung möglichst lange in ihren Funktionen zu halten. Ähnlich den Key Account Managern werden Customer Care Manager erst mit der Zeit (nach 1,5 - 2 Jahren) ihr gesamtes Potential ausschöpfen können und nach ca. 2-3 Jahren die gesetzten Ziele erreichen (Küng, Schillig und Toscano 2002, 251). Dazu ist es notwendig, dass:

- den Customer Care Managern eine Fachkarriere erlaubt wird, welche die gleichen Vorteile bringt wie eine Führungskarriere,
- die Lohnsysteme so gestaltet sind, dass Betreuer von Top Kunden einen ähnlichen Verdienst haben können wie Manager,
- diese ähnliche Statussymbole erhalten wie andere Manager und Führungskräfte,
- ihre Leistungen immer wieder speziell öffentlich erwähnt werden (vom Schwarzen Brett bis hin zu Vorstands- und Verwaltungs- / Aufsichtsratssitzungen. (Diese Mitarbeiter wollen ähnlich behandelt werden, wie sie das mit den Topkunden tun.) Beispiele wie und wofür anerkannt werden kann liegen vor (z.B. Baptist 2003c).

5.3.2.5.2 Personalselektion

Der Personalselektion kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Dass dies nicht nur für Dienstleister gilt, zeigt z.B. auch der Autobauer „Volkswagen“ der für sein neues Arbeitszeitmodell „5000 mal 5000“ (was soviel bedeutet für ein neues Automodell werden 5000 Mitarbeiter gesucht, welche jeweils 5000 Deutsche Mark (ca. 2500.- Euro) brutto an Lohn erhalten werden), Mitarbeiter in einem sehr aufwendigen Assessment sucht, die sehr hohen Anforderungen erfüllen (Hawranek 2002). Das Arbeitsmodell geht von einer lupenreinen Teamarbeit aus in welchem sich die Arbeitszeit v.a. danach richtet ob die vorher vereinbarte Stückzahl Automobile montiert wurde. Durch diese Modell lastet sehr viel Verantwortung auf den einzelnen Teams an der Montagestrasse und die entstehenden Konflikte müssen im Team gelöst werden, denn das Produktionsziel hat absolute Priorität. Das Konzept des Empowerments (siehe unten) versucht hier einen Gleichgewichtszustand zur hohen Verantwortung herzustellen, indem den Teams auch entsprechend hohe Kompetenzen zur Problemlösung übertragen werden. Mit dieser Verantwortung und einhergehend einem hohen Ausmass an Kompetenz im Team kann nicht jede Person umgehen. Dadurch wird ein komplexes Assessmentverfahren notwendig um geeignete Mitarbeiter zu finden und zu rekrutieren.

Um welches Mass höher muss der Masstab an Mitarbeiter z.B. stationärer Versorgungseinrichtungen sein, wenn das „Werkstück“ ein Patient ist (gleichzeitig ist er ja Koproduzent seiner Gesundheit) und nicht lebloses Metall oder ähnliches.

Die Unternehmensphilosophie oder das Leitbild eines Unternehmens kann als Bindeglied zwischen den einzelnen Unternehmensteilen, aber auch der einzelnen Mitarbeiter betrachtet werden. Es dient der vertikalen und horizontalen Integration. Meist wird eine Art „Credo“ – Glaubensgrundsätze – in diesen Philosophien – verankert. Inzwischen gibt es viele Einrichtungen im Gesundheitswesen welche über ein Leitbild verfügen, aber nur wenige Einrichtungen welche Ihr Leitbild auch leben und umsetzen. Als Beispiel für eine gelungene Umsetzung können die Mayo Kliniken, USA genannt werden, deren Hauptleitsatz – noch von den Gründern stammt: „Nur das Interesse des Patienten ist von Interesse“ (Berry / Bendapudi 2003 a, 26). Die Mayo Kliniken stellen ausdrücklich nur Mitarbeiter ein, die die Unternehmensphilosophie unterstützen. Dabei handelt es sich nicht um eine Alibiübung, denn schon in den Vorstellungsgesprächen werden potentielle Mitarbeiter auf Ihre Einstellungen hin überprüft. Die Identifikation des Mitarbeiters mit

dem Unternehmen und die Kulturkompatibilität ist die Basis für die Auswahl, in der überprüft wird inwieweit die Werte des Kandidaten mit denen des Unternehmens übereinstimmen. Bell und Bell (2003, 107) haben dazu eine sehr klare Meinung: „Don't ever hire someone you'd be reluctant to hug“. Die Teamleiter sind also gefordert auch auf die weichen Faktoren zu achten.

Weiterhin gilt es zu überprüfen inwieweit der Kandidat aufgrund seiner Fähigkeiten und Wertvorstellungen für die in der Servicepolitik und –kultur niedergelegten und angestrebten Erwartungen und Postulate geeignet ist; inwiefern er über notwendiges Wissen, Können und Wollen verfügt (siehe weiter unten). D.h. ob er über Knowhow, Fähigkeiten aber auch das Potential zu Weiterentwicklung verfügt und dabei auch das notwendige Mass an Verantwortungsgefühl zeigt um den gegebenen Handlungsspielraum im Sinne der Unternehmung zu nutzen.

Vier Bereiche arbeitsbezogenen Wissens (Pleiss 2003, 132):

1. aufgabenbezogenes Wissen,
2. organisationsbezogenes Wissen,
3. produktbezogenes Wissen,
4. Fachwissen.

Zu beachten ist bei dieser Aufzählung, dass die Unmittelbarkeit des Handlungsbezuges vom Fachwissen zum aufgabenbezogenen Wissen zunimmt.

Nach Pleiss (2003, 132 f) ist das aufgabenbezogene Wissen einer Person unmittelbar handlungsbezogenes Wissen. Es umfasst u.a. die Kenntnis:

- der Ziele, d. h. der Arbeitsergebnisse, die mit der Arbeitstätigkeit erreicht werden sollen,
- der Bearbeitungswege, die zur Erreichung der Arbeitsergebnisse eingeschlagen werden können,
- der Bearbeitungsregeln, die dabei zu beachten sind,
- der für die Bearbeitung notwendigen Informationen bzw. der Beschaffungsmöglichkeiten, der eingesetzten Arbeitsmittel.

„Das organisationsbezogene Wissen einer Person bezieht sich auf die der eigenen Tätigkeit übergeordneten Strukturen und Abläufe. Die Bedeutung dieses Wissens für die konkrete Aufgabenbearbeitung muss nicht immer unmittelbar erkennbar sein. Es handelt sich um „Hintergrundwissen“, das zum Beispiel beim Auftreten von Problemen, Sonderfällen oder Störungen unmittelbar handlungsrelevant und dann

auch im Handeln erkennbar wird.“ Das organisationsbezogene Wissen umfasst nach Pleiss (2003, 133 f) die Kenntnis:

- der übergeordneten Struktur, in die der eigene Arbeitsplatz eingebettet ist (z. B. hierarchische Struktur, Kenntnis der Vorgesetzten und ihrer Funktionen),
- des übergeordneten Ablaufs, in den die eigene Tätigkeit eingebettet ist (Kenntnis unmittelbar vor- und nachgelagerter Arbeitsbereiche, Kenntnis von Geschäftsprozessen bzw. Produktionsabläufen, deren Bestandteil die eigene Tätigkeit ist),
- der Funktionen des eigenen Arbeitsbereichs (z. B. der Abteilung) innerhalb des Gesamtbetriebs,
- der Personen und Betriebsbereiche, für die die eigenen Arbeitsergebnisse (oder Teilergebnisse) Konsequenzen haben (z.B. auch die Namen der regelmässigen Kunden und Kollegen (Freemantle 1999, 68)).

„Das produktbezogene Wissen einer Person bezieht sich auf die Art und qualitativen Merkmale Produkte oder Dienstleistungen, zu deren Herstellung, Wartung, Vertrieb, Ein- oder Verkauf die organisatorische Einheit beiträgt, unabhängig davon, welchen Anteil die Person selbst durch die Bearbeitung ihrer Arbeitsaufgaben daran hat. Dieses Wissen kann je nach spezifischer Fachkenntnis und Funktion der Person unterschiedlich umfassend und detailliert sein. Das produktbezogene Wissen umfasst die Kenntnis dieser Produkte oder Dienstleistungen hinsichtlich

- ihrer allgemeinen ökonomischen Funktion (handelt es sich z. B. um Konsumprodukte, Zwischenprodukte, um Dienstleistungen),
- ihrer besonderen Herstellungsbedingungen,
- ihres Gebrauchswerts für den Abnehmer / Konsumenten (z. B. was kann man mit dem Produkt machen, welchen Nutzen hat die Dienstleistung),
- ihrer qualitativen Merkmale (woraus besteht das Produkt / worin besteht die Dienstleistung)“ (Pleiss 2003, 135).

Letztendlich das Fachwissen: Dieses bezieht sich auf den Inhalt ihrer Arbeitstätigkeit oder auf damit im Zusammenhang stehende Arbeitsmittel und enthält Grundlagen des Arbeitshandelns, die in der Regel im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung oder durch Anlernen erworben wurden. „Das Fachwissen ist nicht an die Ausführung konkreter Arbeitsaufgaben oder an die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb

gebunden, behält seine Funktion also auch über die Veränderung von Arbeitsaufgaben oder der Betriebszugehörigkeit hinaus. Das Fachwissen umfasst grundlegende Kenntnisse und Verfahrensweisen bestimmter Disziplinen (z. B. Betriebswirtschaft, Informatik, Maschinenbau etc.) inklusive einer entsprechenden Fachsprache.“ (Pleiss 2003, 136)

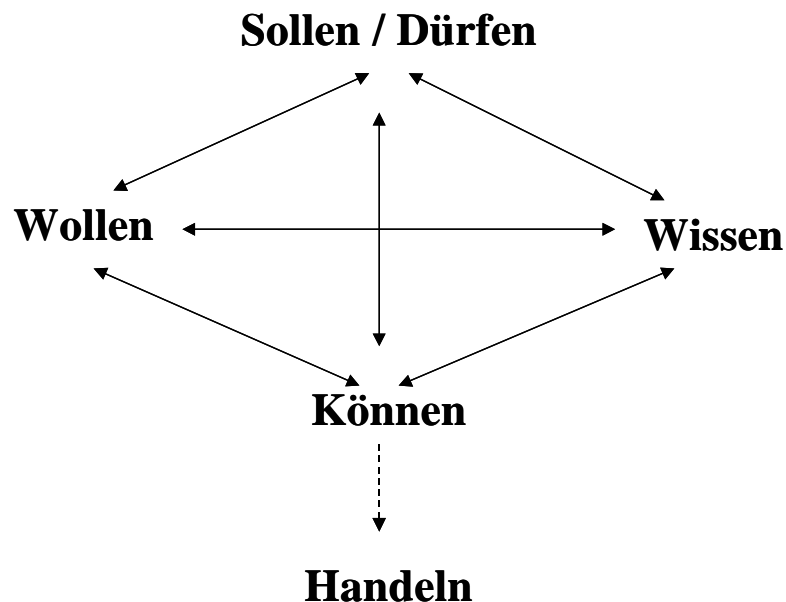


Abbildung 92: Anforderungselemente an Führungskräfte (In Anlehnung an: Ulrich 2000, 451)

Das Wissen alleine reicht aber nicht für herausragende Service Mitarbeiter. Genau wie bei Führungskräften sind bei diesen Mitarbeitern mehrere Elemente notwendig um erfolgreich zu agieren.

5.3.2.6 Serviceorientierte Führung: Empowerment und Teamstrukturen

Die Interaktion des Vorgesetzten mit dem Mitarbeiter ist für die Zufriedenheit der Mitarbeiter von zentraler Bedeutung. Dabei ist nach Bieger (2000, 230) v.a. darauf zu achten die Identität des Mitarbeiters zu entwickeln und zu festigen. Die Führung erfolgt dabei über direktes und indirektes Feedback. Einerseits über spontane Rückmeldungen zu bestimmten Situationen die der Korrektur oder des Lobes bedürfen, andererseits dem regelmässigen Mitarbeitergespräch, in dem eine gemeinsame Zielvereinbarung und ein entsprechendes Feedback erfolgt. Dieses Feedback wird nach Bieger (a.a.O.) v.a. geprägt durch den Ton der Interaktion. Malik (2003) würde zu diesem Fakt wohl „minimaler Anstand“ sagen. In eine ähnliche Richtung argumentiert Küpers (1998, 347), wenn er von vier Herausforderungen für Führungskräfte in einem produktivitätssteigerndem Servicekultur – Umfeld spricht, welche er wie folgt definiert:

- the management of emotional knowledge
- problem solving and deployment
- an emotion sensitive, symbolic, and
- responsive – servant leadership

Da sich die direkte zwischenmenschliche Interaktion zwischen Mitarbeiter und Kunden in einer Kette von „moments of truth“ (siehe oben) darstellt, in der sich die gesamte Kompetenz und Kultur des Unternehmens offenbaren sollte (vgl. Bieger und Laesser 2000, 218), muss diese auf Anhieb und im Idealfall dauerhaft gelingen. Dies gilt im besonderen Fall für Value Added Services im vorliegenden Sinn. Die Chance den Kunden positiv zu beeindrucken und ihn wie oben erläutert dauerhaft an das Unternehmen zu binden kommt i.d.R. nur einmal. Auch eine Korrektur, oder ein Wiedergutmachen – z.B. durch eine Intervention einer Führungskraft – bringt nicht den erwünschten Nutzen, wie dies z.B. bei herkömmlichen Dienstleistungen noch der Fall ist. Dementsprechend sollte die Führung weg von der klassischen Kontrolle und Steuerung hin zu grossenteils selbständigen Gestaltung des Handlungsfelds und zur Befähigung der Mitarbeiter tendieren (a.a.O.).

“To customize and adapt on the customer’s or on one’s own initiative, service employees need sufficient “degrees of freedom” or discretion. Empowering employees and encouraging them to exercise discretion can have a positive impact on customer satisfaction and service quality. Giving employees more autonomy provides them with possibilities to adapt the service to clients’ needs and wishes which can result in positive incidents and therefore can add value to the service delivery (Wels-Lips et al. 1998, 306). “

Nach Blanchard, Carlos und Randolph (1998) geht Empowerment über eine Werte- zu einer Verhaltensänderung des Management hin, welche drei Schlüsselfunktionen umfasst. Erstens, den Zugang zu jeglichen Informationen für alle relevanten Mitarbeiter mit gleichzeitiger Abgrenzung der Handlungsräume um dann zweitens innerhalb dieser Grenzen autonom zu handeln und drittens die weitgehende Aufgabe von Hierarchien um zu selbstgesteuerten Teams zu gelangen. Dabei stehen alle drei Funktionen in einer „dynamischen Interaktion“. Zu betonen ist, dass Handlungsfreiheit immer mit Ergebnisverantwortung verbunden ist, ein Fakt der gerne übersehen und häufig ungern akzeptiert wird.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Grad der Befähigung nicht alle Arbeitsbereiche und Eventualitäten des Mitarbeiters betreffen muss und darf. Laut Bieger und Laesser, welche sich auf Bowen und Lawler (1992) stützen⁹⁰, kann davon ausgegangen werden, „dass der Grad des Empowerments auf einem Continuum fusst: (2000, 227)“

- Am einen Ende liegen die tatsächlich noch hochgradig kontrollgeprägten (Dienst-) Leistungen, welche vollständig standardisiert sind und den Kerndienstleistungen zuzurechnen sind. Hier herrscht praktisch keine Handlungsautonomie. SOPs sichern die Qualität (Bisgaard 2000, 301).
- In der Mitte werden den Mitarbeitern erlaubt, ausserhalb von Standardverhaltensroutinen (welche z.B. über Skripte strukturiert sind) eine gewisse Verhaltensautonomie zu nutzen und selbständig zu interagieren.

⁹⁰ Bowen und Lawler (1992) schlagen einen “Contingency framework“ für den Grad des Empowerments vor, welcher sich auf business strategy, tie to the customer, technology, business environment, and types of employees als Bewertungskriterien bezieht.

- Am anderen Ende besteht weitgehende Autonomie um den Kunden zufriedenzustellen. Hier ist dem empowernten Mitarbeiter nach Bieger (a.a.O.) bezüglich Zeiteinteilung, Interaktionsart und Art der Gestaltung weitgehende Freiheit gewährt (siehe auch Freemantle 1999, 122). Praxisbeispiele dafür, dass nur empowernte Mitarbeiter ungewöhnliche Spitzenleistungen erbringen können, welche das „Überleben im Wettbewerb“ sichern, findet sich branchenübergreifend auch bei Tschol (1998, 421 ff) oder bei Scarnati und Scarnati (2002, 110 ff) für Schulen und das Gesundheitswesen.

Kerndienstleistungen	Kern – Verhalten	Value Added Services
Volle Kontrolle über SOP und Leistungsziele ⁹¹	Kontrolle nur über Skripte und Verhaltensziele ⁹²	Nahezu keine Kontrolle – „nur“ über pos. Feedback

Abbildung 93: Kontrollintensität der Leistungen der Mitarbeiter für den persönlichen und unternehmerischen Service

Eine zusätzliche Dimension welche zur Beurteilung des Empowermentgrades herangezogen werden muss, ist die Komplexität des Kundenbedürfnisses / -wunsches. Rafiq und Ahmed (1998, 379 ff) weisen 5 Merkmale aus, die relevant für die Beurteilung dieser Dimension sind:

- Produktkomplexität
- Variabilität des Kundenbedürfnis
- Benötigte Geschwindigkeit der Leistung
- Individualisierung der Leistung (Customization)
- Dienstleistungsqualität im Sinne von Verhalten des Mitarbeiters

⁹¹ Z.B. mit Rummeler und Brache 1995

⁹² Siehe z.B. Pierce 2004, Tansik und Smith 2000, Leebov 2004, o.V. 2004 a

Je höher diese Merkmale bewertet werden müssen, desto höher muss auch der Grad des Empowerments des Mitarbeiters ausfallen und es müsste ein „Customization – Ansatz“ verfolgt werden. Je tiefer die Bewertung ausfällt, desto eher kann ein „production line Ansatz“ gewählt werden (z.B. Bowen und Lawler 1997, 271 ff). Das Merkmal „Geschwindigkeit“ ist für herkömmliche Dienstleistungen ein umgekehrt wirkendes Merkmal. Hier gilt „je höher das Tempo der Leistungserbringung sein muss, desto eher muss ein „production line Ansatz“ verfolgt werden (siehe z.B. die Notfallstationen der Krankenhäuser). Bei den Value Added Services im vorliegenden Sinne ist dies i.d.R. nur hinter der „line of visibility“ möglich. Idealtypischerweise werden die beiden Ansätze situationsabhängig flexibel gehandhabt.

Insgesamt kann hier abgeleitet werden: Vor der Line of Visibility sind Dienstleistungen und Value Added Services nach einem „customisation – Ansatz“ und „taylor-made“, d.h. kundenindividuell und in Handarbeit zu erbringen. Hierzu sind empowernte Mitarbeiter notwendig.

Hinter der Line of Visibility kann aus Zeitgründen (und aus Kostengründen) ein „production line – Ansatz gewählt werden, „planning is a necessity. You have to do it, but don't promote it“ (Schaupp, Ponzurick und Schaupp 1994, 116). Ein gutes Beispiel hierfür ist die Shouldice Klinik in Toronto, Canada (siehe unter dem Stichwort „Partizipationssmanagement / Involvement in dieser Arbeit). Nahezu alle Leistungen werden in dieser Klinik im production-line Ansatz erbracht (Bowen und Youngdahl 1998, 218). Die Customisation findet im Vorfeld statt und durch das perfekt Erwartungs-, Wahrnehmungs-, und Partizipationsmanagement sind die Patienten in der Regel von dieser Leistung begeistert.

Die zweite Dimension die Rafiq und Ahmed (1998, 388 ff) als beachtenswert darstellen ist die Komplexität dieser (Dienst-) Leistungen. Die für den Bestimmungsgrad des Empowerments notwendigen Merkmale sind nach o.g. Autoren folgende:

- Technology Routine / Non-Routine,
- Aufgabenvielfalt / Unsicherheit,
- Kreativität,
- Aufgabenkomplexität,

- Prozessfokus,
- Value Added am Kontaktpunkt,
- Kontaktzeit,
- Wichtigkeit der Wiedergutmachung,
- Komplexität der Kundenbeziehung,
- Gelegenheiten zum interaktiven Marketing.

Value Added Services im vorliegenden Sinne haben i.d.R. alle eine hohe Ausprägung dieser Merkmale. Die in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu erbringenden Kerndienstleistungen können nahezu alle als mit niedriger Ausprägung eingestuft werden und über Standards qualitätsgesichert und kundenorientiert abgewickelt werden. Das dazu notwendige Verhalten kann ebenfalls zum Grossteil qualitätsgesichert über Skripte erbracht werden. Deshalb ist diese Dimension weniger relevant für die Beurteilung des notwendigen Ausmasses an Empowerment für Mitarbeiter.

Skripting kann beginnen bei und beinhaltet zumeist Sprachregelungen:

Dabei soll unter Sprachregelungen nach Fliess, Möller und Momma (2003, 17) „die explizite managementseitige Vorgabe von Sätzen für das zuständige Kontaktpersonal bei einer ein- als auch zweiseitigen Kommunikation“ verstanden werden. Sprachregelungen bieten die Möglichkeit, um die Interaktion von Seiten der Kundenkontaktmitarbeiter zu standardisieren und damit auch friktionsloser, effizienter und effektiver zu machen. O.g. Autoren weisen zurecht darauf hin, dass diesen Sprachregelungen Grenzen gesetzt sind. Sicherlich sind sie bei vielen Kerndienstleistungen welche im Spital erbracht werden möglich, denn hier sind die Prozesse klar anbieterdesignt. Dies im Gegensatz zu Value Added Services, welche stärker customer – designt und kundenindividuell ablaufen. Weiterhin stellen die Autoren die Hypothesen auf, dass es grundsätzlich einfacher wäre Sprachregelungen zu implementieren, wenn: häufig Einzeltransaktionen mit Kunden abgewickelt werden (was im Spital der Fall ist) und wenn sowohl beim Kundenkontaktpersonal als auch beim Kunden selbst eine hohe Rollenakzeptanz gegeben ist, welche mit homogenem und rationalem Verhalten einhergeht. Auf Mitarbeiter und ihre Rollenakzeptanz kann durch

das Management hingewirkt werden, auf die Rollenakzeptanz der Kunden / Patienten weniger. Weiterhin steigt mit der medialen Gebundenheit der Kommunikation und dem damit verbundenen Ausschluss von Kommunikationsstörungen und des Zufalls die Chance auf deren gewinnbringender Implementierung (a.a.O, 59). Die Dynamik des Organisationsumfeld wirkt sich ebenfalls aus: Je stabiler die situativen Bedingungen bezüglich Kunde, Dienstleister und Wettbewerber, desto eher sind Sprachregelungen einsetzbar und erfolgsversprechend. Beispiele sind verfügbar (z.B. Baptist 2003a, 24-28).

Sprachregelungen sind also im Gegensatz zur Anwendbarkeit bei den Kerndienstleistungen und dem dazu notwendigen Verhalten bei Value Added Services im vorliegenden Sinne nur sehr eingeschränkt anwendbar.

Da in o.g. Kontinuum die Kontrollmöglichkeit, resp. die Sinnhaftigkeit von Kontrollen und Steuerungsversuchen abnimmt, können und müssen unterschiedliche Menschenbilder unterstellt werden. Vom Mitarbeiter des Typus „Theorie X“ der strikt nach SOP handelt und von dem eine oberflächliche servile Freundlichkeit erwartet wird (Bieger 2000, 227). Die Theorie X besagt (vgl. McGregor 1986):

- Der Durchschnittsmensch hat eine angeborene Abneigung gegen Arbeit und versucht ihr aus dem Weg zu gehen, wo er nur kann.
- Weil der Mensch durch Arbeitsunlust gekennzeichnet ist, muss er zumeist gezwungen werden, gelenkt, geführt und mit Strafe bedroht werden, um ihn mit Nachdruck dazu zu bewegen, das von der Unternehmung gesetzte Soll zu erreichen.
- Der Durchschnittsmensch zieht es vor, an die Hand genommen zu werden, möchte sich vor Verantwortung drücken, besitzt verhältnismässig wenig Ehrgeiz und ist vor allem auf Sicherheit ausgerichtet.

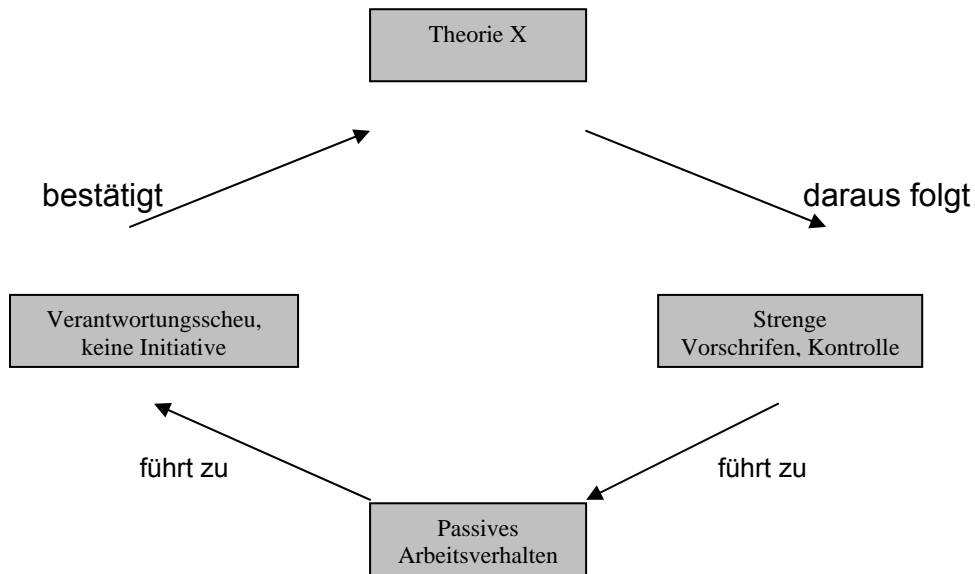


Abbildung 94: Theorie X nach Ulich/Baitsch/Alioth 1987, S. 18 f.

Diese Menschenbilder sind tatsächlich existent. Allerdings wurde das Verhalten von Theorie X Mitarbeitern oft anerzogen. Denn Dienstleistung und Service wurden in der Vergangenheit unterschätzt. Ein Dienstleistungstaylorismus (Mager 1997, 12) der die Optimierung der Organisation zum Ziel hatte und in dem der Kunde i.d.R. nur als Störfaktor auftaucht war vorherrschend. Zusätzlich waren / sind die Mitarbeiter die direkt mit dem Kunden zu tun haben häufig die am schlechtesten qualifizierten, am schlechtesten bezahlten und am engsten kontrollierten. Gleichzeitig waren / sind diese Mitarbeiter aber nicht befugt auf den Kunden individuell einzugehen.

Auf der anderen Seite bedingt ein voll empowerter Mitarbeiter einen Typ „Y“:

- Körperliches und geistiges Arbeiten sind ebenso natürlich wie spielen oder ruhen.
- Eine Belohnung ist eine ebenso gute Funktion, um die Arbeiter dazu zu bewegen, die Ziele zu erreichen.
- Bei geeigneten Bedingungen lernt der Durchschnittsmensch Verantwortung zu übernehmen.
- Die Anlage an Vorstellungskraft und die Fähigkeit zur Lösung organisatorischer Probleme ist sehr weit verbreitet.

Dieser intrinsisch Motivierte darf und soll als selbstverantwortlicher Leistungsgestalter dem Kunden gegenüber partnerschaftlich auftreten.

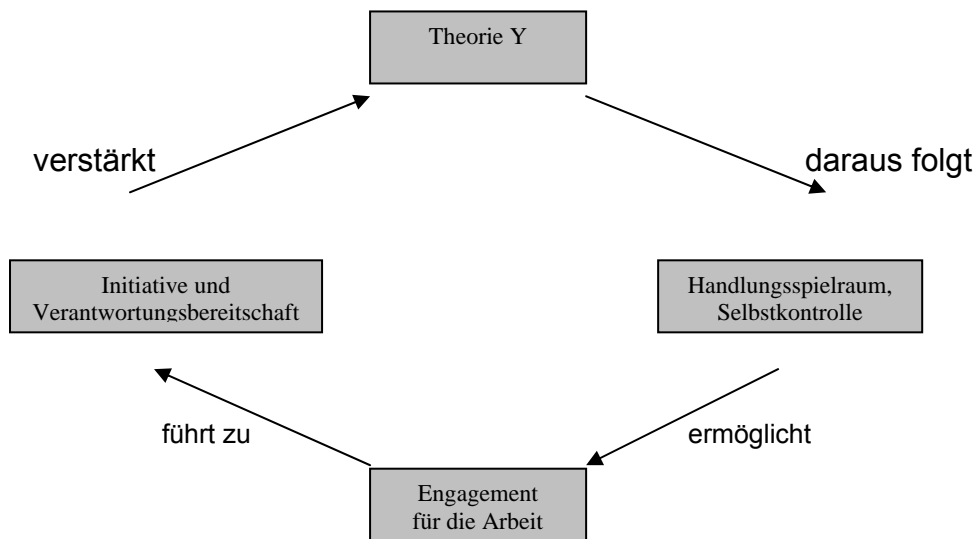


Abbildung 95: Theorie Y nach Ulich/Baitsch/Alioth 1987, S. 18 f.

Empowerment:

Empowerment fordert nach Blanchard, Carlos und Randolph (Blanchard et.al. 1998) vom Management eine weit reichende grundlegende Änderung der Wertvorstellungen, also nicht nur wie bei anderen neueren Managementkonzepten die Weiterentwicklung diagnostischer Fähigkeiten, sondern den Mut zur Verhaltensänderung. Management by Empowerment bedeutet soviel wie Ermächtigung, Ausstattung mit Vollmachten, resp. Bevollmächtigung der Mitarbeiter und damit auch eine Dezentralisierung der Macht. Daneben müssen aber noch drei ergänzende Schlüsselemente gesehen werden. A) Zugang zu jeglichen relevanten Informationen für die betroffenen Mitarbeiter b) eine klare Abgrenzung der Handlungsspielräume dieser Mitarbeiter, welche dann innerhalb dieser Handlungsspielräume autonom handeln dürfen und c) eine weitgehende Aufgabe der bestehenden Hierarchien um zu selbst gesteuerten Teams zu gelangen. Empowerment zeichnet sich somit durch eine wesentlich erhöhte Handlungsfreiheit für die Mitarbeiter aus, welche im Gegenzug aber auch die Verantwortung für die erzielten Ergebnisse tragen. Dies muss mit Begeisterung von Seiten des Vorgesetzten, als auch des Mitarbeiters getragen werden damit das Konzept des Empowerments sein Potential ausschöpft. Byham (1993) zeigt dies eindrucksvoll in seinem phantasievollem fiktivem Werk „ZAPP“. Dieses Managementkonzept

erfordert daher einen hohen Reifegrad der Mitarbeiter. (vgl. Hersey und Blanchard 1982, 190 ff) und kann nach Gatchalian (1997, 430) als “the difference between success and failure in the quest for TQM” bezeichnet werden. Kein Wunder müssen doch Aufgaben , Kompetenzen und Verantwortung tatsächlich in kongruentem Verhältnis zueinander stehen. Vor allem die Veränderungskompetenz – ohne die bis anhin übliche Rückversicherung beim direkten Vorgesetzten ist hier zu unterstreichen. Soll Empowerment tatsächlich die von den Theoretikern einschlägig verfochtenen Erfolge zeitigen, ist aber die Erfüllung einer weiteren Voraussetzung notwendig, welche in praxi oft nicht im notwendigen Ausmass und in der notwendigen Klarheit vorliegt. Unternehmensziele und eine Strategie !

Auch für den Fall einer misslungenen Dienstleistung, eines misslungenen Versuchs eine „value added service“ zu erbringen ist Empowerment von herausragender Bedeutung. Wie Boshoff und Leong (1998, 41 ff) nachweisen, akzeptiert der Kunde einen solchen Fehler resp. die Wiedergutmachung recht problemlos, wenn drei Faktoren gegeben sind: a) der Mitarbeiter / die Unternehmung nimmt die Schuld für den Fehler auf sich, b) der Mitarbeiter ist ermächtigt (empowert) das Problem schnell zu lösen resp. tut dies auch und c) der Mitarbeiter entschuldigt sich.

Die theoretisch fundierten und für Industrie – und Professional Service Unternehmen zumeist auch empirisch bestätigten Vorschläge zur Umsetzung des Empowerments stossen im Gesundheitswesen oft an ihre Grenzen, obwohl nach Lloyd, Braithwaite und Southon (1999, 89 ff) auch hier v.a. Fähigkeitenschulung, Erhöhung der Flexibilität und Verantwortlichkeit zu den primären Optimierungsbereichen gehören. Die Umsetzung des Empowermentkonzeptes bedarf der Berücksichtigung der Besonderheiten des Gesundheitswesens. Dies sind: die hohe Bedeutung der Professionen, die zunehmende Bedeutung des Managements, beständiger Wandel, sowie hohe institutionelle Abhängigkeiten und Interdependenzen. V.a. die hohe Bedeutung der Professionen bringt es mit sich, dass Empowerment von Profession zu Profession unterschiedlich gehandhabt werden muss⁹³, denn i.d.R. bringt es veränderte Machtverhältnisse mit sich – unter den Health Professionals, also auch im Verhältnis Health Professionals und Management. O.g. Autoren (1999, 91) empfehlen denn auch folgende Punkte zu Beachtung:

⁹³ I.d.R. muss die Pflege (siehe z.B. Rodwell 1996, 305 ff oder Randolph 1995) – und falls der “mündige und selbstverantwortliche Patient” ebenfalls angestrebt wird, auch dieser empowert werden

1. "Supporting those mechanisms that will most effectively enhance the appropriate skills of staff, particularly through, within and across professional interaction and through the professional organisations.
2. Promoting a cohesive working environment by emphasising the overall needs of the patient or "patient focussed care", recognising of the respective roles that various professions play and providing the systems that support cooperative work.
3. Ensuring that professionals have maximum flexibility to address the needs of individual patients most appropriately. This will particularly affect the design and management of clinical pathways and guideline programs.
4. Designing funding and accountability systems to support rather than obstruct clinical services. This may involve two avenues:
 - Enriching relationships between clinicians and their clients by joint participation of clinicians and the community in assessing and designing services.
 - Influencing policymakers to promote policies that provide the conditions under which empowerment is viable."

"In the health-care environment, there is a greater need for both quality outputs and the judicious use of resources, and it is suggested that improved teamwork can help to achieve these aims. Work in health care requires people to collaborate in small groups and teams can be defined as effective work groups. Such collaboration is needed both for planning and managing the work (management groups) and for carrying out work tasks in health care environments. Research suggests that working in teams can benefit both individuals and organizations, but only if teams work with each other. This means that functional teams must communicate with each other and with outsiders, as shown in the examples. Further, management and functional teams need to understand and respect each other, if they are to collaborate with each other to achieve their objectives. (Ingram und Desombre 1999, 51 ff)"

Speziell für das Gesundheitswesen machen Ingram und Descmbre folgende Nutzen von Teamstrukturen und Teamarbeit aus und belegen diese empirisch:

1. "learning and development: of people and organizations, enabling improvement and research;

2. resource planning for the future, ensuring resources are best used and unnecessary costs minimised;
3. task performance: improving job performance and the quality of outputs;
4. communications both internal and external.” (nach Ingram und Desombre 1999, 51 ff)

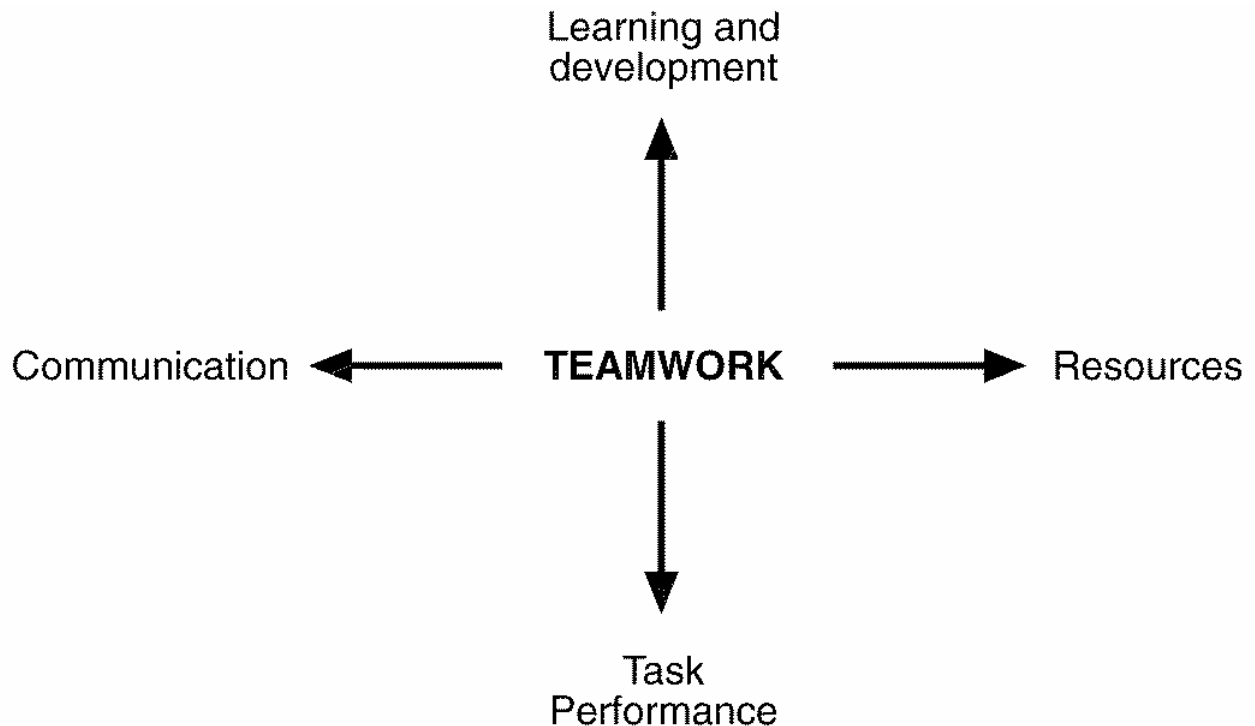


Abbildung 96: Nutzen von Teamstrukturen im Gesundheitswesen (nach Ingram und Desombre 1999, 51 ff)

Da Teams grundsätzlich gefährdet sind ihre eigenen Leistungen zu überschätzen, ihre Leistung aber im Sinne einer Service Profit Chain, sowie als Leistungserbringer für interne Kunden stabil hoch sein muss, ist es nach Gilbert (2000, 183) notwendig Indikatoren zur Messung der internen Kundenzufriedenheit zu erheben. Gilbert arbeitet zwei zentrale Indikatoren heraus, welche eine Art Tracerfunktion für andere Indikatoren in diesem Zusammenhang⁹⁴ haben: Persönliche Dienstleistung und technische Kompetenz. Wenn diese beiden Indikatoren vom Empfänger Team positiv bewertet werden, kann davon ausgegangen werden, dass die interne Kundenzufriedenheit dieses Teams hoch ist, was nicht verwundert, heisst das doch a) das Team kann etwas und b) es geht die Extrameile für den internen Kunden.

⁹⁴ Z.B. Effective welcome, Timely greeting, Shows courtesy, Treats me as a partner, Ease of use, Listen to needs, Acts professionally, Easy to contact, Pleasant to work with, High expertise, Does things on time, Is dependable, Does not waste my time.

Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass dieses Team diese Leistung auch für den externen Kunden erbringt.

Teamstrukturen unterstützen den Prozess des Empowerments. V.a. individuell, nach Patientenbedürfnissen zusammengestellte Teams führen zu grösstmöglicher Zufriedenheit, aber auch dem Gefühl des Überblicks, der Kontrolle über das traditionelle Servicegeschehen (vgl. z.B. Larsson 2000, 509 f), sowie zu einen höheren Compliance seitens des Patienten.

Erfolgreiche Medizin lässt sich mehr und mehr nur in Teamstrukturen⁹⁵ verwirklichen. Schon 1910 soll William Mayo, welcher zusammen mit seinem Bruder Charles die Mayo Kliniken gründete, gesagt haben: „Damit der Kranke von den Vorteilen des fortschreitenden Wissens profitieren kann, müssen wir unsere Kräfte bündeln. Es ist heutzutage unerlässlich, dass wir die Medizin als kooperative Wissenschaft verstehen“ (nach Berry / Bendapudi 2003a, 29). In der heutigen noch viel weiter ausdifferenzierten und spezialisierten Medizin ist dies notwendiger denn je. Die Mayo Kliniken fördern diese Art der Zusammenarbeit durch unterschiedliche strukturelle Massnahmen. Erstens durch das Leitbild selbst, zweitens durch ein Gehaltssystem, welches a) auf ein Festgehalt setzt und b) ein Bonussystem, welches sich nicht an Einzelleistungen, sondern an Team- und Gesamtleistungen von Kliniken orientieren (nach Berry / Bendapudi 2003a, 29) und drittens durch den Einsatz neuester verfügbarer Technologie, welche eine Zusammenarbeit standortunabhängig ermöglichen (z.B. EMR, Videokonferenzen, etc.).

Auch aus der Perspektive „Produktivität von Serviceleistungen“ ist nach Küpers (1998, 350) die Empfehlung klar – weg von den klassischen Hierarchien ! Ist dies für die klassischen Serviceleistungen zu beobachten, kann davon ausgegangen werden, dass dies ebenfalls für tatsächliche, „value-added services“ zutrifft.

Verschwiegen werden soll aber nicht dass die Konzepte „Betroffene zu Beteiligten“ zu machen auch ihre Schwächen und Probleme haben können. Held (1998, 92 ff) identifiziert folgende:

1. Ressourceneinsatz:

Vordergründig erscheint der Aufbau einer Verständigungsebene in der Analysephase eines Projektes (oder eines Veränderungsprozesses –der

95 Idealerweise werden die Organisationsprinzipien und Erfolgsrezepte von Teams auch auf die gesamte Organisation übertragen. Solche Organisationen zeichnen sich durch die bei Beyerlein, Freedman, McGee und Moran genannten Merkmale aus (2003, 52) und können „collaborative organizations“ genannt werden.

Autor) zu aufwendig. Langfristig gesehen ist es jedoch kostengünstiger, zu Beginn in die Beteiligung Betroffener zu investieren, anstatt in der Realisation teure Änderungen oder gar mangelnde Benutzerakzeptanz zu erhalten.

2. Vertrauensbonus:

Beteiligung bedeutet das ein Vertrauen zwischen Experten (Vorgesetzten – der Autor) und Betroffenen besteht. Nach dem Motto „er kennt ja unsere Probleme“ besteht die Gefahr, dass sich die Beteiligten einer Verantwortung zur Mitentscheidung entziehen.

3. Anti – Kolumbus:

Den Betroffenen und den Experten (Vorgesetzten – der Autor) eröffnen sich in gemeinsamer Arbeit zum Teil überraschende Veränderungsmöglichkeiten. Dies kann Begeisterung auslösen, aber auch den Wunsch verstärken, an den gewohnten Lösungen festzuhalten.

4. Pseudoverständigung:

Die Verständigung zwischen den Beteiligten am Projekt leidet durch die Art und Weise einer „Ping-Pong“ – Kommunikation und dadurch, dass Fachsprachen angenommen werden, ohne jedoch auch Fachkenntnisse im selben Masse zu besitzen.

5. Geiseleffekt:

Die Betroffenen werden ausgenutzt. Ihr Wissen wird verfügbar gemacht und für die (technische) Gestaltung genutzt, ohne dass wichtige soziale oder organisatorische Interessen der Betroffenen berücksichtigt werden.

6. Pseudointeressen:

Anstelle der ur-eigenen Interessen nennen die Beteiligten modische Gesichtspunkte oder reale Interessen anderer Personen oder Gruppen

7. Iterationsfrust:

Werden Betroffene ohne Verständigungsbasis beteiligt, so herrscht Ungeduld, Ungewissheit und Unzufriedenheit ob der vielen Versionen, die immer wieder im Realisationsprozess getestet werden sollen.

8. Überlastung:

Arbeitspersonen, die sich am Gestaltungsprozess von Veränderungen ihrer eigenen Situation beteiligen sind häufig durch die Gleichzeitigkeit von Projektarbeit und der eigenen, eigentlichen Berufstätigkeit überlastet.

9. Unrealistische

Erwartungen:

Die Bereitschaft auf Vorstellungen und Forderungen der Betroffenen einzugehen, kann zu unangemessenen anspruchsvollen oder hochgetriebenen Erwartungen an zukünftige Lösungen und Verbesserungen führen.

Bei aller Kritik und möglichen Konflikten und Bedenken. Der Empowermentansatz scheint der einzig vielversprechende Ansatz zu sein um eine Kultur der VAS zu verwirklichen, die ganze Kreativität und Persönlichkeit der Mitarbeiter auszuschöpfen, so nahe am Kunden zu sein als möglich, um so neue Kunden zu gewinnen und alte Kunden zu binden und zu erhalten. Ein klassisches Vorschlagswesen wie es z.B. Jentgens und Kamp (2004) oder Baptist (2003b) darstellen ist im Gegensatz zu Kerndienstleistung und Kernverhalten für VAS nicht notwendig.

Notwendig ist wie oben argumentiert aber Vertrauen in die Mitarbeiter zu geben. Dieses Vertrauen wird bei adäquater Selektion in den meisten Fällen gerechtfertigt sein. Die Mitarbeiter werden Ihr Bestes geben wollen. Sie müssen dazu aber auch befähigt werden. Reines Empowerment reicht zumindest zu Beginn nicht aus.

Deshalb werden neue Mitarbeiter idealerweise mit zwei verschiedenen Massnahmen auf die neue Arbeit vorbereitet. Ziel beider Bereiche ist, dass der Mitarbeiter möglichst schnell die von ihm erwartete Leistung erbringt.

In der Personaleinführung geht es „um die systematische Vermittlung von Informationen über die Organisation, die Aufgabenstellung der jeweiligen Abteilung, die Aufgabe und Verantwortung des jeweiligen Mitarbeiters sowie über die Art seiner Tätigkeit und ihre Einordnung in den Betriebsablauf, über die Vorgesetzten und Kollegen, über Unfall und Gesundheitsgefahren und über Massnahmen und Einrichtungen, die zur Abwehr dieser Gefahren dienen.“ (z.B. Hentze 1994). Diese Informationen werden beispielsweise mit Abgabe von Geschäftsberichten, Organigrammen, Leitbilder, mit der Durchführung von Betriebsbesichtigungen und Vorträgen über Arbeitssicherheit und Unfallverhütung weitergegeben.

Bei der Personalarbeitung wird der Mitarbeiter mit seinen genauen Aufgaben und Arbeitsmittel bekannt gemacht. Wenn das Anforderungsprofil der Stelle nicht durch

das Fähigkeitsprofil der Person gedeckt ist, wird der Mitarbeiter während dieser Zeit für diese Aufgabe intern oder extern zusätzlich aus-, weiter- und fortgebildet.

Beide Phasen sind notwendig für die Integration der neuen Mitarbeiter, denn der neue Mitarbeiter wird in der Anfangszeit im Unternehmen von Unsicherheit, Angstgefühlen und Stress geplagt (Rehn 1990). In dieser Phase scheint er für prägende Einflüsse besonders empfänglich zu sein (z.B. Nelson, 1987). Wie Kieser (1990) nachweist (zit. in Wippich und Jöns 2001, 45), ist die Fluktuationsquote im ersten Jahr für neue Mitarbeiter signifikant höher als im Laufe der weiteren Jahre der Betriebszugehörigkeit. Eine positive Korrelation scheint hier nicht konstruiert, sondern auf der Hand zu liegen. Es gilt also nicht nur aus Gründen der Reduktion der Fluktuationsquote hier besonderen Effort zu zeigen und von Anfang an eine funktionsangepasste Einführung und Einarbeitung zu gewährleisten, sondern von Beginn des Arbeitsverhältnisses an klar zu kommunizieren und üben zu lassen was erwartet wird. So kann das gegenseitige Vertrauen aufgebaut werden welches notwendig ist. Wie Wippich und Jöns (a.a.O.) zeigen ist ein Mentorenprogramm bei höherqualifizierten Mitarbeitern ein viel versprechendes Instrument.

5.3.2.7 Serviceorientiertes Controlling

Um den Erfolg des Servicemanagements steuern zu können wird idealtypischerweise ein Controllingsystem aufgebaut. Controlling hat nach Güntert eine systembeschreibende, eine systemgestaltende und eine systemkoppelnde Funktion (Güntert 1994).

Die systembeschreibende Funktion übernimmt ein Service Qualitäts Informations System, welches z.B. nach Berry und Parasuraman (1997) mit unterschiedlichen Forschungsansätzen (z.B. Transaktionsanalysen, Kundenkommentare und –berichte, Marktbeobachtungen und Mitarbeiterbefragungen) arbeiten sollte um die Information zu sammeln, zu organisieren und zu verteilen, sowie aus den folgenden fünf grundsätzliche Elementen bestehen sollte:

- Messung von Service Erwartungen – nicht nur -wahrnehmung (wenn man diese Basic und Performance - Erwartungen kennt, kann man darauf aufbauend auch Begeisterungsmerkmale entwickeln).

- Betonung der Informationsqualität (die Informationen sollten relevant, präzise, nützlich, kontextual, verständlich, zeitnah und glaubwürdig sein).
- Erfassen von Kunden Aussagen (quantitative Daten sollten durch qualitative Aussagen der Kunden ergänzt werden – Bildaufzeichnungen sind ebenfalls nützlich).
- Erhebung der Position von VAS in der Verfallskette – delight – performance – basic (Kap. 4.4.7.) gemäss des Wertes welcher der VAS vom Kunden bemessen wird (vgl. Kap. 4.5.2.).
- Value Added Services müssen an die Geschäftsergebnisse angekoppelt werden (die wahren Kosten z.B. auch Kundenverlust müssen ebenfalls in diese Rechnung mit einbezogen werden).
- Die Ergebnisdaten müssen allen Mitarbeitenden verteilt werden (denn diese Mitarbeiter treffen Entscheidungen über den Einsatz von Value Added Services oder anderer geeigneter Massnahmen).

Kernindikator für die Güte von VAS wird aber die Quote der Weiterempfehlungen sein. Wie oben gezeigt ist „word of mouth“ der beste Prädiktor für begeisterte Kunden und damit das Kundenaufkommen und die Loyalität.

Neben den weitem üblichen Befragungen und Messungen der Patientenzufriedenheit und der Einweiserzufriedenheit (hier sollte nach Jendges (2000, 588) patientenbezogen befragt werden), welche i.d.R. die Kerndienstleistungen befragen, können und müssen spezielle Instrumente für die Messung der VAS eingesetzt werden. Nachfolgende Abbildung gibt, wie schon in Kap. 4.4.6. gezeigt einen ersten Überblick über VAS taugliche Ansätze (eingekreist).

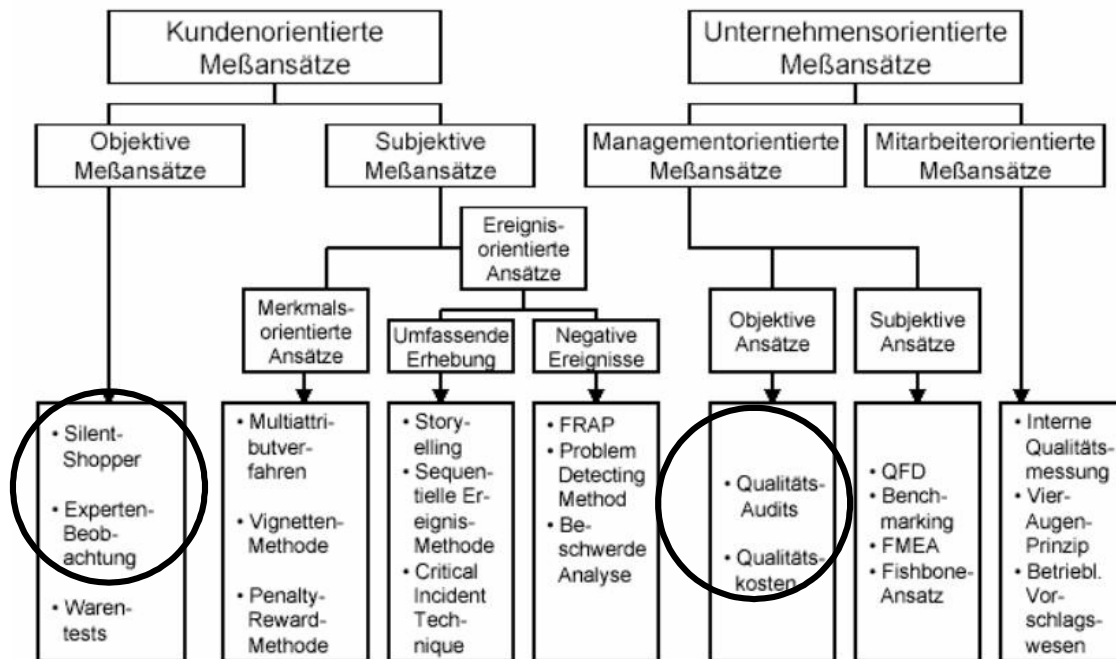


Abbildung 97: Systematisierung der Messansätze zur Dienstleistungsqualität nach Bruhn 1997, 61 oder auch Bruhn 1999, 99

Neben der oben erwähnten Unternehmensperspektive und deren klassischen Indikatoren (monetär und zumeist quantitativ), welche hier durch die Qualitätsaudits und Qualitätskosten repräsentiert werden und welche indirekte Hinweise auf die VAS geben, kann auch der persönliche Service einem Monitoring unterzogen werden. So ist es z.B. in den USA in einigen Häusern durchaus üblich Testpatienten in gewissen Abständen ins Krankenhaus zu schicken, die v.a. die Freundlichkeit (Jendges 2000, 588), aber auch die Aktualität und Akkuratheit von Information überprüfen sollen. Auch die Expertenbeobachtung (z.B. unter dem Etikett einer Famulatur oder mittels WebCam oder herkömmlicher Kamera) ist problemlos möglich wenn der dienstleistende Mitarbeiter vorher aufgeklärt wurde.

Interne Messwerte, welche die organisationale Effektivität der Institution überwachen, werden in der Literatur viele genannt (z.B. zählt auch das EFQM Modell für Organisational Excellence hierzu). Direkte Messwerte, Indikatoren werden aber eher selten vorgeschlagen – oder im Falle des EFQM Modells zwar ausgewiesen, aber weder in Validität noch Reliabilität entsprechend abgestützt oder ausgewiesen. Gerade dies wäre aber für die Steuerung des Change Prozesses, welcher mit Hilfe des Internen Marketing Ansatzes realisiert werden soll notwendig. Die Ergebnisse

dieser internen Indikatoren sind i.d.R. dazu geeignet als Frühwarnsystem für die Ergebnisse der externen Indikatoren zu dienen.

Gilbert und Parhizgari (2000, 48 f) legen insgesamt 9 interne Indikatoren vor, welche reliabel sind (siehe unten Test der Reliabilität nach Cronbach Alpha) und so allgemeine Indikatoren sein können, dass sie auch für die vorliegende Branche geeignet sind. Sie lehnen sich an die oben erwähnte (Kap. 5.3.2.2. und 5.3.2.3.) Kultur- / Klimadiskussion an.

Die Indikatoren sind:

1. Importance of the mission: “Measures the perceived clarity of organizational purpose and the degree to which the employees view the organizational purposes to be important. Scale reliability of this measure (alpha = 0.848).”
2. Supportive policies toward the work force: This dimension measures the extent to which the work force believes the organization treats its employees fairly and genuinely cares about the employees' welfare. It demonstrates the degree to which the employees think the organization is committed to them as valued resources (alpha = 0.906).
3. Appropriateness of the organizational design: This measure identifies the degree to which the organization is bound by red tape and other bureaucratic mechanisms that are perceived to impede timely decision making to serve the customer (alpha = 0.735).
4. Working conditions: This effectiveness criterion identifies the quality of the organization's environment.
5. Organizations facilitate quality performance by assuring the work force adequate facilities and supplies and providing a safe and healthy place in which to work (alpha = 0.838).
6. Pays and benefits: This dimension measures the degree to which employees report their pay and benefits to be good when compared with those of employees elsewhere (alpha = 0.605).
7. Positive supervisory practices: This measure identifies the extent to which employees view their supervisors to be providing positive training, coaching, involvement, team work and direction enabling the employees to perform effectively (alpha = 0.899).

8. Work force loyalty and pride: This dimension identifies the degree to which employees demonstrate loyalty and pride in their work and toward the organization (alpha = 0.810).
9. Operational efficacy: This is a measure of both efficient and effective operational practices. It parallels the characteristics of just-in-time practices of quality focused organizations (alpha = 0.745).
10. Customer oriented behavior: This criterion identifies the extent to which customer focused behavior is practiced both internally, within the organization, and with the organization's external customers (alpha = 0.873).

Auch das den Malcom Baldrige National Quality Award 2004 gewinnende Health Care Unternehmen "Baptist" legt Anregungen vor, wie VAS-kultur fördernde Performance Standards erfolgreich gemessen und implementiert werden. Es wird ein 90 Tage Umsetzungs- und Controllingplan vorgeschlagen, der der Maxime „Hold your leaders accountable“ (Baptist 2003d, 34 ff.) folgt. Der Gewinn des nationalen Qualitätspreise scheint es wert zu sein diesen Ansatz in Betracht zu ziehen.

Einen wissenschaftlich wenig abgestützten und damit nicht nachgewiesen reliablen und validen Bewertungsbogen, aber dafür einen praktikablen Messansatz legt das Service Quality Institute (SQI 1996) vor (siehe nachfolgende Abbildungen). Er operationalisiert den „Quality Service Performance Standard“ und dient damit der Messung des gewünschten Verhaltens in der Kerndienstleistung, aber in einzelnen Ausprägungen auch des Verhaltens, welches VAS kennzeichnet (z.B. customer orientation, team work, initiative, listening skills, keeps promises to customers, etc.). Jede gewünschte Dienstleistungs- und VAS Ausprägung kann in drei unterschiedlichen Antwortkategorien bewertet werden, die im folgenden Beispiel unterschiedlich gewichtet sind. Durch die Summe dieser gewichteten Verhaltenspunkte kann der Vorgesetzte erkennen ob sich der Mitarbeiter im gewünschten Range bewegt.

Nach SQI (a.a.O.) sollten unterschiedliche Bewertungsintervalle angewendet werden um Mitarbeiter zu bewerten und Ihnen ein entsprechendes Feedback zur Verbesserung – dem systemgestaltendem Element - zu geben. Neue Mitarbeiter alle 30 Tage, Mitarbeiter mit regelmässigem Kundenkontakt alle 90 Tage und Mitarbeiter

ohne diesen regelmässigen Kontakt, aber mit internem Kontakt alle 6 Monate (siehe folgende Abbildungen).

Damit gelingt es nicht nur eine kundenorientierte Kultur aufzubauen und zu pflegen, sondern auch den o.g. Ansatz des internen Marketings so zu implementieren, dass dieser die gewünschte Kultur unterstützt. Das Controlling liefert die für die Führung dieses Prozesses notwendigen Informationen.

Diese Informationen können dann wieder in die in Kapitel 6.3. genannten Analysen und Leistungsvergleiche einfließen, die die Unternehmensführung zum Gestalten, Lenken und Entwickeln der Organisation benötigt. So schliesst sich der Managementkreislauf.

**QUALITY SERVICE
PERFORMANCE STANDARDS (SQI 1996)**

Performance Period:

30 days from _____ to _____

90 days from _____ to _____

6 months from _____ to _____

Evaluator's name: _____ Staff: _____

Evaluator's position: _____ Average hours per week: _____

Date attended last program: _____

Today's date: _____

(New staff should be evaluated after 30 days; regular employees with frequent customer contact every 90 days; and those with less contact every 6 months.)

Instructions: In every category circle the number for the statement that best describes the behavior or attitude of this employee. Please make a rating for each item.

Attitude Toward Customers:

- 1 Inconsiderate/Indifferent
- 2 Polite, but reserved
- 3 Warm, friendly and outgoing

Comments: _____

Says "Thank You" and Smiles:

- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Always

Comments: _____

Recognizing Customers:

- 1 Doesn't remember customers
- 2 Recognizes customers but doesn't verbally communicate those feelings to the customer
- 3 Very good at recognizing customers with good facial expressions and verbal feedback

Comments: _____

Uses Customers' Names:

- 1 Doesn't know or call the customer by name
- 2 Uses customers' names but not often enough
- 3 Remembers customers' names and pronounces their names correctly

Comments: _____

Customer Oriented:

- 1 Shy, uneasy with customer
- 1 Helpful, but does not seem completely comfortable
- 3 Outgoing, helpful and extremely comfortable

Comments: _____

Customer Oriented Pressure Situations:

- 1 Experiences frustration, usually makes no attempt at handling a situation
- 1 Attempts to handle a situation then refers to manager
- 3 Attempts and usually succeeds in handling situation on his/her own

Comments: _____

Treats Customers as Being Real:

- 1 Shows boredom and coldness
- 1 Sometimes is tense, cold and abrupt with Customer
- 2 Always shows warmth and friendliness

Comments: _____

PERFORMANCE STANDARDS

Punctuality:

- 1 Frequently late
- 2 Usually on time
- 3 Always prompt

Comments: _____

Sickness/Lost Work Time: (per 30-day period)

- 1 5 or more days gone
- 2 2-4 days gone
- 3 0-1 days gone

Comments: _____

Reliability:

- 1 Requires constant supervision
- 2 Requires little supervision
- 3 Requires no supervision

Comments: _____

Attitude at Work to Supervisor and Co-workers:

- 1 Resentful, aloof or indifferent
- 2 Helpful and cordial
- 3 Motivated

Comments: _____

Instructions:

- 1 Can't follow instructions
- 2 Does okay when instructions are repeated
- 3 Follows instructions well

Comments: _____

Work Habits:

- 1 Poor work habits, does less than what is required
- 2 Does only what is required
- 3 Does more than required

Comments: _____

Team Work:

- 1 Does not contribute to team effort
- 2 Has some ability, offers suggestions
- 3 Talented and team motivated

Comments: _____

Personal Appearance, Dress and Uniform:

- 1 Dress and personal appearance is not business acclimated
- 1 Usually neat/tidy, needs to be more business acclimated
- 3 Dresses appropriately and has good appearance

Comments: _____

Personal Cleanliness and Hygiene:

- 1 Poor, needs to improve
- 2 Usually okay, but needs to be more consistent
- 3 Excellent habits

Comments: _____

Initiative:

- 1 Does only what is specifically outlined
- 2 Requires supervisory guidance to be motivated
- 3 Self-motivated — little or no supervision needed

Comments: _____

Product or Job Skills Knowledge:

- 1 Has limited knowledge and shows little interest
- 1 Has some knowledge and is interested in knowing more
- 2 Knowledgeable

Comments: _____

PERFORMANCE STANDARDS

Listening Skills:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Does not pay attention to needs of
of customers | Comments: _____ |
| 1 Occasionally pays attention but needs
improvement | _____ |
| 2 Asks good questions and pays attention
to customer needs | _____ |

Keeps Promises to Customers:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Lacks follow-through on promises | Comments: _____ |
| 2 Usually remembers but needs improvement | _____ |
| 3 Good follow-through on promises | _____ |

Positive Communication to Customers on a Daily Basis:

- | | |
|--|-----------------|
| 1 Pays little attention to customers and avoids
compliments | Comments: _____ |
| 1 Gives compliments but needs to be
more sincere | _____ |
| 2 Generous with genuine and sincere compliments | _____ |

Positive Communication to Co-workers on a Daily Basis

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Pays little attention to co-workers and
avoids compliments | Comments: _____ |
| 1 Gives compliments but needs to be
more sincere | _____ |
| 3 Generous with genuine and sincere compliments | _____ |

Negative Communication to Customers:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Poor attitude, performance and feedback | Comments: _____ |
| 2 Communication is normally good but needs
to be more consistent | _____ |
| 3 Rarely uses negative communication | _____ |

Negative Communication to Co-Workers:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Poor attitude, performance and feedback | Comments: _____ |
| 2 Communication is normally good but needs
to be more consistent | _____ |
| 3 Rarely uses negative communication | _____ |

Ignores Customers — Absence of Quality Service Techniques:

- | | |
|--|-----------------|
| 1 Very poor, frequently ignores customers | Comments: _____ |
| 2 Pays attention but needs to use techniques daily | _____ |
| 3 Pays attention, never ignores customers | _____ |

Plastic Insincere Communication to Customers:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Communication is insincere and phony | Comments: _____ |
| 1 Tries to be genuine but is often perceived
as being plastic | _____ |
| 3 Rarely plastic — usually very sincere and
genuine with customers | _____ |

Handling Irate Customers by Using the Six Keys to Cooling Down an Irate Customer:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 Seldom, needs improvement | Comments: _____ |
| 2 Usually, but needs more practice | _____ |
| 3 Very good; usually turns customers around | _____ |

PERFORMANCE STANDARDS

Ability to see Potential Problems and Stop Them Before Customer Becomes Irrate:

- 1 Ignores obvious problem
- 2 Uses the techniques but not often enough
- 3 Uses the skills for defusing problems

Comments: _____

Takes Responsibility for Legitimate Problems/Complaints:

- 1 Defensive, tries to avoid blame
- 2 Tries to use the techniques but is clumsy and inconsistent
- 3 Effective at taking responsibility for legitimate complaints and turning the situation around

Comments: _____

Accuracy of Performance:

- 1 Very careless and sloppy performance
- 1 Tends to be inaccurate and occasionally makes mistakes
- 3 Careful and consistently accurate

Comments: _____

Quality of Work Performance:

- 1 Poor and deficient quality of work
- 2 Performs at average level of quality
- 2 Places a high value on the quality of his/her work

Comments: _____

Job Commitment:

- 1 Shows lack of real job commitment
- 2 Does an average job but lacks commitment for superior job performance
- 3 Dedicated commitment to work and does a thorough job

Comments: _____

Doing More Than the Minimum for Others:

- 1 Not helpful; tends to be rude and impatient
- 2 Friendly but needs to develop "put customer first" attitude
- 1 Consistently gives more than the minimum to customers with pride and pleasure

Comments: _____

Minimum Standards of Excellence with Customers and Co-Workers:

- 1 Inconsistent and unreliable at meeting personal standards of excellence
- 2 Sets high standards but is not consistent in meeting these standard with customers
- 3 Sets high standards of excellence and has consistent habits of positive communication

Comments: _____

Feels Good About Self:

- 1 Suspicious, distrustful and unresponsive to receiving positive feedback
- 1 Likes self but needs to feel more comfortable and receptive to receiving positive feedback
- 2 Like self and is good at receiving and giving positive communication

Comments: _____

6 Zusammenfassung und Ausblick mit Empfehlungen

In ersten Teil des Kapitel 1 wurde eine Einführung in das Thema Value Added Services (VAS) gegeben. Es wurde argumentiert, dass sich v.a. die Unternehmen des Güter produzierenden Sektors offen gegenüber den Entwicklungen des Marktes zeigten, indem sie mit zusätzlichen nutzenstiftenden Leistungen versuchten den Wert und damit den Absatz ihrer Primärprodukte zu sichern und zu fördern.

Dieses Instrumentarium erlaubt es ihnen sich besser im Markt zu positionieren und aktiv Kundennähe zu praktizieren. Kunden davon zu überzeugen sich loyal gegenüber einem Anbieter zu verhalten ist das Ziel solcher Anstrengungen, denn loyale Kunden sind zwar fordernde aber i.d.R. profitable Kunden. Im weiteren Verlauf des Kapitels wurde argumentiert, dass solche Art von Leistungen nicht nur für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorteilhaft wären um sich im Markt zu positionieren, sondern dass es auch aus Public Health Perspektive ein bedenkenswertes Konzept sein könnte, da diese Art von Leistungen nicht nur die anbietenden Einrichtungen klientelorientiert weiterentwickelt, sondern auch gesamtsystemoptimierende Wirkung entfalten können.

Es wird damit die Neuaufnahme einer komplett neuen Leistungskategorie für stationäre Leistungserbringer vorgeschlagen, welche es zu managen gilt. Value Added Services (VAS)!

Im zweiten Teil des ersten Kapitels wurde die wissenschaftstheoretische Basis für die Arbeit gelegt. Der Systemansatz St. Gallischer Prägung und Ulrich`scher Schule wurde als geeignet dargestellt die vorgegebene Problemstellung angemessen aufzuarbeiten. Das Ziel, eine geeignete Problemlösung für ein Element eines Subsystems des Gesundheitswesens zu erarbeiten wird durch diesen Ansatz und dessen Grundlagen am besten unterstützt. Dabei fand keine tiefgreifende Abwägung zwischen diesem konstruktivistischen, anwendungsorientierten Ansatz nach Ulrich und einem positivistischem Ansatz popperscher Prägung statt, sondern eine frühe Festlegung und deren ausführliche Begründung. Dies kann unter anderem mit der Zielsetzung der Arbeit begründet werden, nicht für die allgemeine Erkenntnis arbeiten zu wollen, sondern Empfehlungen für zukünftiges Handeln abgeben zu können. Auf Grundlage bestehender wissenschaftlicher Theorien sollten Modelle, sowie

Handlungsanweisungen abgeleitet werden, um so wissenschaftlich fundiertem Handeln in Unternehmensalltag den Weg zu ebnen und zu ermöglichen.

In Kapitel 2 wurde auf Rahmenbedingungen des Elements Stationäre Versorgungseinrichtung im Subsystem des Stationären Sektors der sich innerhalb des Systems Gesundheitswesen befindet und als Objekte figuriert, eingegangen. Die Welt verändert sich laufend. Auch die Umwelt der Erbringer stationärer Leistungen im Gesundheitswesen. Dessen Aufgabenwahrnehmung entwickelt sich bedingt durch nachfrageseitige Faktoren, aber auch durch eigene, angebotsseitige Faktoren ebenfalls ständig weiter. Dies führt wie dargestellt nicht nur zu einer Optimierung des Systems und Subsystems mit einer an sich erwarteten Steigerung des Outputs und des Outcomes, sondern in erster Linie zu einer Steigerung der Ausgaben für dieses Subsystem. Dies liegt nicht nur an den bis anhin vorhandenen Anreizen und Subkulturen, sondern auch an gewissen Resistenzen welche sich in diesen medizindominierten hierarchischen Konstrukten entwickelt haben

Aus Gründen der Makroallokation und aus einer zunehmenden Beschränktheit von Ressourcen seitens der öffentlichen Hand, welche in diesem System in mehrfachen Rollen auftreten kann (in der Schweiz z.B. als Anbieter, Nachfrager, Finanzier und Regulierer), werden von diesem Systemgestalter mehr und mehr wettbewerbliche Elemente eingeführt und unterschiedliche Arten von Märkten kreiert. Dabei zeigt sich, dass es in diesem System in seiner radikalsten Ausprägung und Interpretation keinen Akteur gibt, der diesen marktlichen Gesetzen nicht unterworfen wäre. Auch der Systemgestalter selbst.

Kapitel 3 macht im seinem ersten Teil deutlich, dass es unterschiedliche Arten der Marktgestaltung gibt und dass die vorhandene Marktgestaltung suboptimal ist. Der jetzige Markt ist als Nullsummenspiel konzipiert (zero sum), in seiner Anlage auf Einhaltung der Regeln fokussiert und nicht auf die Erfüllung von Bedarfen/Bedürfnissen. Tendenziell hat ein solcher Markt des vollen Wettbewerbs regressive Tendenzen und ist nicht in der Lage Bedürfnisse zu befriedigen. Wert wird in solchen Märkten nicht geschaffen, sondern wenn überhaupt, dann nur verteilt. Die Qualität sinkt tendenziell.

Die Steuerungsversuche (Kap. 3.2.) der verantwortlichen Gebietskörperschaften sind nur eingeschränkt in der Lage die Finanzierungsprobleme zu lösen resp. die

Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten oder zu steigern, sondern erhöhen oft nur die Regelungsdichte und damit die Komplexität. Im Gegenteil, je höher die Kadenz der Interventionen, desto geringer fällt das Vertrauen in das System seitens der zu Versorgenden aus. Das grundsätzliche Misstrauen der v.a. deutschen Politik und korporatistischen Selbstverwaltung gegenüber dem eigenen Souverän resp. Klientel spiegelt sich denn auch in der Ignoranz gegenüber dieser Marktmacht wieder. Denn Märkte werden nicht auf der Ebene Patient kreiert, sondern v.a. auf der institutionellen Mikro- und Mesoebene. Den Entwicklungen und Trends der Märkte ausserhalb des Gesundheitswesens (Kap. 3.3.) wird denn auch im Gesundheitswesen regulatorisch wenig Rechnung getragen.

In diesem Umfeld und Spannungsfeld bewegt sich, wie im zweiten Teil des Kapitels 3 gezeigt wurde, das Krankenhaus als Beispielobjekt für stationäre Leistungserbringer. Es wird versucht das Krankenhaus als Dienstleister zu erfassen und seine Besonderheiten zu eruieren. Dabei wurde herausgearbeitet, dass nicht nur die Funktionen eines Krankenhauses vielfältig, sondern auch seine Grundcharakteristika so besonders sind, dass es sich kaum mit anderen Organisationen vergleichen lässt. Auch seine Dienstleistungen sind in Teilen so hochgradig individualisiert zu erbringen, dass sie sich managerieller Logik entziehen, bzw. dieser deutlich widersprechen. Gleichzeitig werden an diese Institutionen Public Health orientierte Forderungen herangetragen (Kap. 3.4.1), die die Komplexität der Organisation und ihrer Leistungserstellung nochmals erhöhen.

Versucht man den Blick auf die Schlüsselfaktoren und die sich aus ihnen ergebenden Anforderungen zu richten welche die Zukunft bringen mag (Kap. 3.4.2.), so stellt man resümierend fest, dass eine umfassende Dienstleistungsorientierung, hohe Qualität und ein hoher Grad an Innovation vonnöten ist, um in diesem wettbewerblichem Umfeld zu reüssieren. VAS können hier helfen. Einen ersten Einblick wie solche Entwicklungen in die Praxis umgesetzt und in welche Richtung VAS gestaltet werden können, zeigt Kapitel 3.5.1., indem auch die Legaldefinition des deutschen Krankenhausgesetzes als Grundlage der Abgrenzung von VAS zu den Kernleistungen des Krankenhauses herangezogen wird. Danach sind VAS alle Leistungen welche nicht direkt messbar und somit nicht von der Krankenversicherung entschädigt werden. Sie lösen aber bestimmte Verhaltensmuster aus. Sie erhöhen die Loyalität des Kunden und optimieren nicht

nur das Microsystem um die direkte Transaktion herum, sondern haben das Potential darüber hinaus zu wirken.

In Kapitel 4 wurden die notwendigen Definitionen erarbeitet und vorgenommen. Um o.g. Abgrenzung nicht nur oberflächlich, sondern fundiert vorzunehmen, wurde a) der Fakt der Dienstleistung näher betrachtet und b) deren Qualität näher definiert. Qualität und Zufriedenheit sind keine alleinigen Prädiktoren für Loyalität. Sowohl das Konzept der Qualität als auch das Konzept der Zufriedenheit können im Zusammenhang mit Dienstleistungen als Ausgangspunkt für eine produktive Diskussion und als Basis für eine Herleitung für Loyalität genutzt werden. Wie sich zeigt, sind beide eng verwandte, aber doch unterschiedliche Konzepte. Von Loyalität existieren unterschiedliche Formen. Deshalb wurden sowohl beeinflussende Strukturen als auch unterschiedlichen Kundenzufriedenheitstypen analysiert und beschreiben (Kap. 4.3.). Im nachfolgenden Kapitel wurden die Konstrukte Dienstleistung und Qualität zum Thema Dienstleistungsqualität verbunden (Kap. 4.4.). Hier wurde im Weiteren zwischen theoretisch-konzeptionellen Ansätzen zur Beurteilung und Definition von Dienstleistungsqualität und empirischen Ansätzen zu Messung von Dienstleistungsqualität differenziert. Von zweiteren wurden phasenunabhängige Beurteilungs- / Erklärungsansätze der Dienstleistungsqualität auf ihre Geeignetheit hin bewertet, ob sie erklären können wie nachhaltige Zufriedenheit ausgelöst wird und damit der Unternehmung einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil verschaffen können (Kap. 4.4.1. – 4.4.5.).

Dabei wurde herausgearbeitet, dass für die Definition, die Identifikation und die Bewertung von Value Added Services durch nichtphasenorientierte Beurteilungsansätze von Dienstleistungsqualität besonders der Ansatz von Kano – (aber auch der Ansatz von Brandt / Cina / Stauss) geeignet erscheinen. Kanos Konzept, bestehend aus Basicleistungen, Performanceleistungen und Excitementleistungen ist auch der geeignete Ansatz um zu erklären weshalb innovative Unternehmungen ständig auf der Suche nach den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden von morgen sind, um neue Performance / Proportional und Excitement/ Distinctive Merkmale zu identifizieren und umzusetzen bzw. anzubieten. Nur so kann der Marktanteil gehalten resp. ausgebaut werden. Kanos Ansatz wird deshalb als weitere Grundlage für alle weiteren VAS orientierten Argumentationen verwendet. Satisfaktoren und Hygienefaktoren gibt es nicht nur in der

Motivationstheorie, sondern es konnte gezeigt werden, dass dieses Konstrukt ebenso überaus treffend zur Abgrenzung der VAS von Dienstleistungen herkömmlicher Art eingesetzt werden kann. Hygienefaktoren sind Basicleistungen, Satisfaktoren sind hohe Performanceleistungen. Excitementleistungen überraschen und gewinnen langfristig Kunden (Kap. 4.4.7.). Dass Service in der Güterindustrie eine lange Tradition hat wurde schon anfangs der Arbeit erwähnt. In Kap 4.5. wurde gezeigt, dass diese Art der Leistung zu unterschiedlichen Zwecken eingesetzt wurde, dabei aber immer Teil des Marketings war.

Im Anschluss wird die eigene Definition von VAS vorgenommen. VAS werden definiert als „Die freiwillige Erbringung und Gestaltung zusätzlicher, d.h. die Kernleistung begleitender Leistungen und Angebote, die den Nachfragern vor, während oder nach dem Zustandekommen einer Transaktion erbracht werden. Dabei geht es nicht nur um das >Was<, sondern auch um das >Wie< !“

Die Servicekaskade von Schomaker zeigt dann inhaltlich wie Service seinerseits differenziert und abgestuft werden kann. Vom begleitenden Teil einer Kerndienstleistung bis hin zu einer prozessunterstützenden Leistung die beim Kunden erbracht wird. Serviceleistungen können also weit über den klassischen Wirkungsbereich hinausgehen. (Dieser Art von Leistungen wird denn auch bei den Schlüsselfaktoren des Wandels von SPACE im Kapitel 3.4.2. – Tabelle 9 dargestellt und unter anderen unter „outreach“ Leistungen subsumiert.)

Unterstützt und verdeutlicht wird die Abgrenzung und Kaskadierung von VAS im Anschluss durch das zonenorientierte Konzept. Hier wird deutlich wo im Leistungserstellungs- und Wertschöpfungsprozess VAS erbracht werden können. Dies ist notwendig, wird doch im Kapitel 4.5.2. auf die Frage eingegangen was den Wert der VAS bildet und wo dieser erbracht werden kann. Auch hier wird eine multifaktorielle Definition vorgeschlagen, die auch die Kosten des Kunden berücksichtigt. Als Produkt- bzw. Dienstleistungswert wird eine Funktion definiert welche Funktion, Qualität, Preis und Zeit einen erhöhenden Wert zuschlägt und die Opfer und Kosten der Kunden subtrahiert. Dabei setzt sich der erhöhende Wert zusammen aus dem Image des Anbieters, Ethik, Risikominimierung, Service, Vergnügen, Status, Stolz etc.. Die Opfer/Kosten des Kunden können beschrieben werden als Qualität, Preis, Zeit, Energie, Physische Kosten, Missvergnügen, etc.. Aus dieser Definition heraus wird klar, dass es keine allgemeinen und für alle Kundengruppen gültigen VAS geben kann. VAS sind individuell und zeitabhängig.

Das letzte Kapitel des Teil 4 bildet die Begründung der Verwendung des Integrierten Managementkonzepts nach Bleicher (auf Grundlage von Hans Ulrichs Managementbegriffs) und dessen für die weitere Vorgehensweise notwendigen Erklärungen. Dieses Konzept bildet die Basis für das in Anlehnung an Seghezzi gestaltete Integrierte Service Management Konzept. Das Konzept ermöglicht die Integration der unterschiedlichen Steuerungsansätze, Aspekte und Dimensionen. Es dient als Bezugsrahmen für das Kapitel 5, in dem es um das Management von Value Added Services geht und in dem die Implementation geeigneter Strukturen und Vorgehensweisen dargelegt, sowie die Basis der Entwicklung einer VAS orientierten Unternehmenskultur aufgezeigt werden.

Das Kapitel 5 startet gemäss den Inhalten eines Integrierten VAS Managementkonzeptes mit der Entwicklung hin zu einer serviceorientierten Organisation. Der Ansatz des internen Marketings wird hierbei präferiert und begründet. Wie gezeigt wurde, ist dieser Ansatz durch seine grundlegende Funktion für den Erfolg im externen Marketing und damit für den Service Profit Circle ein unverzichtbarer Bestandteil eines erfolgreichen Managements von VAS. Dabei wird deutlich, dass eine Veränderung und Weiterentwicklung zu einer VAS orientierten Organisation nicht ohne eine Weiterentwicklung der Organisationskultur gelingen kann. Die Unternehmenskultur wird in Kap. 5.2.3. beleuchtet, bevor deren Quintessenz in Kap. 5.2.4., der VAS orientierten Organisationskultur zusammengefasst wurde. Neben der Messung des operationalisierten Organisationsklimas kann die Entwicklung zu einer gewünschten Servicekultur u.a. durch einen entsprechend formulierten Teil im Unternehmensleitbild unterstützt werden. In diesem sollen Antworten auf so grundsätzliche Fragen wie: Was heisst für uns Serviceleistung ? Welche Bedeutung haben Serviceleistungen für unsere Organisation ? beantwortet werden.

Die Antworten auf diese Fragen werden u.a. in einem Strategieprozess erarbeitet, dessen Formulierung und Inhalte, sowie Verbindungen zum operativen Management den Rest des Kapitels einnehmen.

In einer Abwägung der strategischen Optionen zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen auf Grundlage der in Kapitel 2 und 3 dargelegten Situation und der eigenen Grundstrategie wird herausgearbeitet, dass sowohl der „inside out

Ansatz“ als auch der „outside in Ansatz“ eine Differenzierungsoption anbieten. Ersterer führt über die Bündelung von Fähigkeiten und Ressourcen zum Aufbau von strategischen Erfolgspotentialen welche auf das Nutzenpotentials „Differenzierung“ ausgerichtet werden können. Zweiterer sucht über diese strategischen Erfolgspotentiale die angestrebte Positionierung im Wettbewerb – die strategische Erfolgsposition zu erlangen. Mittel ist hier der bedürfnisorientierte Differenzierungsansatz mit Schwerpunkt Kundenpartnerschaft. Eine Kombination beider Ansätze wird vorgeschlagen und illustriert.

Dieser wird im Kap. 5.3.2. ausdifferenziert und umgesetzt. Vorgeschlagen wird dabei die Identifikation von potentiellen VAS entlang der Wertschöpfungskette der eigenen Organisation. VAS welche der Kunde wertschätzt können durch positive ereignisorientierte direkte Messansätze (z.B. story listening, die sequentielle Ereignismethode oder die positive critical incident methode) sowie in Teilen durch indirekte Ansätze bestimmt werden.

Um dies effizient zu tun sind die für VAS in Frage kommenden Kunden zu identifizieren und zu segmentieren. Hierzu bieten sich die klassischen Methoden nach soziodemographischen Kriterien oder die Segmentierung nach Rollen im Geschäftsmodell der Einrichtung an. Zweiteren sollte vermehrt Beachtung geschenkt werden, denn nur so sind vom Mainstream abweichende und somit differenzierte Geschäftsmodelle entwickel- und lebbar. Dies bleibt allerdings dem Anwender überlassen, da die Situationen und Zielsetzungen in denen sie sich befinden unterschiedlich sind.

Zusammengefasst werden können die erarbeiteten Erkenntnisse bis zu diesem Vorgehensschritt in den folgenden sieben Punkten:

1. Latente oder nicht befriedigte Value Added Leistungen (Service) sind segmentspezifisch zu erkennen.
2. Fähigkeiten und Ressourcen sind so zu bündeln und zu aktivieren, dass die Nutzenpotentiale zu strategischen Erfolgspotentialen (Kernkompetenzen) aufgebaut resp. weiterentwickelt werden können.
3. Diese Potentiale, sind zu Beginn auf Differenzierung auszurichten und ermöglichen v.a. „Value Added Serviceleistungen“ für den Kunden.

4. Mit diesen strategischen Erfolgspositionen kann sich die Gesundheitsorganisation im Wettbewerb positionieren.
5. Ist die Differenzierung über diese Leistungen gelungen, sind aus ihnen entweder vermarktbare Leistungen abzuleiten und auf dem Markt zu platzieren und/oder diese Leistungen einer Kostenoptimierung zu unterwerfen, denn es ist damit zu rechnen, dass die Konkurrenz nachziehen wird.
6. Der Kreislauf ist zu schliessen und bei Punkt 1 wieder neu zu starten.
7. Falls strategisch sinnvoll können die SEPot / Kernkompetenzen zur Diversifikation, z.B. zur Verlängerung der eigenen Wertschöpfungskette, genutzt werden. Aus Public Health Perspektive ist diese Option im Sinne einer Systemoptimierung durchaus gewünscht.

VAS können und müssen, wo sie nicht sehr kundenindividuell und hochgradig spezifisch erbracht werden, durch Strukturen gestützt werden. V.a. die unternehmerischen administrativen Serviceleistungen sind hier zu erwähnen, bei Patienten z.B. durch einen Patienten Coach oder im Allgemeinen durch ein Customer Care oder Service Center. Grundsätzlich ist hier die gleiche Frage zu beantworten wie im Qualitätsmanagement. Ist die Aufgabe zu zentralisieren und somit an einen „Fachmann“ zu delegieren, oder ist es eine Aufgabe aller Mitarbeiter ? In einer Übergangsphase kann man sich zur Unterstützung aller Mitarbeiter eine solche Delegation und Konzentration vorstellen. Kapitel 5.3.2.3. gibt hierzu auch Beispiele. Kapitel 5.3.2.4. nimmt die strukturellen Kundenbindungs und –pflegeansätze auf und zeigt Beispiele aus den drei deutschsprachigen Ländern, von einfachen VAS bis hin zu komplexeren Dienstleistungen die sich alle zur Differenzierung und zur Entwicklung von Kundenpartnerschaften eignen.

Zentral für den Erfolg der Umsetzung eines VAS Managements ist das Personal resp. das Personal Management. Dessen für VAS bedeutendsten Elemente werden in Kapitel 5.3.2.5. diskutiert und die wichtigsten Ansätze vorgestellt. Dabei wird klar, dass neben der Personalselektion der Führungsansatz des Management by Behaviour and Results – MbBR eine wichtige Rolle spielen kann. Um anerkennen zu können muss vorher klar sein, dass nicht nur Ergebnisse, sondern auch das Verhalten bewertet wird. Team – Bewertungen sind dabei eine wichtige Option.

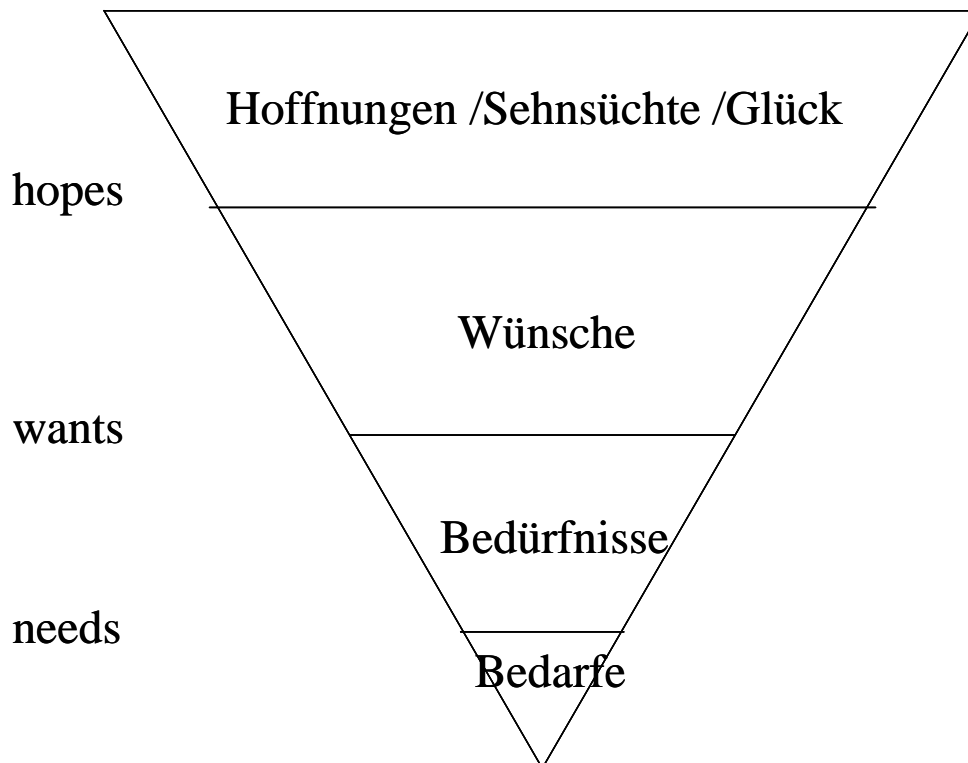
Dabei wurde auch der Beweis erbracht, dass die Führung von Mitarbeiteren bzgl. VAS nicht einfach ist. Anhand eines Kontrollkontinuums wird klar, dass nur vollständig empowerte und geeignete Mitarbeiter die gewünschten Leistungen erbringen können, dass deren Leistungen für personale VAS (in Abgrenzung zu unternehmerischen VAS) aber wenig kontrollierbar sind. Nur über die Kundenfeedbackschleife, resp. die Entwicklung der Kernkennzahlen scheint dies möglich zu sein.

Den Abschluss des Kapitels bildet das VAS Controlling. Hier wird argumentiert, dass an direkten Messgrössen letztendlich die herkömmlichen qualitativen und quantitativen Grössen zur Verwendung kommen müssen, denn deren Optimierung liegt das gesamte Konzept der VAS zugrunde. Allerdings sind VAS spezifische Kenngrössen ebenfalls zu entwickeln und zu nutzen. Neben direkten kundenorientierten Messansätzen wie dem Mystery Shopper und der Expertenbeobachtung sind dies v.a. servicekulturspezifische Grössen wie Kundenorientierung, Teamarbeit, Initiative, Zuhöreeigenschaften, aber auch ob z.B. Versprechen gegenüber dem Kunden eingehalten werden.

Kapitel 6 fasst kurz zusammen. Damit schliesst der inhaltliche Teil der Arbeit.

Die in Kapitel 1.2. gesteckten Ziele für diese Arbeit konnten also erreicht werden.

Wie weiter oben (Kap. 5.3.2.6.) argumentiert wurde, suchen Kunden auf die höchste Stufe der umgekehrten Nachfragepyramide zu gelangen. Dies tun sie teilweise indem sie zum objektiven Bedarf noch Bedürfnisse und Wünsche äussern oder andeuten. Ziel bleibt aber auf die oberste Stufe zu gelangen. Zufriedenheit mit einer Sache / einer Dienstleistung oder deren ihnen beigemessenen Wert sind nur Vehikel um die oberste Stufe zu operationalisieren, greifbar zu machen.



Nach Veenhoven (1999) und seiner Weltdatenbank für Glück (Veenhoven, o.J.) sind neben den persönlichen Faktoren wie Freundschaft und Ehe, sowie Religion organisatorischerseits v.a. gute und funktionierende Behörden und die Freiheit das entscheidende Moment der Auslösung von Glück. Freiheit bedeutet Selbstbestimmtheit.

Auch Marmot⁹⁶ (2004) kommt zum Ergebnis, dass weder Wettbewerb noch Wirtschaftswachstum und auch nicht das Pro-Kopf-Einkommen entscheidend ist für das Glück und die Gesundheit des Menschen, sondern einzig die Möglichkeit das eigene Leben unter den gegebenen Umständen selbst zu steuern. Das heisst: der Status ist die relevante Grösse. Nicht die Herkunft, sondern der Endpunkt des Status ist dabei entscheidend. Sein Credo lautet: „Ungleichheit ist ungesund“. Ergänzend stellt er klar, dass es das Gefühl der Macht- und der Chancenlosigkeit ist, der Anstrengung ohne Aussicht auf Honorierung und die soziale Isolation, welche letztendlich zu chronischem Langzeitstress führen und damit anfällig macht für Krankheit und Lebensqualitätsverlust.

⁹⁶ Balzan Preisträger 2005

Andererseits ist nach Schwartz (2004) das Zuviel an Auswahl (und damit Freiheit) ein Hauptgrund für Stress u. Unzufriedenheit geworden. Je mehr Optionen bei der Auswahl verworfen werden müssen, desto weniger ist der Wähler am Schluss mit seiner Wahl zufrieden. Nur wer lernt, die eigenen Entscheidungen nicht in Zweifel zu ziehen und auch mal die Devise "Gut genug für mich" (Bescheidenheit) gelten zu lassen, sowie die Suggestionengemeinschaft mit den erwählten Anbietern einzugehen und aufrechtzuerhalten (siehe Schule 1999 in Kap. 3.3) wird langfristig mit sich und dem Leben zufrieden und glücklich sein. Die Tendenz hingegen allen Nutzen zu maximieren, immer nur das Beste zu akzeptieren, wird zweifelsohne in die Unzufriedenheit und damit zu Verlust von Lebensqualität führen. Wie im Kapitel 5.2.2. gezeigt wurde (Tversky und Kahneman 1991) kommt es dabei auch auf den Status Quo an – das Referenzlevel – das die Wahl des Kunden stark beeinflusst.

Der Schluss der sich aus den vorliegenden Studien ziehen lässt ist deshalb der folgende:

Der Kunde ist am Auswahl- und Entscheidungsprozess angemessen zu beteiligen. Es ist ihm temporärer ein privilegierter Status einzuräumen, der ihm nicht nur das Gefühl gibt die Dinge im Griff zu haben, Alternativen zu haben und eine ihm gemäße Auswahl zu treffen, sondern es sind ihm tatsächlich Entscheidungsspielräume zu eröffnen. Gleichzeitig kann (health-)professionell argumentiert werden, sodass ihm letztendlich nur einige wenige stimmige und situationsangepasste Optionen zur Verfügung stehen.

Damit wird nicht nur dem Paradigma des „empowerten Kunden / Patienten“ das Wort geredet (letztendlich ist dessen politische Zielsetzung keine altruistische, sondern die Umgestaltung des Gesundheitswesens und der Rolle der Beteiligten) und eine neuere Public Health Forderung unterstützt, sondern es wird aus der Perspektive der stationäre Leistungen anbietenden Organisation argumentiert. Das o.g. Konzept aus Betroffenen Beteiligte zu machen (Kap. 5.3.2.6.) ist eben auch auf den Kunden anwendbar. Gewünscht empowerte Kunden fühlen sich ernst genommen, sind zufriedener, evtl. sogar begeistert, was sich bei Patienten auch positiv auf den Gesundheitszustand auswirken kann, sind loyaler und werden im Idealfall zum Fürsprecher für den Anbieter.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive sind für Dienstleistungen über dem Normalmass und VAS drei Wahlmöglichkeiten anzubieten. Der Default sollte dabei auf der Stufe des erwünschten Levels liegen (nämlich in der Mitte). Dies gilt v.a. für Leistungen welche gegen Entgelt angeboten werden sollen.

Die nach Ulrich für die angewandte Wissenschaft „Betriebswirtschafts- und Managementlehre“ geforderte wissenschaftlich fundierte Handlungsanweisung liegt nur für Value Added Services in Organisationen der stationären Versorgung vor. Sie sind aufgefordert diese Option für ihre eigenen Einrichtungen zu prüfen und bei Gutheissen entsprechend zu implementieren. Zu ihrem eigenen Nutzen, zum Nutzen der Kunden und speziell der Patienten, zum Nutzen des Gesamtsystems.

Abschliessend sei noch einmal daran erinnert: Ohne entsprechende Kernleistung nützen die besten Serviceleistungen nichts, z. B. wenn der Patient das Gefühl hat, nur eine Nummer zu sein, er keine Informationen zur Behandlungsqualität einer Einrichtung erhält und den Eindruck gewinnt, „abgefertigt“ zu werden (Wagner 2004, 158). Nicht die VAS alleine sind die Grundlage der Entscheidung des Kunden für oder gegen den Anbieter, sondern i.d.R. die Kernleistungen (Barwise und Meehan 2004). Falls die Voraussetzungen hinsichtlich der Kernleistungen aber erfüllt sind, steht dem Aufbau eines „Integrierten Servicemanagements“ mit dem Ziel der Differenzierung über eine Partnerschaft mit dem Kunden, der Begeisterung des Kunden und damit dem Erfolg in den unterschiedlichen Märkten nichts mehr im Wege. Ganz nebenbei wird – bei konsequenter Umsetzung und der Auswahl der adäquaten VAS und nach Stafford Beer (Kap. 1.4.2.) gesprochen - nicht nur das Element der VAS Anbieter profitieren, sondern das gesamte Subsystem. Die Effizienz und die Effektivität der beteiligten Organisationen steigt, ihre Legitimität ebenfalls.

7 Literaturverzeichnis

- Abbott L. 1955: Quality and Competition, Columbia University Press, New York, NY.
- Abrahamsen Y., Hartwig J., Schips B. 2005: Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz, Verlag vdf, Zürich
- AHCPR 2003: Your Guide choosing Quality Health Care; url: <http://www.ahcpr.gov/consumer/qntool.htm> (vom 15.08.2003)
- Albrecht St. 1994: Service, Service, Service – A Secret Weapon for Your Growing Business, Adams, Holbrook- MA
- Allard – Poesi F., Marèchal Ch. 2001: Constructing the Research Problem, pp. 31 – 50, in: Thietart R.-A. (ed.) 2001: Doing Management Research, Sage Publications, London et al.
- Alvesson M., Deetz S. 2000: Doing critical management research, Sage Publications, London et al.
- Ammenwerth E., Ehlers F., Eichstädter R., Haux R., Kruppa B., Parzer P., Pohl U. 2000: Analysis and Modeling of the Treatment Process Characterizing the Cooperation within, Multi-professional Treatment Teams, Published in: Medical Infobahn for Europe - Proceedings of MIE2000 and GMDS 2000, in: Hasman A, Blobel B, Dudeck J, Engelbrecht R, Gell G, Prokosch H.U.(Ed.) 2000: Amsterdam, IOS Press pp 57-59
- Andreassen T., Lindestad B. 1998: Customer loyalty and complex services The impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for customers with varying degrees of service expertise; in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 9 No. 1, pp. 7- 23
- Andrus D., Paul R., Michaud J. 1995 : Marketing Hospital Wellness Products to Service Companies, in : Journal of Hospital Marketing, Vol. 10, No. 1, pp. 63 – 76
- Aubert-Gamet V., Cova B. 1997: Design von Service Landschaften, in: Erlhoff M., Mager B., Manzini E. 1997: Dienstleistung braucht Design, Luchterhand Verlag, Neuwied et al. S. 127 - 140

- Augurzky B., Berhanu S., Göhlmann S., Krolop S., Liehr-Griem A., Schmidt Chr., Tauchmann H., Terkatz S. 2004: Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen, RWI Materialien, Heft 8, Essen
- Baier H. 2004: Die Enteignung der Gesundheit; in: MUT – Forum für Kultur, Politik und Geschichte, Nr. 440, April 2004, S. 60 – 71
- Baier H. 2004a: Eine Gesundheitsreform ohne Humanität ? Die Klinik unter ökonomischem Imperativ und Diktat der Gesundheitspolitik, in: Prävention und Rehabilitation, 16. Jhg. Nr. 2, S. 99 - 104
- Baier H. 2002: Wertewandel im Gesundheitswesen – mit Blick auf die Rehabilitationsmedizin, in: Delbrück H., Haupt E. 2002: Rehabilitationsmedizin, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München et al., S. 132 - 139
- Baier H. 2001: Gesundheit als Lebensqualität – Ueber den Werte- und Moralwandel des Gesundheitswesens im Zeichen des neuen Hedonismus, in: Galuska J., Sandvoss R. (Hrsg.) 2001: Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens, Beiträge der Tagung vom 16.03.2001 in der Fachklinik Heiligenfeld / Bad Kissingen, BIS Verlag, Oldenburg, S. 93 -111
- Baier H. 1998: Ärzte und Patienten als Kunden des Gesundheitswesens in: Dt Ärztebl 1998, 95. Jhrg. Nr. 15, S. A-876–878
- Baier H. 1996: Abschied vom Sozialstaat: Kundenorientierung statt Rationierung Plädoyer für eine marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitspolitik, in: Dt Ärztebl 1996; 93. Jhrg., Nr. 42, S. A-2683–2686
- Badura B., Hart D., Schellschmidt H. 1999: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, Nomos Verlag, Baden-Baden
- Bailom F., Hinterhuber H., Matzler K., Sauerwein E. 1996: Das Kano – Modell der Kundenzufriedenheit; in: Marketing ZFP Heft 2 – 2. Quartal 1996
- Baiker S.K. 1998: Managing Patient Expectations: The Art of Finding and Keeping Loyal Patients, Jossey-Bass, San Francisco
- Baldwin K. 1996: Business office customer service units pay dividends, in: Healthcare Financial Management, Vol. 50, No. 5, S. 56 - 58

- Ballantyne D., Christopher M., Payne A. 1995: Improving the Quality of Service Marketing: Service (Re)design is the critical link, in: Journal of Marketing Management, 1995 Vol. 11, S. 7 – 24
- Banker R. D., Khosla I., Sinha K. K. 1998: Quality and Competition, in: Management Science Vol. 44, No. 9, September 1998, pp. 1179 – 1192
- Bansala H.S., Mendelsonb M.B., Sharma B. 2001: The impact of internal marketing activities on external marketing outcomes, in: Journal of Quality Management No.6 (2001) pp. 61–76
- Baptist Health Care Leadership Institute (ed.) 2003a: Scripting, Baptist Health Care Best Practice Series, Pensacola, FL
- Baptist Health Care Leadership Institute (ed.) 2003b: Bright Ideas, Baptist Health Care Best Practice Series, Pensacola, FL
- Baptist Health Care Leadership Institute (ed.) 2003c: Reward & Recognition, Baptist Health Care Best Practice Series, Pensacola, FL
- Baptist Health Care Leadership Institute (ed.) 2003d: Standards of performance, Baptist Health Care Best Practice Series, Pensacola, FL
- Barwise P., Meehan S. 2004: Simply Better - Winning and Keeping Customers by Delivering What Matters Most, Harvard Business School Publishing, Boston
- Bateman B., Wilson F. C. 2002: Team effectiveness - development of an audit questionnaire, in: Journal of Management Development, Vol. 21 No. 3, pp 215 - 226
- Bauer E. 1996: Kundenzufriedenheits- Portfolio: Wie interne und externe Kundenerwartungen und Kundenzufriedenheit strukturiert verbessert werden, in: Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin, S. 115 – 146
- Baumbach M., Stampfl A.T. 2002: After Sales Service, Verlag Hanser, München – Wien
- BCG 2001: Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands als Standort für Arzneimittelforschung und –entwicklung, Studie im Auftrag des VFA – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (www.vfa.de)

- Beckham D. 1990: Ten role models for hospital management, in: Hospitals, Vol. 64, Nr. 17, p. 104
- Beer St. 1967: Management Science, London
- Bell Ch. R., Bell B.R. 2003: Magnetic Service: Secrets for Creating Passionately Devoted Customers, Berrett-Koehler Publishers Inc., San Francisco, CA
- Belz Chr. 2001: Nachhaltiges Marketing schafft nachhaltige Kundenvorteile, in: THEXIS Nr. 2 / 2001, St. Gallen
- Belz Chr., Bieger Th. (Hrsg.) 2000: Dienstleistungscompetenz und innovative Geschäftsmodelle, Verlag Thexis, St. Gallen
- Belz Chr., Schuh G., Groos S.; Reinecke S. 1997: Industrie als Dienstleister, Verlag Thexis, St. Gallen
- Berg E. 1991: Hospitals Signing onto Data Bases to Help Set Sights as They Target Potential Patients, in: Modern Health Care, Vol. 21, No. 48, S. 46 – 47
- Berekoven L. 1983: Der Dienstleistungsmarkt in der BRD, Bd.1 und 2, Göttingen
- Bernhard J., Lowy A., Herrmann R., Hürny C. 2003: Health related quality of life: a changing construct?, 6th World Congress in Psycho-Oncology in Banff, Canada, April 23-27,
- Berry L.L., Bendapudi N. 2003 a: Der gute Eindruck zählt, in: SAP Info 109, S. 25 – 31
- Berry L.L., Bendapudi N. 2003 b: Why docs don't wear white coats or polo shirts at the Mayo Clinic, in: Harvard Business School Working Knowledge, Pub. Date March 17, 2003 (url: <http://hbswk.hbs.edu/tools>, am 15.07.2003)
- Berry L.L. 1999: Discovering the Soul of Service, The Free Press, New York
- Berry L.L., Parasuraman A. 1998: Wie Servicewünsche genau erfasst werden, in: Harvard Business Manager Nr. 3 1998, S. 80 - 91
- Berry L.L., Parasuraman A. 1997: Listening to the Customer – The Concept of a Service – Quality Informations System, in: Sloan Management Review, Vol. 38, No.3
- Berry L.L., Parasuraman A. 1992: Service- Marketing, Campus, Frankfurt / New York

- Berry L.L. 1986: Big Ideas in Service Marketing, in: Venkatesan M., Schmalensee D.M., Marshall C. (ed.) 1986: Creativity in Service Marketing: What's new, what works, what's developing, Chicago, pp. 6 ff
- Beumers A., Borges P. 1997: Was erwarten niedergelassene Aerzte vom Krankenhaus, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jahrg., 3 / 97, S. 221 – 223
- Beyerlein M., Freedman S., McGee C., Moran L. 2003: The ten principles of collaborative organizations, in: Journal of Organizational Excellence, Spring 2003, pp 51 - 63
- Bieger Th., Laesser Ch. 2000: Persönliche Interaktion als Erfolgsfaktor – Wie kann der Wert der persönlichen Interaktion gesteigert werden ?, in: Belz Chr., Bieger Th. (Hrsg.) 2000: Dienstleistungskompetenz und innovative Geschäftsmodelle, Verlag Thexis, St. Gallen, S. 214 - 235
- Biehal F. (Hrsg.) 1994: Lean Service, Verlag Paul Haupt, Bern et al., 2. Auflage
- Biehal F. 1994: Dienstleistungsmanagement und die schlanke Organisation, in: Biehal F. (Hrsg.) 1994: Lean Service, Verlag Paul Haupt, Bern et al., 2. Auflage, S. 9 - 67
- Binder V., Kantowsky J. 1996: Technologiepotentiale, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden
- Bitner M. et al. 1990: The Service Encounter: Diagnosing Favorable und Unfavorable Incidents, in: Journal of Marketing, Vol. 54 No.1, pp. 71- 84
- Bitner M., Hubbert A. 1994: Encounter Satisfaction versus overall Satisfaction versus Quality: The Customers View, in: Rust R., Oliver R. (Eds.) 1994: Service quality. New Directions in Theory and Practice, London: Sage, pp. 72 - 94
- Bisgaard S. 2000: Service Quality, in: Belz Chr., Bieger Th. (Hrsg.) 2000: Dienstleistungskompetenz und innovative Geschäftsmodelle, Verlag Thexis, St. Gallen, S. 296 – 308
- Borges P. 1997: Was bestimmt die Zufriedenheit mit Krankenhäusern, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement NR. 2 / 1997, A 59 – A 60

- Boshoff Ch., Leong J. 1998: Empowerment, attribution and apologising as dimensions of service recovery - An experimental study, in: International Journal of Service Industry Management, Vol 9 Issue 1, pp. 24 - 47
- Bitner M.J., Faranda W.T., Hubbert A.R., Zeithaml V.A. 1997: Customer contribution and roles in service delivery, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, Nr. 3, S. 193 – 205
- Blanchard K., Carlos J. P., Randolph A. 1998: Management durch Empowerment, Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg
- Bleicher K. 1995: Das Konzept integriertes Management; 3. Auflage; Campus Verlag; Frankfurt und New York
- Bleicher K. 1992: Das Konzept integriertes Management; Zweite revidierte und erweiterte Auflage; Campus Verlag; Frankfurt und New York
- Bleicher K. 1991: Unternehmenskulturen. Erkennen der Machbarkeitsgrenzen durch die Führung; in : Eiff, W. von, 1991: Organisation - Erfolgsfaktor der Unternehmensführung; Verlag Moderne Industrie, Landsberg/Lech
- Bliemel F.W., Eggert A. 2000: Stärkt Customer Care die Kundenbeziehung ?, in: Bruhn M., Stauss B. 2000: Dienstleistungsmanagement – Jahrbuch 2000, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 197 – 211
- BMGF 2004: Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ Zusammenfassender Projektbericht, Wien, <http://www.bmgf.gv.at>
- Bock K., Prinz H., Seibert W. 1999: Was macht die Qualität der Webseite eines Krankenhauses aus, in: PR- Internet Nr. 6, 1999, S. 136 – 152
- Börger D., Wagner U. 2001: Erfolgsfaktor Dienstleistungsqualität - Konzept für den Wandel der vertragsärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften zu modernen Dienstleistungsunternehmen; in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Heft 4 / 2001; S. 105 – 111
- Bollinger R. 2000: Eine Dosis Fröhlichkeit – Kultur im Krankenhaus ein wichtiges Marketinginstrument in Krankenhausumschau Nr. 5 / 2000, elektronisch veröffentlicht unter der URL http://www.Baumann-fachzeitschriften.de/Fachzeitschriften/ku_neu/downloads/Bollinger.htm vom 20.06.2000

- Booth W., Colomb G., Williams J. 1995: *The Craft of Research*; The University of Chicago Press, Chicago
- Bopst M. 1999: Fauler Zauber oder exclusives Vorteilspaket ? Kundenkarten sind bei Warenhäusern und Kunden beliebt, bei Verbraucherschützern nicht, in: SZ vom 26.04.1999, url: http://www.sueddeutsche.de/aktuell/wirt_a.htm, am 27.04.1999
- Borges P., Löhr U., Schmitz H. 2000: Differenzierung durch Service- und Walleistungen; in: f&w, 17. Jhrg, Nr. 6, S. 606 - 610
- Bortz J., Döring N. 1995: *Forschungsmethoden und Evaluation*, 2. Auflage, Springer, Berlin et al.
- Bosshard D., Frick K., Kaiser S. 2004: *Radical Trends Guide - Die heimlichen Sehnsüchte der Konsum- und Dienstleistungsmärkte von morgen*, GDI Studie Nr. 12, URL: http://www.gdi.ch/uploads/media/RTG_D_2004_02.pdf vom 15.02.2005
- Boshoff C., Leong J. 1998: Empowerment, Attribution and Apologising as dimensions of service recovery – An Experimental Study, in: *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 9, No. 1, pp. 24 – 47
- Boulding W., Kaira A., Staelin R., Zeithaml V.A. 1993: A dynamic process model of Service Quality – From expectations to behavioural intentions, in: *Journal of Marketing Research*, No. 1, pp 7 - 27
- Boutellier R., Baumbach M., Bodmer Ch. 1999: Successful – Practices im After-Sales- Management, in: *IO Management* Nr. 1/2 1999, S. 23 – 27s
- Bowen D., Youngdahl W. 1998: Lean Service: in defense of a production – line approach, in: *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 9, No. 3, pp. 207 – 225
- Bowen D., Lawler E. 1997: *Organising for Service: Empowerment or Production Line*, in: Glynn W., Barnes J. (Ed.) *Understanding Services Management*, Wiley, NY et al., pp 269 - 294
- Bowling A. 1997: *Research Methods in Health; Inverstigating Health and Health Services*, Open University Press, Buckingham et al.

- Brandenburger A., Nalebuff B. 1996: Co-Opetition : A Revolution Mindset That Combines Competition and Cooperation : The Game Theory Strategy That's Changing the Game of Business, Currency – Doubleday, New York
- Brandt D.R. 1988: How service marketers can identify value-enhancing service elements, in: The Journal of Service Marketing, Vol. 2, No.3, pp 35 – 41
- Brandt D.R. 1987: A procedure for identifying value-enhancing service components using customer satisfaction survey data, in: Surprenant C. 1986: Add Value to your service, 6th annual service marketing conference proceedings, Chicago, pp 61-64
- Braun G. (Hrsg.) 2004 Ausländischer Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Luchterhand – Neuwied, München
- Braun G. 1997: Schlüsselkundenmanagement und ABC-Analyse, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jahrg., Nr. 5, S. 398 – 404
- Breinlinger-O`Reilly J. 1991: Aufbau und Struktur Wirtschaftswissenschaftlicher Theorien, 9. Band der Reihe Dogmengeschichte und Methodologie der Wirtschaftswissenschaften (Hrsg. Fischer-Winkelmann W., Kappeler E., Küttner M.), Verlag Renè F. Wilfer, Spardorf
- Bresser R. K. 1998: Strategische Managementtheorie, Verlag Gruyter, Berlin
- Brinkbäumer K., Emcke C., Ludwig U. 2000: Tödlicher Pfusch, in: Der Spiegel, Nr. 5 / 2000
- Brinkmann Th. 1998: Servicepolitik als Mittel zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit und –bindung in Banken; Verlag Peter Lang, Frankfurt u.a. (zugl. Univ.-Diss. Erlangen-Nürnberg 1997)
- Bruhn M., Stauss B. 2000: Dienstleistungsmanagement – Jahrbuch 2000, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Bruhn M. 1999: Kundenorientierung – Bausteine eines exzellenten Unternehmens, Beck im dtv, München
- Bruhn M., Homburg C.(Hrsg) 1999: Handbuch Kundenbindungsmanagement, 2. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden
- Bruhn M., Meffert H. (Hrsg.)1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag, Wiesbaden

- Bruhn M. 1998b: Internes Marketing als neue Schwerpunktsetzung für das Personalmanagement in Dienstleistungsunternehmen, in: Bruhn M., Meffert H. (Hrsg.) 1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 707 - 732
- Bruhn M., Meffert H. 1998c: Dienstleistungsmanagement als unternehmerische Herausforderung – eine Einführung in das Handbuch; in: Bruhn M., Meffert H. (Hrsg.) 1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 1 – 25
- Bruhn M. 1997: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, 2.Aufl., Springer Verlag, Berlin
- Bruhn M., Stauss B. (Hrsg.) 1995: Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 2., überarb. und erw. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden
- Buck D., Eastwood A., Smith P. 1999: Can we Measure the Social Importance of Health Care ?, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care, Vol. 15 Nr. 1, S. 89 - 107
- Busbin J., Self D. 1991: Wellness and Prevention Programs as Internal Marketing Programs for Hospitals: The Current Status, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 6, No. 1, S. 131 – 148
- Busse R. Riesberg A. 2004: Health Care Systems in Transition – Germany, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Busse R. Riesberg A. 2000: Health Care Systems in Transition – Germany, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Butcher K., Sparks B., O’Callaghan F. 2003: Beyond Core Service, in: Psychology & Marketing, Vol. 20, No.3, pp. 187–208
- Butscher, S. 1998: Kundenbindungsprogramme und Kundenklubs, IM Fachverlag, Ettlingen
- Butscher, S., Simon, H. 1997: Gefährlicher Spagat, in: Absatzwirtschaft, 40. Jg., Nr. 2, S. 47

- Byham W.C. 1993: Zapp – Empowerment in Health Care, Ballantine Books, NY,NY
(with Cox J. and Nelson G.)
- Cadotte E., Turgeon N. 1988: Dissatisfiers and Satisfiers: Suggestions from
Consumer Complaints and Compliments, in: Journal of Consumer
Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour, Vol. 1, pp 74 – 79
- Cadotte E., Woodruff R., Jenkins R. 1987: Expectations and Norms in models of
customer satisfaction, in: Journal of Marketing Research, Vol 24, pp 305 -. 314
- Cambridge P., McCarthy M. 2001: User focus groups and Best Value in Services for
People with learning disabilities; in: Health and Social Care in Community, Vol.
9, No. 6, S. 467 – 489
- Campbell S. 1997: Managing short-term market changes and long-term plans and
investments, in: Health Care Strategic Management, April 1997, pp. 14- 15
- Canziani B.F. 1997: Leveraging customer competency in service firms, in:
International Journal of Service Industry Management Vol. 8, Nr. 1, S. 5 – 25
- Chalmers A. 1976: What is this Thing Called Science ? An Assessment of the Nature
and Status of Science and its Methods, University of Queensland Press, St.
Lucia
- Chambers D. W. 1997: Competition, in: Journal of the American College of Dentists,
Summer 1997, pp 41 – 43
- Chase R.B., Dasu Sriram 2001: Want to perfect your company service ? Use
behavioural science; in: Harvard Business Review, Nr. 6, June 2001
- Charreire S., Durieux F. 2001: Exploring and Testing, pp. 51 – 67, in: Thietart R.-A.
(ed.) 2001: Doing Management Research, Sage Publications, London et al.
- Chmielewicz K. 1979: Forschungskonzeption in der Wirtschaftswissenschaft, 2. Aufl.,
Poeschel, Stuttgart
- Cina C. 1989: Creating an Effective Customer Satisfaction Program, in: The Journal
of Services Marketing, Vol. 3, No. 1, S. 8.
- Collier D.A. 1991: New Marketing Mix Stresses Service, in: The Journal of Business
Strategy, March/April 1991, pp. 42 - 45

- Cooper Ph. 1994: What Is Health Care Marketing?, in: Cooper Ph. (Ed.) 1994: Health care marketing: a foundation for managed quality, 3rd. ed., Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, pp. 7 – 13
- Cooper Ph. (Ed.) 1994: Health care marketing: a foundation for managed quality, 3rd. ed., Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers
- Corbat M. 2000: Koordinator durch den Zahlenschwungel, in: NZZ 17.08.2000, Nr. 190 / 2000, S. 53
- Cornetz W., Schäfer H. 2000: Nicht Kellner fehlen sondern Manager, in: DIE ZEIT, v. 17.02.2000, Nr. 8, S. 33
- Corsten H. 1998: Ansatzpunkte für ein integratives Dienstleistungsmanagement, in: Bruhn M, Meffert H. (Hrsg.) 1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Verlag Gabler, Wiesbaden
- Corsten H. (Hrsg.) 1994: Integratives Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag Wiesbaden
- Corsten H. 1994: Dienstleistungsmanagement – Von einer funktionsorientierten zu einer integrativen Betrachtung, in: Corsten H. (Hrsg.) 1994: Integratives Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag Wiesbaden
- Crosby P.B. 1979: Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain, New American Library, New York, NY.
- Cruse N. 2004: Mitarbeiterzufriedenheit als Schlüssel zum Erfolg, in: KU Marketing Tag 2004; url: <http://www.ku-marketingtag.de/Artikel/Marketing-Cruse.doc> (22.01.2005)
- CS 2002: Das Schweizer Gesundheitswesen –Diagnose für einen Patienten, Economic Research&Consulting - Economic Briefing Nr. 30, Zürich
- Davidow W. H.; Uttal B. 1990: Total Customer Service - The Ultimate Weapon; New York
- Day G.S., Wensley R. 1988: Assessing Advantage: A Framework for Diagnosing Competitive Superiority. In: Journal of Marketing, Vol. 52 (April 1988), pp 1–20
- Dehr G., Biermann Th. 1996: Kurswechsel Richtung Kunde – Die Praxis der Kundenorientierung, Verlag FAZ, Frankfurt

- Delbrück H., Haupt E. 2002: Rehabilitationsmedizin, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München et al.
- Delene L. 1992: Relationship Marketing and Service Quality, in: Journal of American College Health, Vol. 40, Nr. 6, S. 265 – 271
- Deming W.E. 1982: Quality, Productivity, and Competitive Position. Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts, USA,
- Deppe M. 1992: Vom traditionellen Kundendienst zur Servicepolitik als Marketinginstrument, GfK Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherborschung,
- DGPH 2000: Public Health / Gesundheitswissenschaften – Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse; Kurzmemorandum des Vorstandes der DGPH vom 15. August 2000
- Donabedian A. 1980, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Bd. 1: Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor,
- Donavan P., Samler T. 1994: Delighting Customers: How to build a customer driven organization, London
- Doolin B., Lawrence St. 1998: Managerialism, information technology and health reform in New Zealand, in: Journal of Management in Medicine, Vol 12 Issue 4/5 pp. 302 - 316
- Doppler K., Lauterburg Ch. 1994: Change Management: den Unternehmenswandel gestalten, Campus Frankfurt / New York
- Dorsch J., Yasin M., Czuchry A. 1997: Application of Root Cause Analysis in a Service Delivery Operational Environment – A Framework for implementation, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, Nr. 4, S. 268 – 289
- Dowling G., Uncles M. 1997: Do Customer Loyalty Programs really work ?, in: Sloan Management Review, Vol. 38, No. 4
- Droege W., Stengel Ch. 1995: Marketing in der Chemie – Vorsprung durch Service, in: Chemische Industrie, Vol. 118, Nr. 9, S. 48 – 49
- Droeven, A.M. 1995: Gratwanderer, Bericht über Gottlieb Guntern, in: Bilanz, Januar 1995, Wirtschafts-Medien AG, Zürich

- Durrande-Moreau A. 1999: Waiting for service: ten years of empirical research, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 10 No. 2, 1999, pp. 171-189.
- Easterby-Smith M., Thorpe R., Lowe A. 2002: Management Research, Sage Publications, London et al.
- EFQM 2000: Das Business Excellence Modell der EFQM, Brüssel
- Ehlers F., Ammenwerth E., Haux R., Pohl U., Resch F. 2001: Analysis and Modelling of the Multi-Professional Treatment Process: Preliminary Results V. Patel et al. (Eds) 2001: MEDINFO 2001, Amsterdam: IOS Press, pp 324 - 328
- Eiff, W. von 2004: Markenprofil und Markenarchitektur, in: KU 05/2004, S. 407 - 411
- Eiff, W. von 1991: Organisation - Erfolgsfaktor der Unternehmensführung; Verlag Moderne Industrie, Landsberg/Lech
- Einhäupl K.M. 2004: Viele Ärzte wollen nur den Titel, Interview mit K.M. Einhäupl geführt durch Speiwak M und Wüsthof A. in: DIE ZEIT Nr. 08 / 2004 vom 12.02.2004
- Einhäupl K.M. 2003: „Medical Doctor“ in der Diskussion, Deutsches Ärzteblatt. Jg. 100, Heft 1–2 vom 6. Januar 2003, A 15 K.M. Einhäupl zitiert nach Lenze S.
- Elliot K., Hall M., und Stiles G. 1992: Service Quality in the Health Care Industry: How are Hospitals evaluated by the General Public ?, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 7, No. 1, pp. 113 - 124
- Elsten R., Chapuis F. 1999: Multimediale Kundenbetreuung im Customer Care Center, in: IO Management, Nr. 4 / 1999, S. 62 – 66
- Erlhoff M., Mager B., Manzini E. 1997: Dienstleistung braucht Design, Luchterhand Verlag, Neuwied et al.
- Esser W. 1989: Die Wertekette als Instrument der strategischen Analyse, in: Riekhof, H.-C. (Hrsg.): Strategieentwicklung, 1989 S.191 – 211
- Fahlbusch H. 1996: Total Customer Care – Veränderung des Unternehmens für eine umfassende Kundenzufriedenheit, in: Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin, S. 83 – 98
- Feigenbaum A.V., Feigenbaum D.S. 2004: The Future Of Quality: Customer Value, Quality Progress 11. 2004, pp 24 - 29

- Feigenbaum A.V. 1951: Quality Control: Principles, Practice and Administration, McGraw-Hill, New York, NY.
- Feser U.M. 1998: Beschwerdemanagement im Krankenhaus, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Vol. 15, Nr. 4, S. 321 – 324
- Fischermann T. 2001: Strategische Nächstenliebe, in: Die Zeit Nr. 23 / 2001
- Fisk, T. A. et al. 1994: Creating Patient Satisfaction and Loyalty, in: Cooper Ph. (Ed.) 1994: Health care marketing: a foundation for managed quality, 3rd. ed., Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, pp. 316 - 332
- Fitzsimmons J.A., Fitzsimmons M.J. 2000 (ed.): New Service Development – Creating memorable Experiences, Sage Publications, London et al.
- Fliess S., Möller S., Momma S. 2003: „Sprachregelungen“ für Mitarbeiter im Kundenkontakt - Möglichkeiten und Grenzen, Diskussionsbeitrag Nr. 334 der FernUniversität Hagen, Hagen.
- Fliess S. 2001: Die Steuerung von Kundenintegrationsprozessen. Effizienz in Dienstleistungsunternehmen, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Flint D., Woodruff R., Fisher Gardial S. 1997: Customer Value Change in Industrial Marketing Relationships, in: Industrial Marketing Management, No. 26, pp. 163 – 175
- FMH 2004: FMH-Ärzttestistik; (am 28.04.2005) url: http://www.fmh.ch/ww/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh__rzttestistiken_1930__20.htm
- Freemantel D. 1999: Der Kunde – König oder Bittsteller, Verlag MVG, Landsberg
- Fries T. 2003: Unternehmensbewertung von Krankenhäusern, Arbeitsberichte zum Management im Gesundheitswesen, Nr.3, Lehrstuhl für ABWL und Management im Gesundheitswesen der Universität zu Köln
- Froböse M., Kaapke A. 2003: Marketing, Verlag Vahlen
- Fueglistaller U., Volery T., Weber W. (Hrsg.) 2004: Value Creation in Entrepreneurship and SMEs / Wertgenerierung durch Unternehmertum und KMU, Beiträge zu den Rencontres de St-Gall 2004; url: <http://www.kmu.unisg.ch/rencontres/RENC2004/band2004.html>

- Füglister U. 2002: Tertiärisierung und Dienstleistungskompetenz in schweizerischen Klein- und Mittelunternehmen (KMU), Verlag KMU HSG, St. Gallen, 2. Auflage
- Füglister U. 2001: Skript zur Vorlesung „Betriebswirtschaftslehre“ an der Hochschule St. Gallen – Studienfach Mechatronik
- Fugate D., Decker Ph. 1990: Channel Leadership in Health Care Marketing: A Natural Role for Hospitals, in: Health Marketing Quarterly, Vol. 7, No. 3, S. 189 – 201
- Gagliardi P. 1986: The Creation and Change of Organizational Culture. A Conceptual Framework, in: Organization Studies, Vol.7, No.2, 117–134.
- Gallouj C. 1997: Asymmetry of information and the service relationship: selection and evaluation of the service provider, in: International Journal of Service Industry Management Vol 8, Nr. 1, S. 42 – 64
- Galuska J., Sandvoss R. (Hrsg.) 2001: Grundwerte für die Zukunft des Gesundheitswesens, Beiträge der Tagung vom 16.03.2001 in der Fachklinik Heiligenfeld / Bad Kissingen, BIS Verlag, Oldenburg
- Garbe B. 1998: Industrielle Dienstleistungen – Einfluss und Erfolgsfaktoren, zugl. Diss. WHU Koblenz, Gabler Verlag, Wiesbaden,
- Garvin D.A. 1987: Competing on the eight dimensions of quality, Harvard Business Review, Vol. 87 No. 6, pp. 102-109
- Garvin D.A. 1988: Managing Quality, New York
- Gassmann O., Fleisch E. 2003: Innovationspotentiale im Handel zwischen User-pull und Technology-push in: Thesis Revolutionizing the Retail Value Chain, 3/2003, D. 39-42
- Gatchalian M. 1997: People empowerment: The key to TQM Success, in: The TQM Magazine Vol. 9, No. 6 1997, pp. 429 - 433
- Geist M.; Köhler R. (Hrsg.) 1981: Die Führung des Betriebes, Stuttgart
- George W. 1999: Call Center – nur die Krankenhäuser haben es noch nicht läuten gehört, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 16. Jhg. Nr. 5, S. 415 – 420

- Gerlinger Th. 2002: Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, WZW Berlin url: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2002/p02-204.pdf>, 05.05.2005
- Gerstung F. (1975): Die Servicepolitik im Grosshandel, Sonderhefte der Mitteilungen des Institutes für Handelsforschung an der Universität Köln, Band 22, Köln
- Gilbert G.R. 2000: Measuring internal customer satisfaction, in: *Managing Service Quality*, Vol. 10, No. 3 pp. 178 - 186
- Gilbert G. R., Parhizgari A.M. 2000: Organizational effectiveness indicators to support service quality, in: *Managing Service Quality*, Vol. 10 No. 1, pp. 46 - 51
- Gilbert X., Strebel P. 1987: Strategies to Outpace the Competition, in: *Journal of Business Strategy*, Vol. 8, No. 1, pp 28 – 37
- Gilmore H.L. 1974: Product conformance cost, *Quality Progress*, Vol. 7 No. 5, pp. 16-19.
- Girod – Sèville M., Perret V. 2001: Epistemological Foundations, pp 13 – 30, in: Thietart R.-A. (ed.) 2001: *Doing Management Research*, Sage Publications, London et al.
- Glaser B., Strauss A. 1967: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, de Gruyter, New York
- Glaser B., Strauss A. 1979: Die Entdeckung gegestandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung, in: Hopf Ch., Weingarten E. (Hrsg.) 1979: *Qualitative Sozialforschung*, Verlag E. Klett, Stuttgart, S. 91 - 111
- Glaser B., Strauss A. 1998: *Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung*, Aus dem amerikanischen von Paul A. und Kaufmann St., Verlag Hans Huber, Bern et al.
- Glaserfeld von E. 1987: *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*, Braunschweig, et al.
- Glasmacher C., Schmidt W. 1997: Krankenhausstimmungsbarometer, in: *Führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 14. Jahrgang, 3 / 97, S. 230 – 232
- Glynn W., Barnes J. (Ed.) *Understanding Services Management*, Wiley, NY et al.

- Goldschmidt N., Chung B.G. 2001: Size does matter: the effect of organizational size on customer satisfaction; in: Journal of Quality Management 6 (2001) pp. 47 – 60
- Gombeski W., Miller P., Hahn J., Gillette C., Belinson J., Bravo I., Curry P. 1993: Patient Callback Program: A Quality Improvement, Customer Service, and Marketing Tool, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 13, Nr. 3, S. 60 – 65
- Goodman J., Newman S. 2003: Customer Satisfaction - Understand Customer Behaviour and Complaints - Eight areas of quantifiable data can be integrated into quality assurance decisions; in: Quality Progress, January 2003
- Grayson K. 1998: Customer Responses to Emotional Labour in Discrete and Relational Service Exchange, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 9, Nr. 2, S. 126 - 154
- Gregoire M. 1994: Quality of Patient Meal Service in Hospitals: Delivery of Meals by Dietary Employees vs delivery by nursing employees, in: Journal of the American Dietetic Association, Vol. 94, No. 10, S. 1129 - 1134
- Grönroos C. 1994: From Scientific Management to Service Management, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 5, Nr. 1, S. 5 ff
- Grönroos C. 1985, Internal Marketing - Theory and Praxis, in: Bloch, T./ Upah, G./ Zeithamel, V. (ed.): Service marketing in a changing environment, AMA Proceedings, Chicago
- Gross St. 1998: Ausbruch aus der Servicewüste, Verlag MI, Landsberg
- Grötter R. 2003: Heimliche Verführer; in: DIE ZEIT Nr. 36 / 2003 vom 28.08.2003
- Gruca Th., Nath D. 1994: The Impact of Marketing on Hospital Performance, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 8, No. 2, S. 87 – 112
- Güntert B. 2003: Oekonomie und Gesundheits, in: Michel-Alder E., Berchtold P. (Hrsg.) 2003: Die Umarmung des Hippokrates. Systemintegration im Gesundheitswesen, 2003, Verlag Schwabe, Basel , S. 121 - 159
- Güntert B., Wagner U. 2001: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, in: Zollondz, H.-D., 2001: Lexikon des Qualitätsmanagement, Verlag Oldenburg, München

- Güntert B., Offermanns G., Wagner U., Wehmeier, D. 1998: Fehlt in Spitalverwaltungen das Verständnis für Marketing ?, in: Spitalmanagement, Heft 5 / 1998 , S. 25 – 28
- Güntert B. 1996: Arzt oder Manager - Zur Managementrolle von Chefarzten, in: Klotz, T.; Engelmann, U.; Neubauer, S. (Hrsg.): Das Krankenhaus im Wandel: Perspektiven in Gesundheitsmanagement und Krankenhausorganisation, Acron Verlag, Berlin
- Güntert B., Reibnitz C., Wagner U. 1996b: Patientenzufriedenheit - eine wichtige Dimension des Total Quality Management, in: Forum Public Health Nr. 11, 1996
- Güntert B. 1996c: Das Krankenhaus der Zukunft - Haus der stationären Gesundheitsversorgung oder Gesundheitszentrum?, in: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ) II A/1996, S. 35-40
- Güntert B. 1995: Controlling im Krankenhausmanagement; in: Fickert, R.; Meyer, C. (Hrsg.) : Management-Accounting im Dienstleistungsbereich; Verlag Paul Haupt, Bern und Stuttgart; S. 215-259
- Güntert B. 1994: Controlling Konzepte für das Krankenhausmanagement. In: Hauke, E. (Hrsg.) 1994: Controlling im Krankenhaus 3. Ueberreuter, Wien, S. 1-45
- Güntert B: 1990: Managementorientierte Informations- und Kennzahlensysteme für Krankenhäuser, Springer, Berlin et al.
- Gürtler D. 2002: Abschied vom Massenprodukt, in: Süddeutsche Zeitung, SZ Management online Ausgabe vom 07.10.2002 URL: <http://www.sueddeutsche.de/aktuell/sz/getArticleSZ.php?artikel=artikel506.php>
- Güthoff j. 1995: Qualität komplexer Dienstleistungen – Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmung (Diss. Uni Rostock), DUV Wiesbaden
- Gummersson E. 2001: Are you looking forward to your surgery ? in: Managing Service Quality, Vol. 11, No. 1, pp. 7 – 9
- Gummersson E. 2000: Qualitative Methods in Management Research, Sage Publicatinos, London et al.

- Hacker J., Dodson D., Forthman Th. 1992: Physician Recruiting and Marketing: A Summary Guide for Hospitals – Part One, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 7 (1), S. 9 – 27
- Haedrich G. (Hrsg.) 1997: Der loyale Kunde, Mainz
- Halasz G. 1998: Book Review der „Australian Academy of Medicine and Surgery zu Herzlinger, R. 1997: Title Market Driven Health Care. Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry. url: http://www.aams.org.au/contents.php?subdir=library/bookr/&filename=market_health_care, 05.01.2005
- Hall M., Camacho F., Dugan E., Balkrishnan R. 2002: Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement, in: HSR Vol. 37, No. 5, pp. 1419 - 1439
- Haller S. 1998: Beurteilung von Dienstleistungsqualität: dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich, (zugl. Diss. FU Berlin 1994), 2. Auflage, Dt. Univ. Verlag, Gabler – Wiesbaden,
- Hamann G., Rohwetter M. 2003: Der gnadenlose Kunde; in DIE ZEIT Nr. 29 / 2003 vom 17.07.2003
- Hamel G. 2000: Das revolutionäre Unternehmen – Wer Regeln bricht gewinnt; Econ Verlag, München
- Hamel G., Prahalad C.K. 1995: Wettlauf um die Zukunft, Ueberreuter, Wien
- Hamel G., Prahalad C.K. 1994: Competing for the future, Harvard Business School Press, Boston
- Hansen W., Kamiske G. F. (Hrsg.) 2002: Qualitätsmanagement : Methoden, Praxisbeispiele, Hintergründe - Digitale Fachbibliothek, Symposium, Düsseldorf
- Hard E., Bond M. 1995: Action Research for Health and Social Care – a Guide to Practice, Open University Press, Buckingham
- Hauke E., Schaffler R., Holzer-Möstl E., Stekel H. 2000: Österreichisches Zertifizierungsmodell für Gesundheitseinrichtungen – Anforderungen und Rahmenbedingungen, Studie gefördert mit Mitteln des Jubiläumsfonds der

- Österreichischen Nationalbank, Nr. 6624; url:
www.forumq.at/Downloads/Zertifizierungsmodell.pdf, (24.01.2004)
- Hauke E. (Hrsg.)1997: Qualitätssicherung im Krankenhaus, Ansätze zur Evaluation und Verbesserung der Krankenhausversorgung, 2. aktualisierte Aufl., Ueberreuter Wien
- Hauke, E. (Hrsg.) 1994: Controlling im Krankenhaus, Ueberreuter, Wien
- Hauke E. 1994: Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus - Hinweise für die praktische Anwendung, Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Hawranek D. 2002: Elite am Fließband, in Der SPIEGEL 41 / 2002; Spiegel online vom 07.10.2002, <http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,217914,00.html>
- Healy J., McKee M. 2001:The significance of hospitals – an introduction, in: drafted chapter from: McKee M., Healy J. 2001: Hospitals in a changing Europe, Buckingham, Open University Press, used as teaching material at the Observatory Summerschool 2000 in Dubrovnik; url: www.observatory.dk/summerschool/2000/pdf/ (04.09.2000)
- Heil M. 1994: Professional Service Firm Marketing – the Next Generation: Quality Oriented Service, Results Driven Strategy, in: Journal of Professional Service Marketing, Vol. 10, No. 2, S. 5 – 18
- Heimbrock K.J. 2001: Wandel im Wandel, Diss. Universität Flensburg, URL: <http://www.zhb-flensburg.de/dissert/heimb/>
- Heinzen F. 2002: Strategien für ein zukunftsfähiges Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, Diss. Universität Bielefeld – School of Public Health, URL: <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/334/>
- Held J. 1998: Partizipative Ergonomie, Diss. ETH Zürich
- Hentschel B. 1992: Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz, Diss. Katholische Universität Eichstätt / Ingolstadt
- Hentze J. 1994: Personalwirtschaftslehre 1, 6. Auflage, Haupt Verlag, Bern/Stuttgart
- Hentze J. 1995: Personalwirtschaftslehre 2, 6. Auflage, Haupt Verlag, Bern/Stuttgart
- Hersey P., Blanchard K. 1982: Management of organizational behaviour, Englewood Cliffs, New York (4th ed.)

- Heskett, J.L., Sasser W. E. Jr., Schlesinger, L. A. 1997: The Service Profit Chain: how leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction and value
Free Press, New York
- Heskett J. L., Jones T. O., Loveman G.W., Sasser W. E. Jr., Schlesinger L. A. 1994:
Putting the Service Profit Chain to Work, in: Harvard Business Review, March-
April 1994, S. 164 ff.
- Herzberg F. 1988: Was Mitarbeiter wirklich in Schwung bringt, in: Harvard Manager
1988, Nr. 2, S. 45
- Herzberg F. 1968: One more time: How do you motivate employees ?, Harvard
Business Review, January – February 1968
- Herzberg F. 1966: Work and the Nature of Man, World Publishing Co., Cleveland
- Herzlinger R. 2004: Consumer-Driven Health Care: Taming the Health Care Cost
Monster, in: Journal of Financial Service Professionals, March 2004
- Herzlinger R., Parsa-Parsi R. 2004: Consumer-Driven Health Care - Lessons From
Switzerland, in: JAMA. 2004;292:1213-1220
- Herzlinger R. 2003: My Ivy League Soldier, in: The Wall Street Journal, April 2nd
2003
- Herzlinger R. 1997: Market Driven Health Care. Who Wins, Who Loses in the
Transformation of America's Largest Service Industry, Reading,
Massachusetts: Addison-Wesley; Perseus Books
- Hilke W. 1989: Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs –
Marketing, in: Hilke, W. (Hrsg.) Dienstleistungs – Marketing, Gabler, Wiesbaden
- Hillestad S. G., Berkowitz E. N. 1991: Health care marketing plans: from strategy to
action, Gaithersburg: Aspen
- Hinterhuber H.H., Matzler K. (Hrsg.)1999: Kundenorientierung - Kundenzufriedenheit
- Kundenbindung, Wiesbaden
- Hinterhuber H.H., Handbauer B., Matzler K. 1997: Kundenzufriedenheit durch
Kernkompetenzen, Gabler, München et al.
- Hirt F. 1999: Spital-Club Solothurn – Sparen beim Spitalzusatz, url:
<http://www.buergerspital.so.ch/spital-club.html>, 14.04.1999

- Hirschman A.O. 1970: Exit, voice and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations and States; Harvard University Press, Cambridge MA
- Ho D.C.K., Cheng E.W.L. 1999: Quest for Quality Mix, in: Managing Service Quality Vol. 9, Nr. 3, 1999, pp 204 208
- Hoffmann-Linhard A. 2001: The successful transformation of strategic success factors, The resourcebased view in marketing, Die erfolgreiche Umsetzung strategischer Erfolgspotenziale, (Diss. FU Berlin)
- Homburg Ch., Rudolph B. 1995: Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, in: Simon H., Homburg Ch. (Hrsg.) 1995: Kundenzufriedenheit: Konzepte - Methoden - Erfahrungen, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 29 - 49
- Hopf Ch., Weingarten E. (Hrsg.) 1979: Qualitative Sozialforschung, Verlag E. Klett, Stuttgart
- Horisberger B., van Eimeren W. 1986: Die Kosten - Nutzen - Analyse. Methodik und Anwendung am Beispiel von Medikamenten Springer, Heidelberg
- Horx M., Al-Ani A., Gattermeyer W. 2003: Der störrische Konsument, Accenture GmbH, Wien oder [url: http://www.iv-mitgliederservice.at/iv-all/publikationen/file_247.pdf](http://www.iv-mitgliederservice.at/iv-all/publikationen/file_247.pdf) (13.03.2004)
- Hromi J.D. (ed.) 1996: The best on quality, International Academy for Quality, Vol. 7, ASQ Quality Press, Milwaukee, WI
- Huber J. 2000: Kostenführerschaft – Produktführerschaft – Kundenpartnerschaft: Paketdienstleister auf der Suche nach der optimalen Wettbewerbsstrategie und deren Umsetzung, (Diss. WU Wien)
- Hudson T. 1998: Service Means Business, Low rates once ensured lots of patients. Not anymore; in: Hospitals & Health Networks on March 5th, 1998
- Hurrelmann K., Laaser U. 1998: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften, S. 17- 45 in: Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.) 1998: Handbuch Gesundheitswissenschaften (2. Aufl.), Juventa, Weinheim et al.
- Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.) 1998: Handbuch Gesundheitswissenschaften (2. Aufl.), Juventa, Weinheim et al.

- Ingram H., Desombre T. 1999: Teamwork in health care Lessons from the literature and from good practice around the world, *Journal of Management in Medicine*, Vol 13, Issue 1, pp. 51-59
- Inlander C., Weiner E. 1997: Take this book to the HOSPITAL with you – a consumer guide to survive your hospital stay, 10th revised and updated edition, St. Martin`s Press, NY, NY
- Itami H. 1987: Mobilizing invisible Assets, Harvard University Press, Boston
- Ireland R., Warhaftig W. 1999: The front line of customer management - Customer service in life insurance: the central role of the call centre and solving the 'legacy issue' , Swiss Re Life & Health, London
- Jacob J. 2002: Statistische Prozesslenkung (SPC) Qualitätsregelkarten-Technik, in: Hansen W., Kamiske G. F. (Hrsg.) 2002: Qualitätsmanagement : Methoden, Praxisbeispiele, Hintergründe - Digitale Fachbibliothek, Symposium, Düsseldorf
- Javalgi R., Joseph W., Gombeski W. 1995: Positioning your Service to Target Key buying influences: the case of referring physicians and hospitals, in: *Journal of Services Marketing*, Vol. 9, Nr. 5, S. 42 – 52
- Jendges Th. 2000: Der Wettbewerb wird auch das Marketing stärken, in: *f&w*, 17. Jhrg., Nr. 6, S. 586 – 588
- Jentgens B., Kamp L. 2004: Betriebliches Verbesserungsvorschlagswesen, Bund Verlag, Frankfurt / Main
- Jessen J. 2001: Schicksal Denglisch - Gegen Hegemonie hilft kein Sprachgesetz, in: *DIE ZEIT*, Nr. 11/ 2001 vom 15.03.2001
- Johnson C., Mathews B. 1997: The influence of experience on service expectations, in: *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8, Nr. 4, S. 290 – 305
- Johnston R. 1995: The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers; in: *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 6, pp. 53-71
- Johnston T., Hewa M. 1997: Fixing Service Failures, in: *Industrial Marketing Management* Vol. 26, pp 467 - 473

- Jones T.O., Sasser W.E. Jr. 1995: Why Satisfied Customers Defect. In: Harvard Business Review, November-December 1995, pp. 88–99
- Juran J.M., Gryna F.M. (Hrsg.)1988: Juran's Quality Control Handbook, 4. Auflage., McGraw-Hill, New York
- Kaas K. 1990: Marketing als Bewältigung von Informations- und Unsicherheitsproblemen am Markt, Die Betriebswirtschaft, 50. Jg, Nr. 4, S. 539-548
- Kaas K. 1991: Marktinformation – Screening und Signaling unter Partner und Rivalen, ZfB, 3, 357 – 370
- KABEG 2005: Die KABEG – ein Zentrum der Kunst , in: KABEG News, Mitarbeiterzeitung des KABEG – Verbundes, Frühjahrsausgabe 2005
- KABEG 2004: KABEG News, Mitarbeiterzeitung des KABEG – Verbundes, Frühjahrsausgabe 2004, url: http://www.kabeg.at/mz/KABEG-NEWS_1.pdf (03.05.2005)
- Kahneman D., Tversky A. 1979: Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk, Econometrica 47, pp 263–291
- Kaldenberg D. 2003: Undeniable: Patient and Employee Satisfaction Linked; Press Ganey Associates, South Bend; URL: http://www.pressganey.com/scripts/news.php?news_id=84 am 30. Oktober 2003
- Kamiske G., Brauer J. 1995: Qualitätsmanagement von A - Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, 2., überarb. und erw. Aufl., Verlag Hauser, München u. a.:
- Kano N., Seraku N., Takahashi F., Tsuji S. 1996: Attractive quality and must be quality; in: Hromi J.D. (ed.) 1996: The best on quality, International Academy for Quality, Vol. 7, pp. 165 – 186 ASQ Quality Press, Milwaukee, WI
- Kano N. 1984: Attractive Quality and Must-be Quality, Hinshitsu. The Journal of the Japanese Society for Quality Control, (April 1984), S. 39 -48.
- Karg M. 2001: Kundenakquisition als Kernaufgabe im Marketing (Diss. Uni St. Gallen)

- Kaye L. W., Reisman S. I. 1993: Elder Consumer Preferences of Marketing Strategies in the Human Services, in: Health Marketing Quarterly, Vol. 10 (3/4), pp. 195 - 210
- Kazandjian V. 2002: Alla Prima; American Literary Press, Baltimore MD
- KBS (Hrsg.) 2000: Privat – Service im KBS, in: Gazetta interna – Hauszeitung des Kantonsspitals Basel Nr. 3/2000, S. 8-9
- Keaveney S.M. 1995: Customer Switching Behavior in Service Industries: An Exploratory Study. In: Journal of Marketing, Vol. 59 (April 1995), pp. 71–82
- Kellog D. L., Youngdahl W. E., Bowen D. E. 1997: On the relationship between customer participation and satisfaction: two frameworks, in: International Journal of Service Industry Management, Vol.8, Nr. 3, S. 206 - 219
- KHG 1985: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG), Bundesgesetzblatt vom 23.12.1985, S. 33 ff
- Kingman-Brundage J. 1997: Service Mapping, in: Glynn W., Barnes J. (Ed.) Understanding Services Management, Wiley, NY et al., pp. 119 - 142
- Kingman-Brundage, J., George, R.G., Bowen, D.E. 1995: Service logic- achieving service system integration, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 6, No. 4, pp. 28 ff
- Kleinaltenkamp M. 1998: Begriffsabgrenzung und Erscheinungsformen von Dienstleistungen, in: Bruhn M., Meffert H. (Hrsg.) 1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 29 – 52
- Klimecki, R., Probst, G.J.B. 1990: Entstehung und Entwicklung der Unternehmenskultur ; in: Lattmann, CH. 1990: Die Unternehmenskultur, Ihre Grundlagen und ihre Bedeutung für die Führung der Unternehmung, Physica-Verlag, Heidelberg
- Kobjoll K., Berger R. 2004: Tune – Neue Wege zur Kundengewinnung und –bindung, Orel Füssli, Zürich
- Konrad K. 1999: Mündliche und schriftliche Befragung, Verlag Empirische Pädagogik, Landau

- Korte K.-R., Weidenfeld W. (Hrsg.) 2001: Deutschland Trendbuch. Fakten und Orientierungen, Verlag Leske+Budrich, Opladen
- Kotler Ph., Bliemel F. 2001: Marketing – Management, Analyse, Planung und Verwirklichung, 10., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart
- Kotler Ph., Bliemel F. 1998: Marketing – Management, Analyse, Planung und Verwirklichung, 9. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.
- Kotler Ph., Bliemel F. 1994: Marketing Management, 8.Auflage, Prentice Hall
- Krämer A., Maurer R. 1996: Die strategische Bedeutung der Kundenzufriedenheit für den Rechtsanwalt, in: BRAK-Mitt. 01/ 1996, S. 22 - 26
- Krafft M., Marzian S. H. 1999: Vertriebs – Informations – Panel 1999, WHU Koblenz
- Kraft V. 1960: Erkenntnislehre, Springer, Wien
- Kröher A. 2005: Tue Gutes und profitiere davon, in: Manager Magazin v.21.01.2005 – Onlineausgabe: [manager-magazin.de](http://www.manager-magazin.de), 20.01.2005, 00:26 Uhr <http://www.manager-magazin.de/unternehmen/csr/0,2828,337574,00.html>
- Kühnle S. 1999: Konzept für eine Lernende Healthcare Organisation : Erfolgsfaktoren von Lern- und Veränderungsprozessen in stationären Gesundheitseinrichtungen, Diss. Uni Bielefeld, School of Public Health
- Küng P., Schillig B., Toscano R. 2002: Key Account Management, Midas Management Verlag, St. Gallen et al.
- Küpers W. 1998: Phenomenology of embodied productivity in services, in: International Journal of Service Industry Management Vol. 9, No. 4, pp. 337 - 358
- Kumar P., Kalwani M., Dada M. 1997: The Impact of Waiting Time Guarantees on Customers` Waiting Experiences, in: Marketing Science, Vol. 16, No. 4, PP 295 – 314
- Laitamäki J., Kordupleski R. 1997: Building and deploying profitable growth strategies based on the waterfall of customer value added; in: European Management Journal Vol. 15, No. 2, pp. 158 - 166
- Lammoth F. 1998: Handshake Marketing & Customer Value – Die neuen Aktiva des Wandels, 2. Auflage, IM Fachverlag, Ettlingen

- Larsson M. 2000: Organising habilitation services: team structures and family participation, in: Child: Care, Health and Development, Vol. 26, No. 6, PP 501 – 514
- Lattmann, Ch. 1990: Die Unternehmenskultur, Ihre Grundlagen und ihre Bedeutung für die Führung der Unternehmung, Physica-Verlag, Heidelberg
- Lay G., Rainfurth C., Eggers Th. 2000: Servicepartner Industrie ? Industrie in Baden-Württemberg im Wandel von der Produktion zur Dienstleistung; Fraunhofer Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung (ISI) – Mitteilungen aus der Produktionsinnovationserhebung Nr. 20 / 2000
- Lazarus I 1993: Combining Service Marketing and Strategic Alliances in Health Care, in: Health Care Strategic Management, No. 11, pp. 14 – 17
- Leffers J. 2004: Denglich in der Werbung, Komm rein und finde wieder raus, in: DER SPIEGEL, SPIEGEL ONLINE - 28. Juli 2004, 9:38, url: <http://www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/0,1518,310548,00.html>
- Lehmann A. 1995: Dienstleistungsmanagement – Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität, 2. Auflage, Stadler Verlag, Stuttgart
- Lehmann A. 1993: Dienstleistungsmanagement – Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität, IfB Schriften – Entwicklungstendenzen im Management, Band 9 der Universität St. Gallen, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart in Zusammenarbeit mit dem Verlag NZZ, Zürich
- Lehtinen J., Laitamaki J. 1985: Applications of Service Quality and Service Marketing in Health Care Organisations, in: Paul T. (Ed.) Building Marketing Effectiveness in Healthcare, Academy for Health Service Marketing, pp. 45 -48
- Leinfeller W. 1970: Zum sprachkritischen Methodenstreit in der Betriebswirtschaftslehre, in: ZfbF 22 (1970), S. 582 – 590
- Levitt Th. 1983: After the Sale is over, Harvard Business Review, September/October 1983
- Levitt, Th. 1972: Production-line approach to service, Harvard Business Review, Vol. 50 No. 5, pp. 41-52.
- Lüthy A., Lotze I., Leiske M. Rossi R. 2000: Qualitätsmanagement und Kundenorientierung: Befragung zuweisender Kinderärzte einer Berliner

- Kinderklinik, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. 94. Jhrg., S. 31 – 35
- Leebov W. 2004: Using Scripts for Patient Interactions, in: in HHN Magazine online site, 2004-10-19,
- Lehment C. 2000: Grenzüberschreitung nicht erlaubt – Werberecht für Krankenhäuser und Institute, in Deutsches Ärzteblatt 2000, Jhrg. 97, A2916 – 2918, Heft 44
- Leong S. M., Ang S. H., Lin Low L. H. 1997: Effects of physical environment and locus of control on service evaluation, in: Journal of Retailing and Consumer Service, Vol. 4, No. 4 pp. 231 – 237
- Liebl F. 2003: Kundenzufriedenheit im Zeitalter des Rinderwahnsinns, (<http://notesweb.uni-wh.de/wg/wiwi/wgwiwi.nsf/contentbykey/TAWR-58ZJ43-DE-p>), S. 1 – 4 vom 12.01.2004
- Liebl F., Rughase O.G. 2002: Storylistening, in: GDI Impulse 3.02 S. 34 - 39
- Liebl F. 2000a: Moral als Markt, in: Brand Eins 05 / 2000, S. 110 – 111
- Liebl F. 2000: Wie verkauft man mit Gemeinwohl?; in: Meuser, M.; Pfadenhauer, M. (Hg.): Im Dienste der Menschheit? Gemeinwohlorientierung als Maxime professionellen Handelns; Dortmund 2000;
- Lieke B. 1997: Kundendienst: Der Dienst am Kunden, in: Erlhoff M., Mager B., Manzini E. 1997: Dienstleistung braucht Design, Luchterhand Verlag, Neuwied et al. S. 207 - 216
- Liljander V., Strandvik T. 1997: Emotions in service satisfaction, in: International Journal of Service Industry Management Vol. 8, Nr. 2, S. 148 – 169
- Lohse H. 2000: Neuer Service an der Seine: Gegen Honorar nehmen "Voituriers" den Autofahrern die Stellflächensuche ab, in: Die Welt, 12.04.2000
- Lombriser R., Abplanalp P.A.: 1998: Strategisches Management, 2. Aufl., Versus, Zürich
- Looy B. van, Dierdonck R. van, Gemmel P. (Eds.) 1998: Service Management – An Integrated Approach, Financial Times – Pitman Publishing, London et al.
- Lowy A. 2004: Measuring changes in patients' conceptions of quality of life, Presentation at the 40th Annual Meeting der "American Society of Clinical Oncology", ASCO, 5.-8. Juni 2004, New Orleans

- Lorentz F. 2001: Dienstleister unter der Lupe, in DIE WELT, online Ausgabe vom 29.01.2001, URL: <http://www.welt.de/daten/2001/01/28/0128un218526.htm>
- Loveman G.W. 1998: Employee satisfaction, customer loyalty, and financial performance: an empirical examination of the service profit chain in retail banking, in: Journal of Service Research, Vol. 1, pp. 18-31
- Lloyd P., Braithwaite J., Southon G. 1999: Empowerment and the performance of health services, in: Journal of Management in Medicine, Vol. 13, Issue 2, pp 83 – 94
- Luczak H. (Hrsg.) 1999: Service Management mit System, Springer Verlag, Berlin et al.
- Lüönd K. 2000: Der Kunde wird zum Verleger, in: NZZ vom 01.09.2000 Nr. 203, S. 77
- Mager B. 1997: Service macht Karriere, in Erlhoff M., Mager B., Manzini E. 1997: Dienstleistung braucht Design, Luchterhand Verlag, Neuwied et al., S. 3 - 20
- Magrath A. 1986: When Marketing Services: 4 P's are not Enough, in: Business Horizons, 29. Jg., Nr. 3, S. 44-50
- Malik F. 2003: Führen – Leisten – Leben, Wirksames Management für eine neue Zeit, 8. Auflage, Heyne Verlag, München
- Malik F. 1994: Managementperspektiven; Wirtschaft Gesellschaft Strategie Management und Ausbildung, Verlag Paul Haupt, Bern Stuttgart und Wien
- Matzler K., Hinterhuber H., Bailom F., Sauerwein, E. 1996: How to delight your customers, in: Journal of Product & Brand Management, Vol. 5, No. 2, S. 6 – 18
- March P. 1999: At your service, in: Financial Times , 12. Mai 1999, S. 14
- Marmot M. 2004: The Status Syndrome – How Social Standing Affects our Health and Longevity, Bloomsbury, NY, NY
- Martens H. 2004: Sprung ins Dunkle, in: Der Spiegel Nr. 27 / 2004, S. 97
- Martensen A., Gronholdt L. 2001: Using employee satisfaction measurement to improve people management: An adaption of Kano's quality types; in: Total Quality Management, Vol. 12, No. 7&8, 2001, pp 949 – 957

- Martin R. L. 2002: The virtue matrix, calculating the return on corporate responsibility; in: Harvard Business Review, March 2002, pp 69 – 75
- Mbengue A., Vandangeon-Derumez I. 2001: Causal Analysis and Modeling, in: Thietart R.-A. (ed.) 2001: Doing Management Research, Sage Publications, London et al.
- McCarthy D.G. 1997: The Loyalty Link: How Employees Create Loyal Customers, John Wiley & Sons, New York, NY
- McGregor D. 1986: Der Mensch im Unternehmen, McGraw-Hill, Hamburg
- McKee M., Healy J. (Ed.) 2002: Hospitals in a changing Europe; European Observatory on Health Care Systems series, Open University Press, Buckingham & Philadelphia
- Meffert H. 2000: Marketing, Verlag Gabler, Wiesbaden
- Meffert H., Bruhn M. 2000: Dienstleistungsmarketing; Grundlagen – Konzepte Methoden, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Meffert H. 1982: Der Kundendienst als Marketinginstrument - Einführung in die Problemkreise des Kundendienst
- Meffert H., Bruhn M. 1981: Beschwerdeverhalten und Zufriedenheit von Konsumenten, in: Die Betriebswirtschaft, Nr. 4/1981, S. 597 – 613
- Meier B. 2004: Spital als ein «cooles» Erlebnis - Keine Routine Ein Blick in die Kinderabteilung des Kantonsspitals Olten, url: <http://www.kso.ch/Aktuell/otinfos/coolesErlebnis.htm> (06.03.04)
- Meissner W. 1996: Business Reengineering, in: Dehr G., Biermann Th. 1996: Kurswechsel Richtung Kunde – Die Praxis der Kundenorientierung, Verlag FAZ, Frankfurt, S. 227 – 239
- Meister U., Meister H. 1996: Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich, Oldenbourg Verlag, München
- Meyer A., Mattmüller R. 1987: Qualität von Dienstleistungen – Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells, in: Marketing ZFP Nr. 3 , S. 187 - 195

- Meyer J. 2000: Using Qualitative Methods in Health – Related Action Research, in: Pope C., Mays N. 2000: Qualitative Research in Health Care, 2nd edition, BMJ Books, London, pp. 59 - 74
- Meyer K. 2001: CRM ist eine Firmenphilosophie, in: Clarity – das KPMG Magazin für Wirtschaft und Gesellschaft, Herbst 2001, S. 18 – 20
- Miettinen A. 2004: Creating Value in Business through Ethics?, in: Fueglistaller U., Volery T., Weber W. (Hrsg.) 2004: Value Creation in Entrepreneurship and SMEs / Wertgenerierung durch Unternehmertum und KMU, Beiträge zu den Rencontres de St-Gall 2004; url: http://www.kmu.unisg.ch/rencontres/RENC2004/Topics/Miettinen_Renc_2004_Topic_D.pdf
- Mills C.W. 1963: Kritik der soziologischen Denkweise – Soziologische Texte, Bd. 8, Neuwied / Berlin
- Mills P., Moshavi D. 1999: Professional concern: managing knowledge-based service relationships, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 10, No. 1, pp. 48 – 67
- Mintzberg H. 1999: Strategy Safari, Eine Reise durch die Wildnis des strategischen Managements, Ueberreuter, Wien
- Mohr V.D. 2003: Kosten, Leistungsmengen und Qualität – womit steuern wir unsere Krankenhäuser ?, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2003; 8: 79 – 81
- Mojon St., Jiang X, Wagner U., Mojon D. 2004: Redundant Publications in Scientific Ophthalmologic Journals - the Tip of the Iceberg? In: Ophthalmology Vol. 111 No. 5, pp 863-866, May 2004
- Mojon St., Jiang X, Wagner U., Mojon D. 2003: Journals: Redundant Publications are bad news, in NATURE, Vol. 421, p. 209, v. 16. Januar 2003
- Mojon St., Jiang X, Wagner U., Mojon D. 2002d: Ophthalmologie „Made in Switzerland“, in: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 2002, 219: 866-871
- Mojon St., Wagner U., Mojon D. 2002a: Ein Rahmenkonzept zur Analyse von wissenschaftlichem Fehlverhalten in Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2002; 7:114 - 124

- Mojon St., Wagner U., Mojon D. 2002b: Ein Rahmenkonzept zur Bekämpfung von wissenschaftlichem Fehlverhalten in Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2002; 7: 177-187,
- Mojon St., Wagner U., Mojon D. 2002c: Wie informiert ist der ophtalmologische Patient ? in: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 2002; 219: 487 – 493
- Mooney K., Bergheim L. 2002: The Ten Demandments, McGraw Hill, New York, NY
- Moore G.A. 2002: Crossing the Chasm, Harper Business Essentials,
- Morrison E. C. 1996: Organizational citizenship behavior as a critical link between HRM practices and service quality, in: Human Resource Management, Vol. 35, pp. 493 – 512.
- Müller G.F. 1999: Organisationskultur, Organisationsklima und Befriedigungsquellen der Arbeit in: Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie (1999) 43 (N.F. 17) 4, 193 - 201
- Müller G.F. 1997: Landauer Inventar zur Diagnose des Organisationsklimas (LIDO) (Unveröffentlichte Forschungsdokumentation) Landau, FB Psychologie,
- Müller-Stewens G., Lechner Chr. 2001: Strategisches Management, Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- Muetze S. 1999: Servicekultur, in: Luczak H. (Hrsg.) 1999: Service Management mit System, Springer Verlag, Berlin et al., S. 45 -61
- Mugler J., Faith C. 2004: Added Values durch Business Angels, in: Fueglistaller U., Volery T., Weber W. (Hrsg.) 2004: Value Creation in Entrepreneurship and SMEs / Wertgenerierung durch Unternehmertum und KMU, Beiträge zu den Rencontres de St-Gall 2004; url: http://www.kmu.unisg.ch/recontres/RENC2004/Topics/Mugler_Renc_2004_Topic_D.pdf
- Nacht E. 1993: Improving profitability in a fee for service pediatric dental private practice through internal marketing, in: The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Vol. 17, No. 2, S. 59 – 60
- Naidu G.M., Narayana Ch. L. 1991 : How Marketing Oriented Are Hospitals in a Declining Market ?, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 11, No. 1, pp. 23 – 30
- Nauer E. 1999: Organisation als Führungsinstrument, Paul Haupt Verlag, Bern

- Nelson D. 1987: Organizational socialisation. A stress perspective. Journal of Occupational Behavior, Vol. 8, pp. 311 - 324.
- Nieschlag R.; Dichtl E.; Hörschgen H. 1991: Marketing, 16. durchges. Auflage, Berlin, S. 219
- Noack R. H. 1999: Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision, S. 8 – 36 in: Pollak G. (Hrsg.) 1999: Das Handbuch Public Health, Springer, Wien et al.
- Norton D.W. 2001: Maximizing the value of Health Care – Rather than focus on cost cutting, try charging more for a better experience; in: Health Forum Journal, 09 / 2001 (<http://www.healthforumjournal.com/asp/features.asp> vom 15.10.2001)
- NZZ v. 03.05.1999: Geringfügige Steuersenkung in Glarus, S. 15
- O'Connell M. 1996: Marketing driven change management, In: Journal of Health Care Marketing, Spring 1996, Vol. 16, No. 1, pp. 11-13
- O'Conner K. M. 1997 : Groups and Solos in Context : The Effects of Accountability on Team Negotiation, in : Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 72, No. 3, pp 384 – 407
- O'Conner St., Shewchuk R. 1991: Comparing Service Qualit Expectations in Hospitals and Health Care to Other Service Businesses, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 5, No. 1, pp. 3 – 18
- OECD 2004: OECD Health Data 2004, Paris
- OECD 2004a: Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen OECD-Report, Paris
- OECD 1997 : OECD - Wirtschaftsberichte 1996-1997, Deutschland; Paris
- Offermanns G. 1997: Personalcontrolling im Krankenhaus, Diplomarbeit an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld
- Olandt H. 1998: Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern – Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung, (zugl. Diss. Universität Rostock), Gabler Verlag, Wiesbaden,
- Olavarria M. 2001: Erfolgreiche Marketingstrategien für Business to Consumer-Dienstleistungen - Eine empirische Analyse auf Basis des situativen Ansatzes,

Digitale Dissertation der FU Berlin (<http://www.diss.fu-berlin.de/2001/75/index.html>) 23.08.2003

- Oliver R. L. 1980: A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions, in: Journal of Marketing Research, Vol. 17, pp. 460 - 469
- Oliver R. L. 1993: A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts, in: Swartz T. et al. (Eds.) 1993: Advances in Services Marketing and Management - Research and Practice, Jai Press Inc., Greenwich, pp. 65 - 85
- Ong B. N. 1993: The Practice of Health Service Research, Chapman & Hall, London et al.
- Opp K.-D. 1970: Methodologie der Sozialwissenschaft, Reinbeck
- Ossel G. van 1998: Measuring customer satisfaction, Chapter 8 in: Looy B. van, Dierdonck R. van, Gemmel P. (Eds.) 1998: Service Management – An Integrated Approach, Financial Times – Pitman Publishing, London et al.
- Osterloh M., Frost J. 2003: Prozessmanagement als Kernkompetenz, 4. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden
- o.V. 2005c: Hunger in der Klinik, SZ online <http://www.sueddeutsche.de/wl5/wissen/artikel/252/53199/> (17.05.2005)
- o.V. 2005 b: Heimatseite des Spital Thun – Simmenthal AG, (21.01.2005), url: http://www.spitalthun.ch/de/thun/institutionen/medizinische_klinik/allgemeines/coaches/
- o.V. 2005 a: Heimatseite des deutschen Krankenhaus Führer der guideguide AG, (10.01.2005) url: http://krankenhausguide.com/universitaetsklinik_aachen_aer/subpage=special_offers;page=performance
- o. V. 2005c: Krankenhäuser müssen am Image feilen, in: FTD online; url: <http://www.ftd.de>, vom 18.05.05
- o.V. 2004 b: Fast jeder fünfte Patient mangelhaft ernährt, ,Neue Zürcher Zeitung (NZZ Online), url: <http://l014sys0.nzz.ch/servlets/ch.nzz.newzz.DruckformatServlet?url=/2004/06/26/il/article9OVCQ.nzzoml> (26. Juni 2004)

- o.V. 2004 a: Scripting; Baptist Health Care Leadership Institute, Baptist Health Care Best Practice Series, Pensacola Florida
- o.V. 2003 a: Es könnte alles noch viel schlimmer sein; in NZZ, 30. Juli 2003, Nr. 174, S. 11
- o.V. 2003 b: Die grössten Aergernisse am Arbeitsplatz; in NZZ, 30. Juli 2003, Nr. 174, S. 11
- o.V. 2003 c: So überzeugen Sie auch das Unterbewusstsein, in: Direkt Marketing Nr. 4 / 2003
- o.V. 2003 d: Nachfalter – Eine Oase, in NZZ vom 05/06.April 2003, Nr. 80, S. 47
- o.V. 2002 a: Neues Zertifikat von Merrill Lynch setzt auf Nachhaltigkeit als Investmentidee, in: DIE WELT online- Ausgabe vom 03.05.2002 <http://www.welt.de>
- o.V. 2002 b: Diabetiker möglicherweise bald von Diäten befreit, in: SPIEGEL online – 06.10.2002, URL: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,216965,00.html>
- o.V. 2002 c: Einfühlsamer Spassmacher am Krankenbett – Mit „Traumdoktoren“ auf Visite im Kinderspital, in NZZ vom 08.08.2002
- o.V. 2001 a: Aus Kunden Jünger machen, in Management und Qualität Nr. 6 / 2001, S. 63
- o.V. 2001 b: Wir kämpfen für angemessene Preise, in: VICTORIA Newsletter – Fokus Krankenversicherung, S. 13
- o.V. 2001 c: „If profit is the point, service is the key“, in: Management und Qualität 05 / 2001, S. 63
- o.V. 2000 a: Vom Auslandspatienten bis zur Zentralwäscherei, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 17. Jahrg. Nr. 4, S. 361 – 369
- o.V. 2000 b: Von der Dialyse bis zur Nierentransplantation, Pressemitteilung der Universität Münster vom 29.08.2000
- o.V. 1999 a: Ergebnisbericht der e-mail e-economy 1999, Das Kommunikationsverhalten der führenden deutschen Unternehmen bei Anfrage aus dem Internet – Ein aktuelle Untersuchung von Markt & Daten modalis GmbH, Berlin, September 1999

- o.V. 1999 b: Betriebswirt/in Krankenhausmanagement Stellenangebot der Paul Hartmann AG – Heidenheim in: Krankenhausumschau Nr. 9 1999, S. 686
- o.V. 1999 c: Erfolgsfaktor Service – Fachhochschule Esslingen geht neuen Weg in der Ausbildung von Fahrzeugingenieuren, Pressemitteilung der Fachhochschule Esslingen – Hochschule für Technik Nr. 10 / 1999, URL: <http://www.fht-esslingen.de/hochschule/aktuell/presse/9910.htm> vom 20.05.1999
- Ovretveit J. 1997: A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, No. 3, S. 220 – 235
- Patton M. Q. 1990: Qualitative Evaluation and Research Methods, 2nd edition, Sage Publications, London et al.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A. and Berry L.L. 1985: A conceptual model of service quality and its implications for future research; in: Journal of Marketing, Vol. 49, pp. 41-50.
- Parry M., Parry A. E. 1992: Strategy and marketing tactics in nonprofit hospitals, in: Health Care Manage Rev, 1992, 17(1), S. 51 – 61
- Paul D., Honeycutt E. 1995: An Analysis of the Hospital – Patient Marketing Relationship in the Health Care Industry, in: Journal of Hospital Marketing, Vol .10, No. 1, S. 35 – 50
- Peerenboom R. 2001: Geschäft mit Kundenmanagement, SZ vom 03.01.2001
- Peppers D., Rogers M. 1997: Oxford Health Takes a Big Step Toward 1on1; Pressemitteilung der Peppers and Rogers Group unter url: <http://www.1to1.com/articels/i1-7-3-97.html> vom 13.04.1999
- Pfeiffer H. 2000: Vom Mitarbeiter zum Kapitalisten – wer gut zu seinen Angestellten ist, ist auch gut für Kursgewinne an der Börse, in: DIE ZEIT, Nr. 14, v. 30.03.2000
- Pierce L. 2004: Scripting, 28.12.2004, url: <http://www.baptistleadershipinstitute.com/Resources/Scripting.pdf> (am 28.12.2004)
- Piller F. 1999: Mass Customization als Wettbewerbsstrategie, in: IT/AV Industrielle Informationstechnik, 36. Jhg. Nr. 1, S. 72 – 75

- Piller F. 1998: Kundenindividuelle Massenproduktion, .Mass Customization: Die Wettbewerbsstrategie der Zukunft, Hanser Verlag, München
- Piller F. 1998b: Mit Mass Customization zu echtem Beziehungsmarketing, in: Harvard Business Manager Nr. 6 / 1998
- Pine B. J. 1984: Massgeschneiderte Massenfertigung, Ueberreuter, Wien
- Pleiss C. 2003: Wissensdivergenz in der kooperativen Arbeit, Dissertation Universität Flensburg
- Pollak G. (Hrsg.) 1999: Das Handbuch Public Health, Springer, Wien et al.
- Pope C., Mays N. 2000: Qualitative Research in Health Care, 2nd edition, BMJ Books, London
- Popper K.R. 1972: Objective Knowledge, Oxford University Press, London
- Porter M.; Teisberg E.O.2004: Redefining Competition in Health Care in: Curing U.S. Health Care, Harvard Business Review OnPoint Collection, June 01 2004
- Porter M. 1999: Wettbewerbsvorteile, 5. Auflage, Campus, Frankfurt
- Porter M. 1999b.: Wettbewerbsstrategie: Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, 10. Auflage, Campus, Frankfurt
- Porter M. 1998: Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors: With a new Introduction, Erstausgabe 1980, New York et al.
- Porter M. 1997: Nur Strategie sichert auf Dauer hohe Erträge, in: Harvard Business Manager, Nr. 3 / 1997, S. 42 - 58
- Porter M. 1996: Wettbewerbsvorteile, 4. Auflage, Campus, Frankfurt
- Porter M. 1990: The Competitive Advantage of Nations, Simon & Schuster, New York, NY
- Porter M. 1989: Wettbewerbsvorteile, zitiert in: Esser, W.M. Die Wertekette als Instrument der strategischen Analyse, in: Riekhof, H.-C. (Hrsg.): Strategieentwicklung, 1989 S.191 – 211
- Prahalad C.K., Hamel G. 1990: Core Competence of the Corporation, Harvard Business Review Vol. 68 No. 3, pp. 79-91
- Pümpin C., 1992: Strategische Erfolgspositionen: Methodik der dynamisch strategischen Unternehmensführung, Verlag Paul Haupt, Bern

- Pümpin C. 1989: Das Dynamik – Prinzip: Zukunftsorientierung für Unternehmer und Manager, Econ Verlag, Düsseldorf u.a.
- Pümpin C., Kobi J.M., Wüthrich, H.A.: 1985: Unternehmenskultur. Basis strategischer Profilierung erfolgreicher Unternehmen, Hrsg.: Schweizerische Volksbank, Die Orientierung, Nr. 85, Bern
- PWC 2000: Konturen: Gesundheit 2010, Die Zukunft des Gesundheitswesens, Fachverlag Moderne Wirtschaft, Frankfurt am Main oder: url: <http://healthcare.pwc.com/healthcast2010.html>
- Quaas M., Dietz O. 2000: Das Urteil des BGH ist nicht das letzte Wort, in f&w, Nr. 5 / 2000, S. 440 - 448
- Raffè H. 1974: Grundprobleme der Betriebswirtschaftslehre; Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rafiq M., Ahmed P. 1998: A customer-oriented framework for empowering service employees, in: The Journal of Service Marketing, Vol. 12, No. 5, pp. 379 - 396
- Randolph W.A. 1995: Navigation the Journey to Empowerment, in: Organizational Dynamics, Vol. 23, No. 4
- Rapp, R. 1995: Kundenzufriedenheit durch Servicequalität, zugl. Diss. Universität Enschede, DUV – Gabler Verlag, Wiesbaden,
- Rayburn J.M., Rayburn L.G. 1995: Marketing implications of the shift in powre of the hospital, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 10 (1), pp 3 – 13
- Reichheld F., Teal T. 1996: The Loyalty Effect, Harvard Business School, Cambridge, MA.
- Reichheld F., Sasser E. 1991: Zero Migration: Dienstleister im Sog der Qualitätsrevolution, in: Harvard Business Manager, Jg. 13, Nr. 4, S. 108 - 116
- Reiher K., Schramm D. 1999: Teamvergütung als Bestandteil eines Change – Management – Prozesses, in: IO Management Nr. 3 / 1999
- Rehn M. L. 1990: Die Eingliederung neuer Mitarbeiter, Rainer Hampp Verlag, München
- Relman A. 1997: Dr. Business, in: The American Prospect, Vol. 8, No. 34, September 1, 1997 - October 1, 1997.

- Renn O. 2002: Im Supermarkt der Gutachten, Interview mit Renn O. durchgeführt von Hans Schuh in: DIE ZEIT, Nr. 39 / 2002 v. 26.09.2002
- Richter A.-D. 1997: Aufrechter Gang bedeutet Macht - Wer liegt, unterwirft sich, in: KU 1/1997
- Riekhof H.-C. (Hrsg.) 1989: Strategieentwicklung,
- Risch S. 1999: Der Kunde stört, Interview mit Geffroy E.K., in: Manager Magazin im Mai 1999, S. 152 – 156
- Roberts H., Sergesketter B. 1993: Quality is Personal, The Free Press, New York
- Robertshaw W. 1995: Using an objective sales point measure to incorporate elements of the Kano Model into QFD, Paper presented at: 7th Symposium on Quality Function Deployment 1995, Novi Michigan
- Rodwell Chr. 1996: An Analysis of the concept of Empowerment, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 23, pp. 305 - 313
- Rogers E.M. 1995: Diffusion of Innovations, 4. Auflage, Erstausgabe 1962, New York et al.
- Rösler F. 1995: Kundenanforderungen als Determinante des Kostenmanagements komplexer Produkte, in: Kostenrechnungspraxis (KRP) Nr. 4, S. 214 – 219
- Roth R. 2001: Vertrauter – nicht Freund: Interview mit Roth R. und Zeller A. durchgeführt von Cathomen I., in: Clarity – das KPMG Magazin für Wirtschaft und Gesellschaft, Herbst 2001, S.34 – 39
- Rürup B., Sesselmeier W. 2001: Wirtschafts- und Arbeitswelt. In: Korte K.-R., Weidenfeld W. (Hrsg.) 2001: Deutschland Trendbuch. Fakten und Orientierungen, Verlag Leske+Budrich, Opladen
- Rummler, G., A.; Brache, A., P; 1995: Improving Performance, How to manage the white space on the Organization Chart; Jossey-Bass, San Francisco
- Runy L., Towne J., Hoppszallern S. 2003: Consumer Confusion, in: Hospitals & Health Networks Magazine, April 2003 issue
- Rust R., Oliver R. (Eds.) 1994: Service quality. New Directions in Theory and Practice, Sage Publications, London

- Ruyter K. de, Wetzels M., Bloemer J. 1998: On the relationship between perceived service quality, service loyalty and switching costs, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 9 No. 5, 1998, pp. 436 - 453,
- Sadock J. 1991: Marketing specialty hospitals in the 1990s: Making patients the best marketing spokespeople, in: Hosp Materiel Manage Q, Vol. 13, No. 2, S. 18 – 21
- Saliba M., Fischer C. 2000: Managing Customer Value, in: Quality Progress, June 2000, p. 63 - 69
- Saunders I., Wilson C. 2001: Is There a Correlation between Business Excellence and Financial Performance – So what's the Problem ?, Präsentation anlässlich des EFQM Forums 2001 in Luzern „Stakeholder Value – The Path to Sustainable Excellence ?, 10. – 12. Oktober 2001
- Scarnati J., Scarnati B. 2002: Empowerment: the key to quality, in: The TQM Magazine, Vol. 14, No. 2, pp. 110 - 119
- Scharmann E., Poganatz H. 2001: Wegfall des Rabattgesetzes stösst auf zwiespältiges Echo, in: DIE WELT vom 24.07.2001
- Schaupp D., Ponzurick Th., Schaupp F. 1994: Survival Tactics for Managing the Hospital Marketing Effort, in: Journal of Hospital Marketing, Vol. 8, No. 2, pp. 113 - 119
- Schedler K. 1993: Anreizsysteme in der öffentlichen Verwaltung, Schriftenreihe Finanzwirtschaft und Finanzrecht (IFF), Verlag Paul Haupt, Bern et al., zugl. Diss. Universität St. Gallen (HSG)
- Schierenbeck H. 1989: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 10. Auflage, Verlag Oldenbourg, München
- Schmid C.-H. 1995: Planung von Unternehmenskultur, DUV - Gabler Verlag, Wiesbaden
- Schmutte A. 1997: Conjoint Analyse zur simultanen Ermittlung von Patientenpräferenzen im Krankenhaus, Diskussionspapier 7/97, Universität der Bundeswehr München
- Schneider D. 2002: Rosinenpicken ist Trumpf, Interview geführt durch Thomas Röbbke, in DIE ZEIT, Ausgabe 28 / 2002 vom 11.07.2002

- Schneider B., Bowen D. 1999: Understanding Customer Delight and Outrage, in: Sloan Management Review Fall 1999, Volume 41, No. 1
- Schöffski O. 2002: Diffusion of Medicines in Europe, Report Prepared for the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)
- Schölling W., Schölling C. 2000: Auf dem Weg in die industrielle Dienstleistungsgesellschaft, in: IO Management, Nr. 6 /2000, S. 16 – 21
- Schölling W, 1999: Innovationswettbewerb statt Kostenwettbewerb, in: NZZ Nr. 83, vom 12. April 1999, S. 16
- Scholz C., Hofbauer W. 1990: Organisationskultur, Die vier Erfolgsprinzipien; Verlag Gabler; Wiesbaden
- Schomaker M. 1998: Dienstleistungen als Differenzierungsstrategie eines industriellen Komponentenherstellers; in: Gassert, H.; Prectl, M; Zahn, E. (Hrsg.) Innovative Dienstleistungspartnerschaften, Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Dienstleistern, Schäffer-Poeschel, Stuttgart
- Schreier J. 1998: Der Patient als Gast und Kunde: Die Euro-Med-Clinic als konsequenter Wirtschafts- und Dienstleistungsbetrieb; Vortrag und Handout anlässlich der SUMMIT Konferenz „Auf dem langen Weg zum Kunden – Das Gesundheitswesen als Dienstleistungsbetrieb, 16. Juni 1998, Bonn, Gästehaus Petersberg
- Schuh G., Speth C. 2000: Gestaltung industrieller Dienstleistungen, in: Thexis Nr. 1 / 2000
- Schulze G. 1999: Zeit der Wunder – Auch der neue Modetrend Wellness ist Teil des Erlebnismarktes, in: DIE ZEIT, Nr. 41 / 1999 vom 14.10.1999
- Schumpeter J.A. 1942: Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie
- Schumpeter J.A. 1912: Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung
- Schwartz B. 2004: The paradox of choice - Anleitung zur Unzufriedenheit, Econ Verlag, Berlin
- Schwartz F.W. 1999: Der „kundige Kunde“ sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite, in: Die BKK, Bd. 7 / 1999, S. 334 - 338

- Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. (Hrsg.) 1998: Das Public Health Buch, Urban & Schwarzenberg, München et al.
- Schwartz F.W. 1998: Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, S. 2 - 5, in: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. 1998: Das Public Health Buch, Urban & Schwarzenberg, München et al.
- Schwartz F.W., Wismar M. 1998: Planung und Management, S. 558 – 573, in: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H., Siegrist J. 1998: Das Public Health Buch, Urban & Schwarzenberg, München et al.
- Schwartz F.W., Busse R. 1995: Morbidität, Demographie und technischer Fortschritt als Determinanten künftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen, in: Die BKK, Ausgabe 02/1995, S. 80-85
- Schwarz R. 1997: Wer nicht umdenkt, verschwindet vom Markt, in: f&w, Jhrg. 14, Nr. 6, S. 494 – 496
- Seghezzi H.D. 1996: Integriertes Qualitätsmanagement, Ueberreuter, München u. Wien
- Seidl I. 1993: Unternehmenskultur - ein Einflussfaktor auf die Oekologieorientierung von Produktinnovationen, Dissertation; Verlag Haupt; Bern, Stuttgart und Wien
- Shank M.D., Gilbert F.W. 1993: An internal marketing approach to total service quality; in: Journal of Hospital Marketing Vol. 8 (1), S. 113 - 130
- Shemwell D., Yavas U., Bilgin Z. 1998: Customer- Service Provider relationship: An Empirical Test of a Model of Service Quality, satisfaction and Relationship – orientied outcomes, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 9, No. 2, S. 155 – 168
- Shortell St. M., Morrison E. M., Friedman B. 1990: Strategic Choices for America's Hospitals, Managing Change in Turbulent Times, Jossey Bass, San Francisco 1990
- Shostack G. 1987: Service Positioning through structural change, in: Journal of Marketing, Vol. 51, No. 1, pp. 34 – 43
- Siegrist J. 1974: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, Urban & Schwarzenberg, München – Berlin – Wien

- Silverstein M.J., Fiske N. 2003: Trading up: Drive BMW; Shop Costco; in: HBSWK Pub. Date April 21, 2003 (url: <http://hbswk.hbs.edu/tools>, am 15.07.2003)
- Simon E. 1999: Im Krankenhaus: Service über alles, in: Deutsches Aerzteblatt Jg. 96, Nr. 16, S. C – 727
- Simon H. 1996: Die heimlichen Gewinner, Stuttgart
- Simon W. 1996a :Die neue Qualität der Qualität – Grundlagen für TQM- und KAIZEN-Erfolg, 2. Auflage, Gabal Verlag, Offenbach
- Simon H., Homburg Ch. (Hrsg.) 1995: Kundenzufriedenheit: Konzepte - Methoden - Erfahrungen, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Simon H. 1991: Industrielle Dienstleistungen und Wettbewerbsstrategie; Working Paper 04-91 des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre und Marketing der Universität Mainz
- Simmons D 2001: Rural Primary Health Care in Australia: What Can We Learn?, in: New DOCTOR, Issue No. 74, Summer 2000-2001, url: http://www.drs.org.au/new_doctor/74/simmons.html (28.04.2005)
- Singh M. 1990: Service as a Marketing Strategy: A Case Study at Reliance Electric, Industrial Marketing Management, 19, S. 193 – 200
- Skinner W. 1974: The focused factory, in: Harvard Business Review, May-June 1974, pp. 113 - 121.
- Söderlund M. 1998: Customer Satisfaction and its Consequences on Customer Behaviour Revisited, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 9, Nr. 2, S. 169 – 188
- SPACE 2001: An exploration of future hospital care in 10 countries, Gutachten für die Dutch Hospital Association, Amsterdam, http://www.public-space.com/servlet/nl.gx.nextstrategy.client.http.GetFile?id=12826&file=Public_SPACE_--_Hospitals_in_2010_--_Report.doc
- Spiess S. 1999: Modularisierung von Unternehmensleistungen, Habilitationsschrift an der Universität St. Gallen (HSG)
- Spiewak M. 2003: Wie man in Deutschland geboren wird; in DIE ZEIT, Nr. 41 / 2003 vom 02.10.2003

- SQI 1996: QUALITY SERVICE PERFORMANCE STANDARDS,
<http://www.customer-service.com/> (04.04.2002)
- Stamatis D. H. 1996: Total Quality Service, St. Lucie Press, Boca Raton u.a.
- Stanwick P., Oswald Sh. 1995: An Empirical Examination of Shift Strategies in the Service Industry: How Hospitals adapt to Industry Change, in: Journal of Hospital Marketing, Vo. 10, No. 1, S. 15 – 34
- Stapff M. 2001: Arzneimittelstudien, W. Zuckerschwerdt Verlag, München et al., 2. Auflage
- Stauffer D. 2003: What your Competition is telling you; in: Harvard Business School Working Knowledge, Pub. Date May 26, 2003 (url: <http://hbswk.hbs.edu/tools>, am 15.07.2003)
- Stauss B. 2001: Service Kosten, in: Fischer Th. (Hrsg.) 2001: Kosten-Controlling - Neue Methoden und Inhalte, Schäffer Poeschel, Stuttgart, S. 430 - 452
- Stauss B. 2001: Augenblicke der Wahrheit in der Dienstleistungserstellung, Vorlesungsskript im Fach Dienstleistungsmanagement, Katholische Universität Eichstätt, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften - Ingolstadt
- Stauss B. 2000: Der Volkswagen Club im Blickpunkt der Forschung, in Nachrichten der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät Ingolstadt der Katholischen Universität Eichstätt, Ausgabe 2 / 2000, S. 1
- Stauss B., Neuhaus P. 1997: The qualitative satisfaction model, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, Nr. 3, S. 236 – 249
- Stauss, B., W. Seidel 1995: Prozessuale Zufriedenheitsermittlung und Zufriedenheitsdynamik bei Dienstleistungen, in: Simon H., Homburg Ch. (Hrsg.) 1995: Kundenzufriedenheit: Konzepte - Methoden - Erfahrungen, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 179 - 203
- Stauss B. 1995: Augenblicke der Wahrheit in der Dienstleistungserstellung - Ihre Relevanz und ihre Messung mit Hilfe der Kontaktpunkt-Analyse, in: Bruhn M., Stauss B. (Hrsg.) 1995: Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 2., überarb. und erw. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 379 - 399

- Stauss B. 1993: Total Quality Management im industriellen Service, in: Qualität & Zuverlässigkeit, 38. Jhrg., Nr. 6, S. 345 - 350
- Steffenhagen H. 1988: Marketing, Kohlhammer, Stuttgart et al.
- Steiner W. 2001: Mehr Werte als Worte ? Corporate Social Responsibility in der Schweiz, in: NZZ v. 19.10.2001, S. 27
- Steuerle C. 1997: On common ground: America`s domestic challenges and opportunities , Urban Institute Press, Washington
- Stiansen, S. 1990: The Bandwagon to Bankruptcy: Too Much Service Is More Dangerous Than None; in: Success, Vol. 37, No.1, pp. 40-46
- Stolpmann F. 1999: in: von Kapri P. 1999: Profit, Profit, Profit, - Unternehmen / Kampf ums Überleben, zit. in: in Rheinischer Merkur Nr. 36, vom 03.09.99, S. 15
- Stolpmann F.; Läbe S. 1993: Dienst am Kunden total ? in: Absatzwirtschaft, Sondernummer Oktober 1993, S. 22 – 34
- Stolz R. 2001: Handlungsspielräume durch Profilierung, in: führen & wirtschaften im Krankenhaus, 18. Jhrg. Nr. 2, S. 154 -155
- Straub S. 1997: Controlling für das wirkungsorientierte Krankenhausmanagement – Ein Vaule – Chain basierterter Ansatz, Dissertation der Universität St. Gallen, Schweiz
- Strauss A., Corbin J. 1991: Basics of Qualitative Research, 4th edit., Sage publications, Newbury Park et al.
- Sureshchandar G.S., Rajendran Ch, Anantharaman R.N. 2002: The relationship between management`s perception of total quality service and customer perception of service quality, in: Total Quality Management, Vol. 13, pp 69 – 88
- Sureshchandar G.S., Rajendran Ch, Anantharaman R.N. 2001: Customer perceptions of service quality – a critique, in: Total Quality Management Vol. 12, pp 111 – 124
- SVR 2005a: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Kurzfassung, url: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf> (15.05.2005)

- SVR 2005b: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Langfassung, url: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Langfassung2.pdf> (15.05.2005)
- SVR 2003a: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Deutschland, Finanzierung – Nutzerorientierung und Qualität, Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung; Redaktionell überarbeitete Version der Ministerfassung vom 24. Februar 2003., download als "lang03.pdf" am 26.03.2003 von <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVR 2003b: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Deutschland, Finanzierung – Nutzerorientierung und Qualität, Band 2: Qualität und Versorgungsstrukturen; Redaktionell überarbeitete Version der Ministerfassung vom 24. Februar 2003.; download als "lang03.pdf" am 26.03.2003 von <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVR 2003c: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Deutschland, Finanzierung – Nutzerorientierung und Qualität, Kurzfassung, download als kurzf2003_d.pdf am 26.03.2003 von <http://www.svr-gesundheit.de>
- SVR 2001: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Deutschland, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1 bis Band 3, Bundestagsdrucksache 14 / 5660 vom 21.03.2001 ff
- SVR 2000: "Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung" im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung - Herleitung grundlegender Begriffe - Arbeitspapier – URL: <http://www.svr-gesundheit.de/aktuelei.htm> (Stand: 18.07.2000)
- SVR 1996: Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung Sondergutachten 1996, Kurzfassung
- Swartz T. et al. (Eds.) 1993: Advances in Services Marketing and Management - Research and Practice, Jai Press Inc., Greenwich
- Szramka A., Thiele J. 1993: Serviceimage als Wettbewerbsvorteil, Diplomarbeit der Universität der Bundeswehr Hamburg

- Tansik, D.A., Smith W.L. 2000: Scripting the Service Encounter; in: Fitzsimmons J.A., Fitzsimmons M.J. (ed.) 2000: New Service Development – Creating memorable Experiences, Sage, Thousand Oaks et al. pp 239 - 263
- Tansik D. A., Rothieaux R. 1999: Customer stress relaxation: the impact of music in a hospital waiting room, in: International Journal of Service Industry Management Vol. 10 Nr. 1, 1999, pp 68 - 81
- Tasca B. 1996: U Will B Satisfied, HarperBusiness, New York
- Tax S., Brown St. 1998: Recovering and Learning from Service Failure, in: Sloan Management Review, Vol. 40, No. 1
- Taylor St. 1994: Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies, in: Hospital & Health Services Administration Vol. 39, Nr. 2, S. 221 – 236
- Thietart R.-A. (ed.) 2001: Doing Management Research, Sage Publications, London et al.
- Thill K.-D. 1999: Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser – Theoretische Grundlagen und praktische Fallbeispiele, Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Thill K.-D. 1996: Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus Marketing, Baumann, Kulmbach
- Thomas R. 1993: What Hospitals must do, in: American Demographics, January, S. 36 – 41 zitiert nach: Paul D., Honeycutt E. 1995: An Analysis of the Hospital – Patient Marketing Relationship in the Health Care Industry, in: Journal of Hospital Marketing, Vol .10, No. 1, S. 35 – 50
- Töpfer A. 1996: Zehn Schritte zur Messung und Steigerung der Kundenzufriedenheit in: Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin, S. 229 – 274
- Töpfer A., Wieder M. 1996: Effiziente Kundenbindungsprogramme, in: Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin, S. 303 - 342

- Töpfer A., Mann A. 1996: Kundenzufriedenheit als Messlatte für den Erfolg, in: Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin S. 25 - 81
- Töpfer A. (Hrsg.) 1996: Kundenzufriedenheit Messen und Steigern, Luchterhand, Berlin
- Tomczak T., Dittrich S. 1997: Strategien zur Steigerung von Kundenbindung. In: G. Haedrich (Hrsg.): Der loyale Kunde. Mainz, S. 12–26
- Torsilieri J.D., Lucier C. 2000: Climbing up the value ladder; in: Strategy and business 21 / 2000, S. 19 - 23, Booz – Allen & Hamilton; Internetausgabe unter <http://www.bah.com>
- Treacy M., Wiersema, F. 1995: Marktführerschaft: Wege zur Spitze, Camus Verlag, Frankfurt
- Trout J. 2000: Differentiate Or Die – Survival in Our Era of Killer Competition, Wiley & Sons
- Tscheulin D., Römer S. 2004: Kundenorientierte und preisoptimale Ausgestaltung von Wahlleistungen, in: Braun G. (Hrsg.) 2004 Ausländischer Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Luchterhand – Neuwied, München
- Tschohl J. 1998: Empowerment – the key to quality service, in: Managing Service Quality, Vol. 8, No. 6, pp. 421–425
- Tversky A., Kahneman D. 1991: Loss Aversion in Riskless Choice: a Reference Dependent Model, Quarterly Journal of Economics Vol. 106 No.4 pp. 1039-1061
- Ullmann T., Peill E. 1994: Servicequalität und Kundenzufriedenheit als Schlüssel zum Markterfolg, in: Versicherungswirtschaft 1994, Nr. 19, S. 1266 ff
- Ulich E., Baitsch C., Alioth A. 1987: Führung und Organisation. Die Orientierung, Nr. 81. 2. Auflage. Bern: Schweizerische Volksbank
- Ulrich H. 2001: Systemorientiertes Management: Das Werk von Hans Ulrich / hrsg. Von der Stiftung zu Förderung der Systemorientierten Managementlehre, St. Gallen, Schweiz – Studienausgabe; Verlag Paul Haupt, Bern et al.
- Ulrich H. 1982: Management, Haupt, Bern et al.

- Ulrich H. 1981: Die Betriebswirtschaftslehre als anwendungsorientierte Sozialwissenschaft, in: Geist, M.; Köhler, R. (Hrsg.) 1981: Die Führung des Betriebes, Poeschel, Stuttgart
- Ulrich H.; Hill W. 1976: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre; in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Teil 1: 5 7/1976, S. 297 – 309 und Teil 2: 5 8/1976 S. 345 – 350
- Ummenhofer W., Amsler F., Sutter P.M., Martina B., Martin J., Scheidegger D. 2001: Team performance in the emergency room: assessment of inter-disciplinary attitudes, in: Resuscitation Vol. 49 (2001) 39–46
- USZ 2003: Onlineberatung: url: <https://www2.onlineberatung.usz.ch/> (12.04.2003)
- Vandermerwe S. 1996: The Eleventh Commandment – Transforming to own the Customers, John Wiley & Sons, New York, NY
- Varey R. 1995: A Model of Internal Marketing for Building and Sustaining a competitive Service Advantage, in: Journal of Marketing Management, Vol. 11, Nr. 1/3, S. 41 – 54
- Veenhoven R. o.J.: WORLD DATABASE OF HAPPINESS - <http://www2.eur.nl/fsw/research/happiness/index.htm> (29.11.2004)
- Veenhoven R. 1999: Quality-of-life in individualistic society: A comparison of 43 nations in the early 1990's, in: Social Indicators Research, 1999, vol 48, pp 157-186
- Wagner U. 2003: Service Qualität und Service Management im Krankenhaus - Bedeutung für ausländische Patienten, in Braun G. (Hrsg.) 2004 Ausländischer Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Luchterhand – Neuwied, München, S. 147 – 158
- Wagner U. 2002: Prioritäten für das schweizerische Gesundheitswesen - "Kriterien", "areas to address" und deren Management, in: Stauffacher W., Bircher J. (Hrsg.) 2002: Zukunft Medizin Schweiz S. 260 – 275
- Wagner U. 2002a: Ausgaben, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen, in: LOGD 2002: Gesundheitsrahmenbericht 2000 – Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen Band 10/2000 Teil 1 Expertenbericht zu den Themenfeldern 6-11 des GMK-Indikatorensetzes, Bielefeld, S. 161 - 182

- Wagner U., Patzen M. 1999: Auch im Gesundheitswesen: -Ein langer Weg zur Qualität; in: Management und Qualität 11 / 99, SAQ , Olten, 1999, S. 46 – 49
- Walker M.E. 1995: A new hospital library: a marketing opportunity, in: Bull Med Libr Assoc Vol. 83, No. 3, July 1995, pp. 330 - 332
- Watzlawick P 1987: Wie wirklich ist die Wirklichkeit ?, in: Hochschule St. Gallen (Hrsg.): Aulavorträge Nr. 41, 30.04.1987
- Watzlawick P. 1988: Münchhausens Zopf oder: Psychotherapie und Wirklichkeit, Haupt, Bern et al.
- Weber Ch. 2003: Zeit und Zeitkompensation in der Entstehung und Entwicklung von Organisationskultur, Discussion Paper SP III 2003-111, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Weinhold-Stünzi H. 1998: Marketing in 20 Lektionen, 19. Auflage, Orel Füssli Verlag, Zürich
- Weisman R. 2004: A prescription for healthcare, in: Boston Globe June 8, 2004; url: http://www.boston.com/business/articles/2004/06/08/a_prescription_for_health_care/
- Wels-Lips I., van der Ven M., Pieters R. 1998: Critical services dimensions: an empirical investigation across six industries; in: International Journal of Service Industry Management Vol. 9 No. 3, pp. 286-309
- Wever U.A. 1990: Unternehmenskultur in der Praxis, Erfahrungen eines Insiders bei zwei Spitzenunternehmen, Verlag Campus, Frankfurt und New York
- Wilson A. 1997: The Nature of Corporate Culture within a Service delivery environment, in: International Journal of Service Industry Management, Vol 8, Nr. 1, S. 87 – 102
- Wippich O., Jöns I. 2001: Die Bedeutung von Mentoren für die Integration neuer Mitarbeiter in einem Beratungsunternehmen, in: Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie – 01/2001, Universität Mannheim
- Wissenschaftsrat 2004: Empfehlungen zu forschungs- und lehr-förderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Drs. 5913/04, Berlin, 30. Januar 2004, (url: <http://www.wissenschaftsrat.de/texte/5913-04.pdf>)

- Wittgensteiner 2005: Url: (am 25.04.2005) http://www.wka.de/ecomaXL/index.php?site=wka_akut_qualitaetsberichte_2004
- WHO 2004: Selection of indicators for Hospital Performance Measurement A report on the 3rd and 4th Workshop Barcelona, Spain, June and September 2003, WHO, Kopenhagen; (24.04.2005), downloadbar unter: <http://www.euro.who.int/document/E84679.pdf>
- WHO 2003: Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe; Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003, WHO, Kopenhagen; (24.04.2005), downloadbar unter: <http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf>
- WHO 2000: World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance, WHO, Geneva
- WHO 1996: New challenges for public health; report of an international meeting, Geneva 27-30 November 1995, WHO Geneva
- Wünsche M. 2001: Die Pyramide von Fürth, in: f&w, Jhrg. 18, Nr. 1, S. 66 – 68
- Wunderer R. 2000: Führung und Zusammenarbeit, 3. neubearbeitete Auflage, Verlag Luchterhand, Neuwied
- Young G., Burgess J.F., Valley D. 2002: Competition among Hospitals for HMO Business: Effect of Price and Nonprice Attributes, in: HSR Vol. 37 No:5, pp. 1267 - 1289
- Zaltman G. 2003: The Subconscious mind of the customer (and how to reach it), in: HBSWK Pub date Jan. 13, 2003 (url: <http://hbswk.hbs.edu/tools>, am 15.07.2003)
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. 1992: Qualitäts-Service, Campus, Frankfurt / New York
- Zeithaml V.A. 1981: How consumer evaluation processes differ between goods and services, in: Donnelly J.H., George W.R. (Eds.) 1981: American Marketing Association, Chicago
- Zemke R., Anderson K. 1994: Umwerfender Service, Die Bibel für den direkten Kundenkontakt, Verlag Campus, Frankfurt et al.

Ziegenbein R. 2001: Klinisches Prozessmanagement – Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Zimmer A. 2002: Dritter Sektor und Soziales Kapital, Münsteraner Diskussionspapiere zum Nonprofit-Sektor – Nr. 19, Arbeitsstelle Aktive Bürgerschaft, des Instituts für Politikwissenschaft der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, downloadbar unter: <http://www.aktive-buergerschaft.de/vab/resources/diskussionspapiere/wp-band19.pdf>
(25.04.2005)

Zschaler M. 2000: Rote Karte für die Genossen, in: DIE WELT, 06. September 2000

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Erinnerungsdiskontinuum von Patienten (Quelle: Schreier, 1998).....	1-6
Abbildung 2:Entwicklung der Patientenansprüche im 3-Phasen-Modell (Thill 1996, 180)	1-6
Abbildung 3:Grund- und Zusatznutzen von Produkten (nach Froböse und Kaapke 2003, in Anlehnung an Meffert 2000, 333).....	1-7
Abbildung 4: Die zunehmende Bedeutung des Service (Stauss, B. 1993, 345).....	1-8
Abbildung 5: Angebot produktbegleitender Dienstleistungen in der Investitionsgüterindustrie nach Dienstleistungsarten(nach Lay et al. 2000, 3)	1-9
Abbildung 6: Kundenbindung und Rentabilität (Reichheld et al. 1991, 108 ff) Abbildung aus Krämer 1996, S. 24	1-10
Abbildung 7: Logical processes and scientific knowledge (auf Grundlage von Chalmers 1976, zit. nach Charriere et al. 2001, 55).....	1-16
Abbildung 8: Heuristisches Modell des Forschungsprozesses nach Konrad 1999, 10 ..	1-17
Abbildung 9: Der Forschungsprozess angewandter Forschung (nach Ulrich 1981, 20, oder Ulrich 2001, 195)	1-20
Abbildung 10: Auflösungskegel nach Stafford Beer (nach Ulrich 2001, 246).....	1-27
Abbildung 11: Systemanalyse nach Ulrich (2001, 246).....	1-28
Abbildung 12: Das Selbstverständnis von Public Health und Health Science (nach Hurrelmann und Laaser 1998, 30)	1-32
Abbildung 13: Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in verschiedenen Ländern, Darstellungsquelle: Interpharma 2004, 57.....	2-40
Abbildung 14: Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen (Busse und Riessberg 2000, 25)	2-41
Abbildung 15:Märkte und Akteure im Gesundheitswesen (Güntert 2003, 128).....	2-48
Abbildung 16: Märkte und Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen (aufbauend auf Güntert 2004, 8).....	2-49
Abbildung 17: Steuerungsmöglichkeiten nach Ouchi (nach Güntert 1996).....	3-58

Abbildung 18: Management - Fit nach Güntert B. 1995 ff	3-59
Abbildung 19: Zusammenhang zwischen Rentabilität und Marktanteil nach Porter 1990, 73	3-67
Abbildung 20: Wettbewerbskräfte nach Porter 1999, 32	3-70
Abbildung 21: Function of an acute-care hospital (nach Healy und McKee 2001)	3-71
Abbildung 22: Möglichkeiten für zukünftigen Markterfolg nach Ullmann et al. 1994, 126 ff	3-79
Abbildung 23: Haupt- und Nebenleistungen in der Industrie und in Dienstleistungsunternehmen	4-86
Abbildung 24: Dienstleistung im phasenbezogenen Zusammenhang nach Hilke 1989, 15.....	4-92
Abbildung 25: Service Profit Circle in Anlehnung an die Service Profit Chain (nach Loveman 1998) (eigene Darstellung).....	4-95
Abbildung 26: Die Qualitätsbegriffe nach Garvin (vgl. Haller 1998, 13)	4-99
Abbildung 27: Garvins Qualitätsbegriffe und deren Pirmärverwender im Krankenhaus. 4- 100	
Abbildung 28: Zone of Tolerance (Berry 1999, 132)	4-101
Abbildung 29: Qualitätsregelkarte in der SPC (z.B. Jacob 2002).....	4-102
Abbildung 30: Entstehung von Kunden - Zufriedenheit in Anlehnung an Cina Quelle: in Anlehnung an Stauss, 2001, in Anlehnung an Cina, C. 1989, 8	4-103
Abbildung 31: Das Qualitätsurteil des Kunden als Resultat negativer und unvollständiger Prozessperzeption	4-107
Abbildung 32: Die Beziehung zwischen Kundenzufriedenheit und - verhalten (Söderlund 1998, 182)	4-114
Abbildung 33: Kundenzufriedenheitstypen und deren Auswirkung auf die Höhe der subjektiv empfundenen Wechselbarrieren (nach Tomczak und Dittrich 1997, 15).....	4-118
Abbildung 34: Wechselgründe bei Dienstleistern nach Keaveney 1995, 74 ff	4-119
Abbildung 35: Der Einfluss des Wettbewerbsumfelds auf die Beziehung von Kundenzufriedenheit und -loyalität nach Jones und Sasser 1995	4-120
Abbildung 36: Modell des Effektes organisationaler Grösse auf Kundenzufriedenheit (nach Goldschmidt und Chung 2001, 55) + bedeutet hier positiven und - negativen Effekt	4-123
Abbildung 37: Seven Service Quality Dimensions (Bisgaard 2000, 301 f).....	4-127

Abbildung 38: Systematisierung der Messansätze zur Dienstleistungsqualität nach Bruhn 1997, 61 oder auch Bruhn 1999, 99	4-128
Abbildung 39: Q Konzept von Grönroos 1982, 79 (zit. nach Meyer+Mattmüller 1987, 191) (Abbildungsquelle: Haller 1998)	4-130
Abbildung 40: Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer + Mattmüller 1987, 191 ff (Abbildungsquelle: Haller 1998)	4-133
Abbildung 41: GAP- Modell der Dienstleistungsqualität nach PZB 1992	4-135
Abbildung 42: Das Qualitätsmodell Kano`s (in Anlehnung an Kano 1984, 1996), eigene Darstellung	4-138
Abbildung 43: Kano`s Modell der Kundenzufriedenheit, Quelle: Bager et al. 1993 zit. nach Matzler et al. 1996)	4-139
Abbildung 44: Herzbergs Grundmodell am Beispiel der Psychiatrie	4-140
Abbildung 45: Kanos Modell und der Wertverfall von Leistungen, nach Hinterhuber und Matzler 1999	4-142
Abbildung 46: Bewertung von Dienstleistungsqualitätsansätzen durch Hentschel, 1992, 102	4-143
Abbildung 47: Geeignete Ansätze zum Management von Value Added Services ...	4-147
Abbildung 48: Cross-industry validity Satisfactoren und Hygienefaktoren für Dienstleistungen	4-150
Abbildung 49: Drei-Phasen-Entwicklung vom traditionellen Kundendienst hin zur (industriellen) Dienstleistungspolitik nach Deppe 1992, 304 f.	4-154
Abbildung 50: Eigene Definition von Value Added Services (VAS)	4-155
Abbildung 51: Servicedifferenzierung nach Schomaker, 1998, 5	4-155
Abbildung 52: Service – Produkt - Kaskade für Organisationen des Gesundheitswesens (in Anlehnung an Schomaker, 1998, 5)	4-156
Abbildung 53: Beispiel einer Service Logic Map nach Kingman-Brundage, George und Bowen 1995, 28 ff	4-158
Abbildung 54: Die inhaltliche Dimension des Service Blueprints nach Fleiss 2001, 45 oder Fleiss, Möller und Momma 2003, 30	4-159
Abbildung 55: Ansatzpunkte für die Prozessgestaltung (in Anlehnung an Fleiss 2001)	4-159
Abbildung 56: Konzeption der Front- und Back Stage nach Grayson (Grayson 1998, 130)	4-160
Abbildung 57: Customer Value nach Kotler 1998	4-164

Abbildung 58: Components of Value Mix (Ho und Cheng 1999, 205).....	4-165
Abbildung 59: Wahrgenommener Wert nach Kaplan und Norton 1996 (a.a.O.)	4-166
Abbildung 60: Eigene Definition des Wertes aus Kundenperspektive.....	4-167
Abbildung 61: Konzept für integriertes Management von Value Added Services (in Anlehnung an Seghezzi 1996)	4-170
Abbildung 62: Serviceportfolio (eigene Abbildung)	5-176
Abbildung 63:Service Profit Circle (in Anlehnung an Loveman 1998) (eigene Darstellung).....	5-178
Abbildung 64: Verbindung zwischen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit (Kaldenberg D. 2003)	5-179
Abbildung 65:Die Verbindung zwischen internen Marketingaktivitäten und externem Marketingerfolg (nach Bansala, Mendelsonb und Sharma 2001, 65)	5-180
Abbildung 66:The Value Equation as "Conceptual Link" between the Strategic Service Vision and Service Profit chain nach Heskett et al. 1994, 164 ff.....	5-188
Abbildung 67: Relationship Pricing Instrumente in Anlehnung an Bruhn und Homburg 1999, 240	5-191
Abbildung 68: Preisgestaltung für Dienstleistungen (nach Füglistaler 2001)	5-194
Abbildung 69: Spirale der Unternehmenskulturentwicklung in Anlehnung an Gagliardi (1986)	5-199
Abbildung 70:Kulturelemente und Ihre Funktionen (nach Scholz, 1990, S.28)	5-202
Abbildung 71: Nieschlag, R./Dichtl, E./Hörschgen, H. (1994): Marketing, 17. Aufl., Berlin, S. 878.	5-210
Abbildung 72: Branchenumfledbedingungen und Grundstrategien der Kunden- aquisition (nach Porter 1998, 164 ff, Abbildung: Karg 2001, 20).....	5-214
Abbildung 73: Strategische Nutzenpotentiale nach Pumpin (1992)	5-216
Abbildung 74: Wettbewerbsmatrix nach Porter 1999, 38	5-218
Abbildung 75:Die Elemente von Wettbewerbsvorteilen (Abbildung nach Day/Wensley 1988, 3).....	5-219
Abbildung 76: Voraussetzungen der Wettbewerbsstrategien von Porter (nach Freoböse u. Kaapke 2003)	5-219
Abbildung 77: Umgekehrte Nachfragepyramide der Patienten und anderer Kunden	5-223
Abbildung 78: Zusammenhang zwischen Differenzierungs-	

und Kostenführerschaftsstrategie (nach Lombriser und Abplanalp 1998, S. 251 f.....	5-225
Abbildung 79: Brückenfunktion strat. Erfolgsposition und ~ potentiale (in Anlehnung an Binder / Kantowsky 1996, 67)	5-227
Abbildung 80: Identifikationsrahmen von Kundenpotentialen (nach Karg 2001, 47)	5-227
Abbildung 81: Strategische Implikationen der Kundenzufriedenheit (in Anlehnung an Hinterhuber und Matzler 1999)	5-228
Abbildung 82: Lineares Push Modell des evolutorischen Wandels in der Wirtschaft (nach Schumpeter 1912).....	5-230
Abbildung 83: Diffusion von Innovationen nach Rogers 1995, 252 ff und Moore 2002.....	5-230
Abbildung 84: Produktlebenszyklus (z.B. nach Schierenbeck 1989, 107)	5-232
Abbildung 85: Servicedifferenzierung nach Schomaker, 1998, 5.....	5-233
Abbildung 86: Wertschöpfungskette im Spital (in Anlehnung an z.B. Güntert).....	5-236
Abbildung 87: Servicebereiche nach Biehal (1994, 33)	5-240
Abbildung 88: Customer competency in Anlehnung an Canziani 1997, 8.....	5-251
Abbildung 89: Beispiel für eine VAS Matrix.....	5-261
Abbildung 90: Phasen der klinischen Prüfung (in Anlehnung an Stapff 2001	5-265
Abbildung 91: Personalsteuerung nach dem MBBR und in Anlehnung an Ouchi	5-272
Abbildung 92: Anforderungselemente an Führungskräfte (In Anlehnung an: Ulrich 2000, 451).....	5-277
Abbildung 93: Kontrollintensität der Leistungen der Mitarbeiter für den persönlichen und unternehmerischen Service	5-280
Abbildung 94: Theorie X nach Ulich/Baitsch/Alioth 1987, S. 18 f.....	5-284
Abbildung 95: Theorie Y nach Ulich/Baitsch/Alioth 1987, S. 18 f.....	5-285
Abbildung 96: Nutzen von Teamstrukturen im Gesundheitswesen (nach Ingram und Desombre 1999, 51 ff)	5-288
Abbildung 97: Systematisierung der Messansätze zur Dienstleistungsqualität nach Bruhn 1997, 61 oder auch Bruhn 1999, 99	5-294

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wettbewerbsfaktoren in der Industrie im Zeitablauf (in Anlehnung an Singh, M. 1990, 194)	1-2
Tabelle 2: Key choices of research design (Easterby -Smith 2002, 43)	1-21
Tabelle 3: Epistemologische Positionen der 3 wichtigsten Paradigmen (in Anlehnung an Girod-Sèville / Perret 2001, 15 und Allard-Poesi / Marèchal 2001, 36)	1-23
Tabelle 4: Kunden nach Rollendefinition (in Anlehnung an Ossel 1998,130)	2-37
Tabelle 5: Gesundheitsausgaben 2002 der OECD Länder (OECD 2004)	2-39
Tabelle 6: Vergleich von gutem und schlechten Wettbewerb (Porter und Teisberg 2004)	3-56
Tabelle 7: Chronologie der letzten deutschen Interventionen in das deutsche Gesundheitssystem	3-60
Tabelle 8: Kostenentwicklung nach Kostengruppen 1996 - 2003, in Mio. Fr., Quelle: BSV 2004	3-62
Tabelle 9: Überblick über die Schlüsselfaktoren für Veränderungen und ihre wahrscheinlichen Auswirkungen auf Spitäler in den nächsten 10-20 Jahren (SPACE 2001, 83 f), eigene Übersetzung	3-77
Tabelle 10: Levels of customer participation across different services nach Bitner et al. 1997, 194	4-110
Tabelle 11: Kerninhalte einer Dienstleistungsqualität nach PZB 1985	4-137
Tabelle 12 :Strategietypen nach Miles und Snow (übersetzt nach Parry et al. 1992, 52)	5-212
Tabelle 13: Vor- und Nachteile der Wettbewerbsstrategien nach Porter (nach Freoböse u. Kaapke 2003)	5-224
Tabelle 14: Allgemeine Vorgehensweise beim Einsatz der Wertkette	5-236
Tabelle 15: Schritte der Kostenvorsprungsstrategie eine Spitals (vgl. auch Porter 1999, 166 f)	5-237
Tabelle 16: Schritte bei der Differenzierungsstrategie eines Spitals (vgl. auch Porter 1999, 219 ff)	5-237
Tabelle 17:Kunden nach Rollendefinition (in Anlehnung an Ossel 1998, 130)	5-251
Tabelle 18: Zielvereinbarungsbeispiel nach MbBR in Anlehnung an Kanos Kategorisierung	5-273

10 Abkürzungsverzeichnis

A	Österreich
a.a.O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
A.d.A.	Anmerkung des Autors
AHCPR	Agency for Health Care Policy Research
B2B	Business to Business
B2C	Business to Customer/Consumer
BAG	Bundesamt für Gesundheit (CH)
BCG	Boston Consulting Group
BGH	Bundesgerichtshof
BIP	Bruttoinlandsprodukt
B-KAG	Bundes – Kranken Anstalten Gesetz (A)
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung (D)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (A)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soz.Sicherung (D)
BMP	Best Medical Practice
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (D)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung (CH)
BWL	Betriebswirtschaftslehre
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plans Study
CH	Confoederatio Helvetica (Schweiz)
CS	Credit Suisse
D	Deutschland
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health
DMP	Disease Management Program(m)
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DLQ	Dienstleistungsqualität
Drs	Drucksache
DUV	Deutscher Universitätsverlag
Ebd.	Ebenda

EBM	Evidence Based Medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
Ed.	Editor
EMR	Electronic Medical Record
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
f&w	führen und wirtschaften im Krankenhaus
FL	Fürstentum Liechtenstein
FMEA	Fehler Möglichkeits Einfluss Analyse
FRAP	Frequenz-Relevanz Analyse für Probleme
GDI	Gottlieb Duttweiler Institut (CH)
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz (CH)
GP	General Practitioner
GRG	Gesundheitsreformgesetz (D)
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz (D)
HBSWK	Harvard Business School Working Knowledge
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HP	Health Professional
HSR	Health Service Research
HTA	Health Technology Assessment
HTAi	Health Technology Assessment international
i.d.R.	in der Regel
ISO	International Standardization Organization
ISTAHC	International Society for Technology Assessment in Health Care
JAMA	The Journal of the American Medical Association
Jhrg.	Jahrgang
KABEG	Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft des Landes Kärnten (A)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (D)
KH	Krankenhaus
KSA	Kantonsspital Aarau (CH)
KSL	Kantonsspital Luzern (CH)
KSSG	Kantonsspital St. Gallen (CH)
KU	Krankenhausumschau

KV	Kassenärztliche Vereinigung (D)
KVG	Krankenversicherungsgesetz (CH)
LKH	Landeskrankenhaus
MRI	Magnet – Resonanz –Imaging Gerät
NCQA	National Committee for Quality Assurance (USA)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (UK)
NHS	National Health Service (staatliches Gesundheitssystem)
NPM	New Public Management
NUP	Nutzenpotential(e)
NZZ	Neue Zürcher Zeitung (Zürich)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o.J.	ohne Jahr
o.V.	ohne Verfasser
PH	Public Health
PPO	Preferred Provider Organisation
PWC	PriceWaterhouseCoopers
PZB	Parasuraman, Zeithaml, Berry
QFD	Quality Function Deployment
SEPos	Strategisches Erfolgsposition
SEPot	Strategisches Erfolgspotential
SOP	Standard operating procedure
SPC	Statistical Process Control
SZ	Süddeutsche Zeitung (München)
TQS	Total Quality Service
Ü.d.A.	Übersetzung des Autors
UK	United Kingdom (Grossbritannien)
UKB	Unfall Krankenhaus Berlin
UKE	Universitäts Krankenhaus Eppendorf (Hamburg)
USP	Unique Selling Proposition
USZ	Universitätsspital Zürich
VAS	Value Added Service(s)
VC	Value Chain (Wertkette)
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller (Deutschland)
vgl.	vergleiche

vs	versus
WR	Wissenschaftsrat (Deutschland)
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
ZfU	Zentrum für Unternehmensführung, Schweiz
zit. in:	Zitiert in:

11 Summary (engl.)

Identical services are difficult to position in a market economy. The health sector in the German speaking countries is more and more developing to a market and the services are more or less identical, of unknown quality, since there is not the same tradition of quality assurance and management like in the Anglo-American or Scandinavian countries or the Netherlands. Until there are valid and reliable quality data and also if there will be more or less equal quality data and prices the competition can be fought through other services. Industry knows and practices value added services to promote their goods. These are offered voluntarily and help to sell the main product. But what are the comparative services in a service branch like the health setting? How can these services be defined and managed? Can these services on the one hand side be useful for the single institutions to maximize profit and secure the own existence? On the other side – how can these services be useful in a public health perspective, add value to the system? That's the content of this work, which was accepted by the Bielefeld University, School of Public Health, WHO Collaborating Center in Summer 2005 as a doctoral dissertation.

Der Autor: Geboren 1966 in Leutkirch / Allgäu, Ausbildung zum Reserveoffizier, 1987-93 Studium der Verwaltungs- und Rechtswissenschaften an der Universität Konstanz. Abschluss als Dipl.-Verw.Wiss. (MPA), 1994-98 Assistent an den Universitäten St. Gallen (FMiG – Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen) und Bielefeld für Verwaltungswissenschaften und Management im Gesundheitswesen / Gesundheitsökonomie. 1998-2004 Stv. Leiter und Leiter des FMiG, Dozent und Programmdirektor für das postgraduale Studium für Spitalmanagement an der Hochschule St. Gallen. Lehraufträge an Universitäten und Hochschulen in D, A, CH und I. Lehre, Forschung und Beratung im Bereich Qualitätsmanagement, Dienstleistungsmanagement, HTA Management, Wissenschaftliches Fehlverhalten und Prioritätensetzung. Ab 2005 Direktor der SAKK – Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung, Bern

