

LEHREN UND LERNEN

0.1

Das neue zweistufige Fortbildungsmodell

Zum Inhalt

- 1 Einleitung
- 2 Die Unvermeidbarkeit des Wandels
- 3 Das neue Fortbildungskonzept
- 4 Die Fortbildungsstufe I (Krankenkassen-Fachwirt/in)
 - 4.1 Ziel der Fachqualifikation
 - 4.2 Zielgruppe dieser Fortbildungsstufe
 - 4.3 Der Ansatz: Drei fachliche Kompetenzen
 - 4.4 Die Fachthemen
 - 4.5 Beginn und Dauer der Fortbildung KKFV
 - 4.6 Prüfungsanforderungen zum KKFV
 - 4.7 Zusammenfassung
- 5 Die Fortbildungsstufe II (Krankenkassen-Betriebswirt/in)
 - 5.1 Ziel der Führungsqualifikation
 - 5.2 Zielgruppe dieser Fortbildungsstufe
 - 5.3 Der Ansatz: Fünf Schlüsselkompetenzen
 - 5.4 Die Fach-, Managementthemen und Projektfelder
 - 5.5 Beginn und Dauer der Fortbildung KKBW
 - 5.6 Prüfungsanforderungen zum KKBW
 - 5.7 Zusammenfassung
- 6 Die wesentlichen Schritte der Umsetzung
- 7 Ausblick

Verzeichnis der Schaubilder

Literatur- und Quellenverzeichnis

1

Einleitung

Dieser Beitrag stellt das neue zweistufige Fortbildungsmodell von BKK und IKK vor. Das neue Konzept bedeutet eine Abkehr von der bisherigen Fortbildung Krankenkassenbetriebswirt, die aufgrund ihrer Wahlpflichtfach-Differenzierung zu einer Spezialisierung der Teilnehmer auf bestimmte fachliche oder überfachliche Themenfelder führte. Der neue Ansatz berücksichtigt den Wandel im Gesundheitssystem und den daraus resultierenden veränderten Bildungs- und Personalentwicklungsbedarf der Krankenkassen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist insbesondere in den letzten zehn Jahren mit einer Vielzahl von grundlegenden und weit reichenden Gesetzesänderungen konfrontiert worden. Dadurch hat sich das Beziehungsgeflecht zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten, vor allem das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten sowie der Krankenkassen untereinander nachhaltig verändert. Darüber hinaus deuten sich derzeit einschneidende Veränderungen im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern einerseits und im Bereich der Finanzierung des Gesundheitssystems an.

„Nichts ist beständiger als der Wandel“ (Heraklit, ca. 500 v. Chr.). Veränderungen und Wandel hat es immer gegeben, aber die Veränderungen sind heute sehr viel unvorhersehbarer, folgen in immer kürzeren Zeitabständen und haben größere und nachhaltigere Ausmaße und Auswirkungen. Der Umgang mit Veränderungen ist zur Normalität geworden. Change Management, die gezielte Steuerung des Wandels, ist deshalb auch in den Focus der Bildung und der Personalentwicklung der Krankenkassen geraten. Der fachliche Spezialist ist dem Wandel eher weniger gewachsen als der überfachliche Generalist. Die Ausrichtung der Bildungsarbeit – insbesondere im Bereich Fortbildung von Führungskräften – ist deshalb neu zu justieren.

2

Die Unvermeidbarkeit des Wandels

Die immer schnelleren Entwicklungen fordern nach Hartmann/Gsell (2001: 9) von den Unternehmen höchste Schnelligkeit, Aktionsfähigkeit und Flexibilität sowie die Fähigkeit zu Kooperation und Kommunikation. Weltweite Globalisierung, kürzere Pro-

duktionszyklen und eine immer differenziertere Kundensegmentierung zwingen Unternehmen zu ständigen Anpassungen ihrer Organisation und ihres Personals. Dies gilt auch für die Unternehmen im Gesundheitswesen und insbesondere für die Krankenkassen.

Das folgende Schaubild zeigt, welchem Anpassungsdruck die Krankenkassen ausgesetzt sind.

Schaubild 1: Anpassungsdruck für Krankenkassen

<p>– der permanenter Reformdruck in der GKV</p> <p>Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist in der Gesellschaft und in der politischen Debatte ein dauerhaftes Thema. Zudem nimmt die Gesetzgebung direkten Einfluss auf Krankenkassen und deren Organisation.</p>
<p>– der Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen</p> <p>Der Wettbewerb von Krankenkassen untereinander sowie mit den Leistungserbringern verschärft sich aufgrund der Marktvereinigungen.</p>
<p>– die zunehmende Konsumentensouveränität</p> <p>Auf Seite der Kunden ist das Anspruchsdenken deutlich gewachsen. Beispielsweise wird die Konsumentensouveränität mit dem GKV-Modernisierungsgesetz explizit durch Maßnahmen wie u. a. Patientenquittung und Praxisgebühr gefördert.</p>
<p>– die Aufhebung der sektoralen Versorgung im Gesundheitswesen</p> <p>Durch die Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wie z.B. durch medizinische Versorgungszentren oder integrierter Versorgung sollen Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, die Versorgungsqualität erhöht und der Wettbewerb unter Institutionen im Gesundheitswesen angeregt werden. Dabei kommt den Krankenkassen der Part der Vertragsgestaltung zu.</p>
<p>– die technische Entwicklung im Bereich der Informationsverarbeitung</p> <p>So hat inzwischen das Customer Relationship Management durch entsprechende Software bei den Krankenkassen Einzug gehalten. Die Implementierung der neuen Betriebssysteme muss zeitnah erfolgen und hat auch eine Änderung der Organisationsstruktur zur Folge.</p>
<p>– die Rechtsangleichung im Sozialrecht in Europa</p> <p>Zunehmend wird nationale Gesundheitspolitik im Einklang mit europäischer Rechtsprechung erfolgen müssen. In der Diskussion steht derzeit der Umfang der Dienstleistungsfreiheit.</p>
<p>– die demografische Entwicklung</p> <p>Der Rückgang von Geburten hat eine Reduzierung der Beitragszahler in der GKV zur Folge. Hinzu kommt die steigende Lebenserwartung der Menschen, mit der steigende Kosten für die Pflege einhergehen.</p>

(Siehe im einzelnen Schaaf 2004: 97 und Alexander/Rath 2001: 171).

Das Schaubild 2 zeigt auf, welchen Stellenwert Krankenkassenvorstände dem Wandel im Hinblick auf Veränderungen ihrer Organisationen beimessen. In einer Umfrage durch Alexander/Rath (2001: 171) aus dem Jahre 2000 nannten die Kassenvorstände

auf die Frage „Welche drei Entwicklungslinien werden Ihre Organisation in den nächsten fünf Jahren am stärksten verändern?“ in erster Linie Gesetzesänderungen und Mitgliederwanderungen.

Schaubild 2 : Gründe für Organisationsveränderungen bei Krankenkassen

Nennungen	Häufigkeit in %
Änderungen in der Gesetzgebung	62,3
Mitgliederwanderungen	49,3
Veränderungen der Datentechnologien	37,7
Europäische Einigung	34,8
Zunehmendes Selbstbewusstsein der Versicherten	30,4
Kassenübergreifende Fusionen	30,4
Zunahme des E-Business	18,8
Ausweitung des medizinischen Leistungsangebotes	17,4
Konjunkturelle Entwicklungen	8,7

Die Gründe für Veränderungen sind also sehr vielfältig. Der Wandel wirkt sich auf die Organisationsstruktur, die Mitarbeiter, das Führungsverhalten und die strategische Ausrichtung von Krankenkassen aus.

Nach Kieselbach (in: Alexander/Rath 2001: 5) fehlt es im deutschen Gesundheitswesen an Transparenz und damit an Möglichkeiten, durch den Wandel hervorgerufene oder offenkundig gewordenen Fehlentwicklungen korrigieren zu können. Dies bezieht sich sowohl auf die Leistungserbringer als auch auf die Krankenkassen gleichermaßen.

Verschiedene Beispiele belegen dies:

Beispiel 1

Ein Patient sucht wegen einer Krankheit im Laufe von Monaten oder auch Jahren fünf verschiedene Ärzte auf. Vier der Ärzte finden nicht die angemessene Therapie. Erst der fünfte Arzt therapiert erfolgreich. Dennoch werden auch die vier erfolglosen Ärzte anstandslos honoriert, ohne dass überhaupt erkennbar wird, dass sie falsch therapiert haben. Rück- oder Kontrollmeldungen erhalten weder die Krankenkassen noch die Patienten.

Beispiel 2

Ein Patient ist aus dem Krankenhaus entlassen worden. Der Hausarzt diagnostiziert weiteren Behandlungsbedarf, weil die Klinikbehandlung nicht erfolgreich war. Der Patient sucht ein anderes Krankenhaus auf. Dort werden die gleichen Untersuchungen erneut durchgeführt. Eine Rück- oder Kontrollmeldung von dem einen an das andere Krankenhaus ergeht nicht.

Beispiel 3

Zur Behandlung einer chronischen Krankheit, die man bisher nicht therapieren sondern nur lindernd kurieren konnte, kommt eine neue Therapie auf den Markt. 20 Prozent der niedergelassenen Ärzte machen sich im Rahmen einer Fortbildung über das neue Therapieverfahren sachkundig. 80 % der Ärzte haben keine Kenntnis von der neuen Therapie und behandeln/verordnen weiter wie bisher. Sie bewegen sich damit im Rahmen des üblichen. Somit fallen sie nicht auf und somit interessiert sich im GKV-System niemand für dieses ineffektive Verhalten der Ärzte.

Die Beispiele zeigen, so Kieselbach (in Alexander/Rath 2001: 5), dass das Fehlen einer wirksamen Kontrolle verhindert, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in der GKV zu verbessern.

Greß/Wasem (in Alexander/Rath 2001: 19f.) gehen davon aus, dass die individuelle Ausgestaltung von Aufgaben, Kompetenzen und der Verantwortlichkeiten bei den Krankenkassen und das daraus resultierende Handeln der Mitarbeiter in diesen Organisationen mit den Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung übereinstimmen müssen. Gleichzeitig ist jedoch festzustellen, dass die in der GKV vorherrschenden Grundprinzipien Solidarität, Eigenverantwortung, Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität nicht immer in einem spannungsfreien Verhältnis zueinander stehen. Das Handeln von Krankenkassen wird damit zwangsläufig nicht nur durch das Handeln der Mitarbeiter sondern auch durch die bestehenden Spannungen zwischen den GKV-Grundprinzipien selbst bestimmt.

„Die gesetzlichen Krankenkassen bewegen sich in einem Umfeld, das traditionell von staatlicher Regulierung und gesetzlichen Vorgaben auf der einen Seite und korporatistischer Steuerung auf der anderen Seite geprägt ist. Wettbewerb ist ein vergleichsweise neues Element im Umfeld der Kassen und erst seit der Erweiterung von (Kassen-) Wahlfreiheiten für die Versicherten ein entscheidender Parameter für das Handeln der Krankenkassen selbst geworden. Der Ausbau des Wettbewerbs zum Steuerungsinstrument der GKV hat jedoch zugleich auch die Widersprüchlichkeit der Mischung von Steuerungsinstrumenten in der GKV erhöht.“ (Greß/Wasem, in: Alexander/Ratz 2001: 23).

Am Beispiel der Gesundheitsförderung, die zwischen 1989 und 1996 als Krankenkassenleistung vom Gesetzgeber etabliert wurde, lassen sich nach Niedermeyer/Müller (in: Alexander/Rath 2001: 66) einige Veränderungen des institutionellen Selbst- und Funktionsverständnisses in der GKV kurz (und betont plakativ) skizzieren: Während das traditionelle Krankenkassenhandeln

weitgehend im Reagieren auf Leistungsanträge von Versicherten bestand, erforderte Gesundheitsförderung die Entwicklung eines eigenen Leistungsangebotes von den Krankenkassen, das aktiv an die Versicherten herangetragen werden musste. Die Versicherten mussten nicht mehr nur als „Antragsteller“ und „Leistungsempfänger“ wahrgenommen werden, sondern wurden aus einer neuen, an gesundheitlichen Bedarfen und Problemlagen orientierten Perspektive betrachtet, die schließlich durch die Einführung von Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb starke Impulse in Richtung Dienstleistungs- und Kundenorientierung erfuhr.

Diese „neue Dienstleistungskultur“ fand besonders deutlichen Ausdruck in der Außendarstellung vieler Krankenkassen: Beispielsweise orientierten sich die Innenarchitektur der Verwaltungsgebäude und die Öffnungszeiten der Kassen mehr an Wirtschaftsunternehmen wie Banken, als an Behörden wie Ministerien oder Anstalten. Erweiterte Serviceangebote und neue Medien, z. B. telefonische Hotlines oder Internetseiten, wurden zunehmend zur Selbstverständlichkeit für die Dienst leistenden Kassen.

Der Wettbewerb in der GKV erfordert nach Güntert/Offermanns (in: Alexander/Rath 2001: 103) selbstbewusstere Patienten und Versicherte, Strukturreformen im Bereich der Leistungserstellung und der Finanzierung und damit verbunden eine Suche nach neuen Rollen für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen. Von den Krankenkassen wird zunehmend gefordert, sich nicht nur um die Finanzierung von Gesundheitsleistungen, sondern verstärkt auch um die inhaltliche Steuerung im Gesundheitswesen zu bemühen.

Das folgende Schaubild zeigt, welche Anforderungen zukünftig an die Krankenkassen gestellt werden.

Schaubild 3: Zukünftige Anforderungen und Aufgabenstellungen an die Krankenkassen

– den Wandel der Krankenkassen von Verwaltungsbehörden zu modernen Dienstleistungsorganisationen weiter zu forcieren;
– mehr Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesundheitssystems zu übernehmen und aktiv an dessen Umbau mitzuwirken;
– der zunehmenden Steuerungsverantwortung durch strategisches Management und Marketing sowie wirksames Risiko- und Krisenmanagement gerecht zu werden;
– das Leistungsangebot und die Serviceleistungen verstärkt auf die Bedürfnisse der Versicherten und Patienten sowie die spezifischen Herausforderungen im Gesundheitswesen auszurichten;
– aktiv an der Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung mitzuwirken (z.B. durch den Aufbau von Case- und Disease Management Programmen);
– aktiv in die Steuerung des Gesundheitssystems einzugreifen, um die Dienstleistungen zu einem wettbewerbsfähigen Preis anbieten zu können (z.B. durch Kosten- und Fallmanagement, Pilotierung von Modellversuchen).

Aus diesen veränderten Aufgabenstellungen ergeben sich auch neue Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen, insbesondere an deren Führungskräfte, die als Promotoren den Wandel gestalten sollen.

Im Hinblick auf die Vermittlung der in Zukunft notwendigen Kompetenzen der Krankenkassenmitarbeiter ist deshalb geboten, neue, umfassende Qualifizierungsstrategien und -Konzepte zu entwickeln. Die neue Steuerungsrolle der Krankenkassen erfordert nicht mehr nur eine versicherungstechnisch-juristische Fachkompetenz der Mitarbeiter, sondern auch Wissen und Kenntnisse auf den Gebieten der Medizin, Pflege, Evaluation und Ökonomie. Auch die Fähigkeiten zu lernen, zu verhandeln und Probleme zu lösen, sind gefordert.

Weder eine isolierte Personalentwicklung noch eine isolierte Organisationsentwicklung bei den Krankenkassen scheinen geeignet, die anstehenden Aufgaben des Wandels bewältigen zu können. Auch bei aufwändig geplanten Weiterbildungsprogrammen besteht die Möglichkeit des Scheiterns, wenn die kulturellen Werte und Verhaltensweisen der Mitglieder einer Organisation dabei nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Eine veränderungsorientierte Unternehmenskultur, die offen ist für Impulse durch Fort- und Weiterbildung, ist im Bereich der Krankenkassen eher selten vorzufinden. Zumeist findet man bei Krankenkassen eine eher stabilitätsorientierte Unternehmenskultur vor, die auf Hierarchiedenken, Bewahren und Sicherheit ausgerichtet ist. Für die Umsetzung des in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erworbenen Wissens ist eine solche Unternehmenskultur eher hinderlich, da neue erworbene Kenntnisse (Wissen) nicht in praktisches Handeln (Können) umgesetzt werden können. Oft mangelt es an der Bereitschaft der Entscheidungsträger in den Kassen, Personen, die erfolgreich Fort- und Weiterbildungen absolviert haben, die notwendigen Handlungsspielräume zur Umsetzung der erworbenen Kenntnisse einzuräumen. In einer ‚Lernenden Organisation‘ sind diese Komponenten hingegen integraler Bestandteil der Unternehmensstrategie.“ (Güntert/Offermanns, in: Alexander/Rath 2001: 104f.).

3

Das neue Fortbildungskonzept

Um den veränderten Rahmenbedingungen und den Anforderungen der Zukunft durch ein adäquates Fortbildungskonzept Rechnung zu tragen, bieten die BKK Akademie und die IKK-Akademie ab 2006/2007 gemeinsam ihre neue Fortbildung an. Das zweistufige Modell ermöglicht es den Mitarbeitern der BKK/IKK die notwendige Fach- und Führungskompetenz zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen zu erwerben. Durch die Neuordnung der bisher nebeneinander existierenden unterschiedlichen Fortbildungsangebote von BKK und IKK ist unter Wahrung der Qualitätsstandards ein offenes, modernes Fortbildungskonzept entstanden, das nicht nur den veränderten inhaltlichen Bedarfen der Kassen genügt, sondern auch den Forderungen der Kassen nach mehr Durchlässigkeit, mehr Flexibilität und Wirtschaftlichkeit in der Fortbildung. Auch den Bedarfen der Mitarbeiter nach mehr Anerkennung, Attraktivität und Akzeptanz wird durch die Modernisierung der Fortbildung Rechnung getragen.

Die bisherigen eigenständigen Fortbildungsgänge Krankenkassenfachwirt und Krankenkassenbetriebswirt sind inhaltlich und organisatorisch zu einer integrierten zweistufigen Fortbildung verknüpft worden. Die Fortbildungsstufe I führt zum Abschluss „Krankenkassen-Fachwirt/in“ und beinhaltet die fachliche Qualifikation, die Fortbildungsstufe II schließt mit dem/der Krankenkassen-Betriebswirt/in“ ab und beinhaltet die Führungsqualifikation.

Die klare Organisationsstruktur schafft Transparenz und bietet Orientierung. Durch die zeitliche und inhaltliche Differenzierung der Fortbildungsabschlüsse werden sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Krankenkassen personalpolitische Entscheidungsspielräume geschaffen, so dass eine pass- und zeitgenauere Karriere und Personalplanung möglich wird und den sich abzeichnenden Veränderungen im Gesundheitssystem im Rahmen der Bildung angemessen begegnet werden kann.

Die Durchlässigkeit zwischen den bisher eigenständigen Fortbildungsgängen wird verbessert. Die neu geordnete Fortbildung verkürzt durch ihren integrativen Ansatz die bisherige Fortbildungsdauer für Personen, die sich sowohl fachlich als auch fachübergreifend qualifizieren wollen, erheblich. Absolventen der ersten Stufe können direkt und ohne Zeitverlust an der zweiten Stufe der Fortbildung teilnehmen. Durch Verdichtung der Seminarzeiten, den Einsatz von E-Learning und die Bündelung des Prüfwesens bei einer gemeinsam von BKK und IKK getragenen Geschäftsstelle wird zudem die Wirtschaftlichkeit der Fortbildungen erhöht.

Die neue Fortbildung bietet den Mitarbeitern und den Kassen bedarfsgerechte Qualifizierungsmöglichkeiten und eröffnet durch ihre inhaltliche Ausrichtung und formale Gestaltung weitere Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter, etwa durch Verknüpfung der Fortbildung KKBW mit aufbauenden Hochschulstudiengängen.

Durch die Bündelung der Lerninhalte und die umfassende fachliche Qualifikation in den Bereichen Versicherung und Beiträge sowie Leistungen auf der ersten Stufe der Fortbildung wird die Fachkompetenz der Mitarbeiter zugleich verbreitert und vertieft. Die fachübergreifenden Themen Recht und Wirtschaft vermitteln zudem grundlegende Schlüsselqualifikationen und

stärken somit die Handlungskompetenz der Fortzubildenden im KKFV. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmer der ersten Stufe der neuen Fortbildung auf diese Weise die wesentlichen Grundlagen für die Managementthemen der zweiten Stufe.

Durch die Bündelung von rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Fachthemen und fachübergreifenden Führungsthemen sowie die verstärkte Projektorientierung in der zweiten Stufe der Fortbildung wird die Managementkompetenz der Fortzubildenden herausgebildet. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmer auf diese Weise die wesentlichen Grundlagen für übergeordnete Weiterbildungsgänge.

Das neue Stufenkonzept erfüllt sowohl inhaltlich als auch formal die üblichen Standards staatlich anerkannter Fortbildungen. Für beide Stufen der neuen Fortbildung wird deshalb die staatliche Anerkennung nach § 54 BBIG bzw. § 35 a Abs. 6 SGB IV angestrebt. Damit bieten BKK und IKK ihren Mitarbeitern ein attraktives eigenständiges Fortbildungsangebot, das offen ist für die Verknüpfung mit aufbauenden Weiterbildungsmöglichkeiten.

Der Einsatz neuer Lernmethoden, wie Planspiel und E-Learning bietet Raum für selbst instruierendes, handlungsorientiertes, orts- und Zeit ungebundenes Lernen und trägt somit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei.

4

Die Fortbildungsstufe I (Krankenkassen-Fachwirt/in)

4.1

Ziel der Fachqualifikation

Die Fortbildung zum/zur Krankenkassen-Fachwirt/in baut auf den Kenntnissen und Fertigkeiten der Ausbildung auf und soll die Fortzubildenden zu verantwortungsvollen Tätigkeiten in gehobener Sachbearbeiterfunktion bei Krankenkassen oder deren Verbänden befähigen. Zudem soll sie die fachlichen und überfachlichen Grundlagen für die zweite Stufe der Fortbildung Krankenkassenbetriebswirt vermitteln.

Die Fortbildung Krankenkassenfachwirt soll den Teilnehmern sowohl einen systematischen Überblick als auch detaillierte Fach-

kenntnisse in ausgewählten sozialrechtlichen Themenbereichen vermitteln und die bereits in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten aktualisieren und vertiefen. Darüber hinaus sollen die Fortzubildenden die wesentlichen rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Grundlagenkenntnisse für eine selbstständige, ganzheitliche Fallbearbeitung und Kundenberatung vermittelt bekommen.

4.2

Zielgruppe dieser Fortbildungsstufe

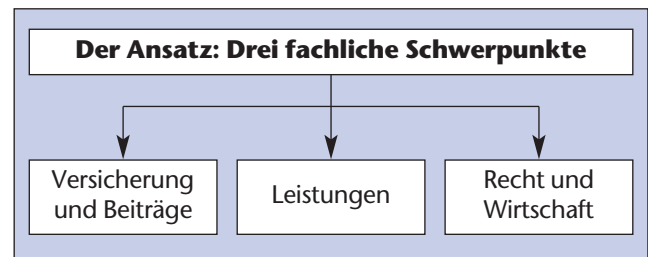
Die wichtigste Zielgruppe der Fortbildung Krankenkassenfachwirt sind diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen und deren Verbände, die einen erfolgreichen Berufsabschluss als Sozialversicherungsfachangestellte/r nachweisen können und sich beruflich weiterentwickeln wollen (Aufstiegsfortbildung). Die Fortbildung wendet sich jedoch auch an Personen, die eine mit der Abschlussprüfung zum Sozialversicherungsfachangestellten vergleichbare Prüfung mit Erfolg abgelegt haben und zudem eine mindestens 1,5 Jahre umfassende praktische Tätigkeit bei einer Krankenkasse oder einem Krankenkassenverband nachweisen oder einen Nachweis über eine hinreichende sozialrechtliche Qualifikation erbringen können. Ein solcher Nachweis kann u. a. durch die erfolgreiche Teilnahme an dem so genannten Vorbereitungsseminar Krankenkassenfachwirt oder einem gleichwertigen entsprechenden Qualifizierungsseminar erbracht werden. Die Teilnahme an einer fünfmonatigen Vorbereitungszeit zum KKFV ist obligatorisch.

4.3

Der Ansatz: Drei fachliche Kompetenzen

Die Fortbildung Krankenkassenfachwirt umfasst Fachthemen aus den Bereichen „Versicherung und Beiträge“, „Leistungen“ und „Recht und Wirtschaft“ mit einem Volumen von insgesamt 450 Unterrichtsstunden bei der BKK Akademie und 405 Unterrichtsstunden bei der IKK-Akademie. Für die Vermittlung der Unterrichtsinhalte sind je Themenbereich 150 Stunden bei der BKK Akademie bzw. 135 Stunden bei der IKK-Akademie vorgesehen.

Schaubild 4: Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“: Drei Fachkompetenzen



Durch die gleichgewichtige Zusammenführung der drei Themenbereiche Versicherung und Beiträge, Leistungen sowie Recht und Wirtschaft in einer Fortbildungsstufe, wird die fachliche Trennung der alten Fortbildung aufgrund der Differenzierung in Studienschwerpunkte (Wahlpflichtfächer) aufgehoben. Die Fachthemen werden zu obligatorischen Pflichtfächern für sämtliche Teilnehmer. Die Fachkompetenz der Teilnehmer wird dadurch entsprechend verbreitert und die Handlungskompetenz erhöht. Eine flexiblere Personalverwendung und Einsatzplanung wird dadurch möglich.

4.4

Die Fachthemen

Das Sozialrecht ist sehr umfangreich und mehr als andere Rechtsgebiete durch eine Vielzahl zu regelnder Einzelheiten geprägt (Waltermann 2005: 1). Zudem werden der Rechtsrahmen und die Leistungssysteme des Sozialrechts aufgrund der finanziell bedingten Eingriffe des Gesetzgebers häufig angepasst oder verändert. Deshalb ist es für Krankenkassenmitarbeiter auch im Bereich der Sachbearbeitung und Kundenbetreuung unerlässlich, gute Kenntnisse im Sozialrecht zu erwerben und dessen Systematik zu kennen. Der ständige Wandel erfordert von den Mitarbeitern zudem ein hohes Maß an Flexibilität und Handlungskompetenz, die durch den Erwerb rechtlicher und wirtschaftlicher Schlüsselqualifikationen gestärkt werden kann.

Ein Drittel der Vermittlungsstunden wird dem Themenbereich „Versicherung und Beiträge“ gewidmet. Die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen, die Berechnung der Beiträge, die Feststellung des Versicherungsstatus verschiedener Personengruppen sowie der Gesamtsozialversicherungsbeitrag samt Beitragseinzug stehen dabei im Vordergrund der Vermittlung.

**Schaubild 5: Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“:
Die Fachthemen „Versicherung und Beiträge“**

Fachthemen Versicherung und Beiträge	
● Arbeitsentgelt	● Freiwillige Versicherung
● Versicherungspflicht Beschäftigter	● Familienversicherung
● Besondere Personengruppen	● Gesamtsozialversicherungsbeitrag
● Leistungsbezieher nach dem SGB II und SGB III	● Beitragseinzug
● Rentner und Rentenantragsteller	● Versicherung und Leistungen bei Aufenthalt im Ausland

Ein weiteres Drittel der gesamten Vermittlungsstunden entfällt auf die Fachthemen „Leistungen“. Das Fall- und Versorgungsmanagement, die Krankenbehandlung, die Berechnung des Krankengeldes und der Entgeltfortzahlung sowie verschiedene Leistungsbewilligungen stehen dabei im Vordergrund der Vermittlung.

**Schaubild 6: Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“:
Die Fachthemen „Leistungen“**

Fachthemen Leistungen	
● Fallmanagement	● Schwangerschaft und Mutterschaft
● Krankenbehandlung	● Rehabilitation
● Entgeltfortzahlung und Krankengeld (in Sonderfällen)	● Unfallversicherung/Erstattungsansprüche
● Krankengeldberechnung und Dauer des Anspruchs	● Versorgungsmanagement II (Vertragsmanagement)
● Zahlungsweise von/ Zugriff auf Geldleistungen	

Darüber hinaus werden den Teilnehmern auch Fachthemen aus dem Bereich „Recht und Wirtschaft“ vermittelt, deren Inhalte für eine ganzheitliche Kundenberatung unabdingbar sind. Dabei stehen verwaltungs-, arbeits- und vertragsrechtliche sowie kommunikative und Marketinginhalte im Mittelpunkt.

**Schaubild 7: Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“:
Die Fachthemen „Recht und Wirtschaft“**

Fachthemen Recht und Wirtschaft	
● Verwaltungsverfahren	● Prozessorganisation
● BGB (Bürgerliches Recht)	● Interne Kommunikation
● Arbeitsrecht I	● Grundlagen Controlling
● Datenschutz/ Strafrecht	● Finanzplanung I (RSA)
● Grundlagen Marketing/Vertrieb	● Versorgungsmanagement I (Grundlagen)
● Grundlagen Betriebswirtschaft	

Insbesondere in der Vernetzung der drei genannten fachlichen Themenbereiche liegt die Besonderheit dieses neuen Fortbildungsansatzes für die Praxis.

Das Geschäftsprozessmanagement einer Krankenkasse, beschränkt sich nämlich nicht nur auf die Optimierung der Verwaltungstätigkeit und die damit verbundene Verringerung von Verwaltungskosten. Geschäftsprozessmanagement beinhaltet auch die Steuerung der Leistungsausgaben, das Vertragspartner- und Kostenmanagement sowie die Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten durch Qualitätsdefizite und Schnittstellenprobleme in der Gesundheitsversorgung.

Geschäftsprozesse bestehen aus funktionsübergreifenden Verkettungen von wertschöpfenden Aktivitäten, die von Kunden erwartete Leistung erzeugen und deren Ergebnisse strategische Bedeutung für die Krankenkasse haben. Die Prozesse sind also so miteinander zu verketten, dass im Ergebnis die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen der Kunden erfüllt werden. Dies setzt ganzheitliche Betrachtungsweisen und fachübergreifende Kenntnisse bei den an den Geschäftsprozessen beteiligten Mitarbeitern voraus.

4.5

Beginn und Dauer der Fortbildung KKFW

Die Fortbildung erstreckt sich auf eine 5-monatige Vorbereitungsphase (August – Dezember) und eine 15-monatige Seminarphase einschließlich Abschlussprüfung (Januar – März des Folgejahres). In der Vorbereitungsphase ist von den Teilnehmern Form eines Selbststudiums zu absolvieren. Zudem sind von den Teilnehmern in dieser Zeit zwei themenspezifische Hausaufgaben aus der Bildungszeitschrift SF zu bearbeiten.

Im Januar beginnt die eigentliche Seminarphase mit insgesamt zehn Seminarabschnitten zu je einer Woche bei der BKK Akademie bzw. neun Seminarabschnitten bei der IKK-Akademie. Zwischen den Seminarabschnitten bereiten sich die Teilnehmer im Selbststudium auf ausgewählte Themen des jeweils folgenden Seminarabschnittes vor. Diese Selbstlernphasen sind in naher Zukunft im Rahmen eines blended-learning Konzeptes E-learning gestützt. Die Seminarphase endet einschließlich der Abschlussprüfung im März des Folgejahres.

4.6

Prüfungsanforderungen zum KKFW

Die Prüfung zum/zur Krankenkassen-Fachwirt/in besteht aus vier, jeweils 3-stündigen Klausuren und einer 60-minütigen mündlichen Prüfung. Sie schließt mit der Qualifikation „Krankenkassen-Fachwirt/in“ (KKFW) ab. Die Ergebnisse der schriftlichen Prüfung gehen mit 70 % Gewicht, die der mündlichen Prüfung mit 30 % Gewicht in die Endnote ein.

Das Ordnungsmittel „Fortbildungs- und Prüfungsordnung für die Fortbildung zum Krankenkassenfachwirt bei BKK und IKK (FPO-KKFw/BKK-IKK)“ regelt die Details.

4.7

Zusammenfassung

In der Fortbildung KKFw werden theoretische Kenntnisse und praxisrelevantes Können miteinander verknüpft und in handlungsorientiert gestalteten Seminaren vermittelt. Die inhaltliche Ausgestaltung, das methodische Vorgehen und die Organisation der Fortbildung sind erwachsenengerecht und Berufs begleitend konzipiert.

Insbesondere Fallstudien kommen in dieser Fortbildungsstufe zum Einsatz. Sie sollen die Teilnehmer zu praxisnahen und selbstständigen Handeln animieren. „Eine entsprechende Handlungsorientierung wird erreicht, wenn der Bearbeiter zur Bewältigung des Fallstudienproblems Tätigkeiten durchführen muss, die auch für die berufliche ‚Ernstsituation‘ relevant sind. Hierzu zählen etwa das Beschaffen von Informationen, das Ausfüllen von Formularen, die Interpretation von Vertragstexten und Computerausdrucken, ...“. Es sollte dabei nicht um einen überflüssigen „Formularaktionismus“, sondern um einen zielgerichteten Einsatz von Unterlagen gehen (Wolff 1992: 325).

Die Teilnehmer sollen nach Abschluss der Fortbildung KKFw in der Lage sein, verantwortungsvolle Sachbearbeiteraufgaben zu übernehmen und eigenständig zu bearbeiten. Darüber hinaus sollen die Teilnehmer dieser ersten Stufe der zweistufigen Fortbildung die notwendige Qualifizierung zur Bewältigung der Anforderungen der zweiten Stufe (KKBW) erhalten.

5

Die Fortbildungsstufe II (Krankenkassen-Betriebswirt/in)

5.1

Ziel der Führungsqualifikation

Die Fortbildung zum/zur Krankenkassen-Betriebswirt/in baut zum einen auf den in der Ausbildung erlernten Kenntnissen und Fertigkeiten, zum andern auf den in der Fortbildungsstufe I der Fortbildung erworbenen erweiterten und aktualisierten Kenntnissen und Fertigkeiten der Teilnehmer auf. Sie soll die Teilnehmer zur Übernahme von Führungsaufgaben und besonders anspruchsvollen Fachaufgaben befähigen.

Diese zweite Stufe der Fortbildung greift vorrangig die in der ersten Stufe vermittelten Grundlagen Kenntnisse und Fertigkeiten der Teilnehmer in den Bereichen Recht und Wirtschaft auf und erweitert und vertieft diese projekt- und praxisorientiert zu einem umfassenden Management-Ansatz.

5.2

Zielgruppe dieser Fortbildungsstufe

Die wichtigste Zielgruppe der Fortbildung KKBW sind diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen und deren Verbände, die die Fortbildung Stufe I (KKFW) erfolgreich absolviert haben und auf die Übernahme von Führungsaufgaben und besonders anspruchsvollen Fachaufgaben vorbereitet werden sollen (Führungsbildung).

Darüber hinaus können auch Personen an der zweiten Stufe der Fortbildung teilnehmen, wenn sie eine andere einschlägige, der Fortbildung KKBW vergleichbare, Fortbildung erfolgreich abgeschlossen haben und einen Nachweis über eine angemessene fachliche Qualifizierung erbringen. Zu den vergleichbaren Fortbildungen zählen u. a. die Fortbildungen zum Fachberater Innendienst (IKK), Krankenkassenfachwirt alt (IKK), Fachberater Außendienst (IKK), Fachwirt für Beratung und Verkauf (IKK), Fachberater Leistungen (BKK), Fachberater Beiträge und Versicherungen (BKK), Fachberater Versorgungsmanagement (BKK). Eine angemessene fachliche Qualifizierung kann durch die Teilnahme an entsprechenden Qualifizierungsseminaren (Überbrückungsmodulen) nachgewiesen werden.

Die Teilnahme an einer 4-monatigen Vorbereitungszeit KKBW ist obligatorisch.

Die Teilnehmer der IKK müssen ihre persönliche Eignung für das Studium KKBW zudem über eine erfolgreiche Teilnahme an dem Assessmentcenter KKBW nachweisen.

5.3

Der Ansatz: Fünf Schlüsselkompetenzen

Die Fortbildungsstufe II umfasst Themen, die sich auf die Schlüsselkompetenzen von Führungskräften beziehen und damit wesentlich deren Handlungskompetenz bestimmen. Insgesamt lassen sich fünf Schlüsselkompetenzen voneinander abgrenzen:

Die Methodenkompetenz umfasst die Fähigkeiten, Ziele setzen, Handlungsfolgen abschätzen und bewerten, Priorisieren, Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen, methodisch Denken, Zeiten managen, Arbeitstechniken nutzen, Analysieren, Probleme zielgerichtet angehen und lösen, Planen und organisieren, Präsentieren und moderieren, Konzeptionell vorgehen.

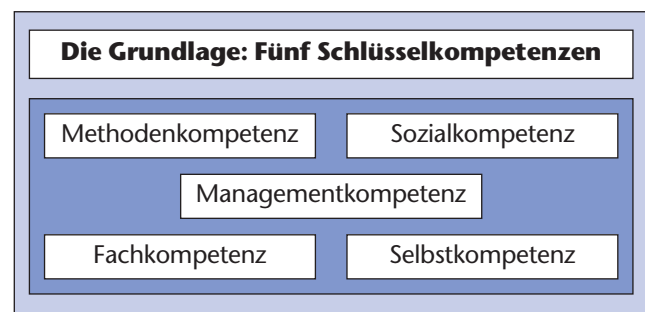
Die Sozialkompetenz umfasst Fähigkeiten und Eigenschaften, wie Kundenorientierung, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Empathie, Kooperations- und Teamfähigkeit oder Empowerment.

Die Managementkompetenz umfasst Aspekte wie, Unternehmerisches Denken, Veränderungsbereitschaft, Strategisches Denken, Führungsfähigkeit, Effizienzorientierung, Motivationsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Überzeugungsfähigkeit und Leadership.

Fachkompetenz bedeutet auf das Tätigkeitsfeld von Krankenkassenmitarbeitern bezogen, betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Kenntnisse zu besitzen, rechtliche und insbesondere sozialrechtliche Kenntnisse und Erfahrungen anwenden zu können, Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Querschnittsfunktionen und der Mitarbeit in Projekten zu besitzen.

Die Selbst- oder Persönlichkeitskompetenz umfasst Fähigkeiten, Einstellungen und Eigenschaften wie, Selbstständigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Situationsgerechtes Auftreten und Verhalten, Leistungsbereitschaft, Flexibilität, Eigenkontrolle, Integrität, Urteilsvermögen, Konzentration und Aufmerksamkeit, Zivilcourage und Chaoskompetenz.

Schaubild 8: Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“: Die Schlüsselkompetenzen



Die Summe aller Faktoren aus den Kompetenzbereichen ergibt die Handlungskompetenz. Unter Handlungskompetenz werden nach Bosse (2006: 74) alle Fähigkeiten, Fertigkeiten, Denkmethode und das Wissenskapital eines Menschen subsumiert, die ihn bei der Bewältigung konkreter – sowohl vertrauter als auch neuartiger – Arbeitsaufgaben selbstorientiert, aufgabengemäß, zielgerichtet, situationsbedingt und verantwortungsbewusst – oft in Kooperation mit anderen – handlungs- und reaktionsfähig machen und sich in der erfolgreichen Bewältigung konkreter Arbeitsanforderungen zeigen.

Mit dem Konzept der zweistufigen Fortbildung KKBW versuchen die Bildungseinrichtungen von BKK und IKK dem Anliegen der Praxis Rechnung zu tragen, die Management- bzw. Handlungskompetenz für angehende Führungskräfte in den Mittelpunkt ihrer Fortbildung zu stellen.

Für die Vermittlung der verschiedenen Themen werden bei der BKK Akademie 400, bei der IKK-Akademie 360 Unterrichtsstunden veranschlagt. Davon entfallen etwa 216 Stunden (BKK) bzw. 194 Stunden (IKK) auf die Vermittlung betriebswirtschaftlicher und rechtlicher Kernthemen, 136 Stunden (BKK) bzw. 122 Stunden (IKK) auf die Vermittlung von Managementthemen und 48 Stunden (BKK) bzw. 44 Stunden (IKK) auf die Einführung in die Projektarbeit.

5.4

Die Fach-, Managementthemen und Projektfelder

Die Qualifikation im Rahmen der Fortbildungsstufe II erstreckt sich auf eine Reihe von betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Fachthemen (z. B. Staats- und Verfassungsrecht, Arbeitsrecht, Rechtsschutz, Selbstverwaltung und Aufsicht, Gesundheitsökonomie, Gesundheits- und Sozialpolitik und Marketing-Kommunikation, Haushaltswesen, Finanzbuchführung, Kosten- und Leistungsrechnung, Finanzplanung, Controlling) sowie diverser Managementthemen (z. B. Methodenkompetenz, Qualitätsmanagement, Projektmanagement, Unternehmensführung, Führungskompetenzen, Personalmanagement, Informations- und Kommunikationstechnologien – e-Health, Unternehmensplanspiel) und der Bearbeitung eines selbst gewählten Projektes aus einem vorgegebenen Projektfeldrahmen.

Die Fachthemen bauen auf den Lerninhalten der ersten Stufe der Fortbildung auf und verbreitern und vertiefen diese. Den Fortzubildenden werden die rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Lerninhalte vermittelt, die sie für die Bewältigung der anstehenden Führungs- und Managementaufgaben in den Krankenkassen benötigen. Die Managementkompetenz der Teilnehmer wird durch die zielgerichtete Vermittlung der relevanten Managementthemen gestärkt. Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten können im Rahmen eines Unternehmensplanspiels und durch die Bearbeitung eines konkreten Projektes aus einem der vorgegebenen Projektfelder angewendet werden.

Schaubild 9: Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“: Die Fach- und Managementthemen

Fachthemen	Stundenansatz
Staats- und Verfassungsrecht	16 BKK / 14 IKK
Arbeitsrecht II	12 BKK / 11 IKK
Rechtsschutz	12 BKK / 11 IKK
Selbstverwaltung und Aufsicht	16 BKK / 14 IKK
Haushaltswesen	16 BKK / 14 IKK
Finanzbuchführung	16 BKK / 14 IKK
Kosten- und Leistungsrechnung	24 BKK / 22 IKK
Finanzplanung II	16 BKK / 14 IKK
Controlling II	24 BKK / 22 IKK
Marketing/Kommunikation	24 BKK / 22 IKK
Gesundheitsökonomie	24 BKK / 22 IKK
Gesundheits- und Sozialpolitik	16 BKK / 14 IKK

Managementthemen	Stundenansatz
Methodenkompetenz	16 BKK / 14 IKK
Führungskompetenzen	16 BKK / 14 IKK
Unternehmensführung	24 BKK / 22 IKK
Projektmanagement	16 BKK / 14 IKK
Qualitätsmanagement	16 BKK / 14 IKK
Informations- und Kommunikationsmanagement (e-Health)	24 BKK / 22 IKK
Personalmanagement	24 BKK / 22 IKK

Im Rahmen der Gesundheitspolitik lernen die Fortzubildenden die politischen Mittel und Maßnahmen kennen, durch die auf eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung hingewirkt werden kann. Diese sind vielfältig und die entsprechenden Zuständigkeiten sind auf allen politischen Ebenen angesiedelt, bei den Kommunen, den Ländern und beim Bund. Specke (2005: 186) stellt darüber hinaus fest, dass die mit der Gesundheitspolitik jeweils verfolgten Ziele einen Bereich betreffen, der von unterschiedlichen Interessenslagen gekennzeichnet und deshalb sehr komplex ist (Patienten, Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Pharmazeutische Industrie und andere – Versicherte, Beitragszahler, Krankenkassen).

Kein Gesundheitssystem kommt deshalb, wie Rice (2004: 9) feststellt, ohne richtungsweisende Steuerung durch den Staat aus. „Nicht Wettbewerb per se weist den Weg aus der Krise, die weltweit in allen Gesundheitssystemen beklagt wird, sondern Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.“ Gesundheitsökonomische Kenntnisse um die Steuerung des Gesundheitssystems sind deshalb für zukünftige Krankenkassenführungskräfte von hoher Bedeutung.

Wirtschaftliches Handeln setzt solide Kenntnisse der Führungskräfte der Krankenkassen in den Bereichen Finanzbuchhaltung, Haushaltswesen und Kosten- und Leistungsrechnung voraus. Die effektive und effiziente Steuerung des Unternehmens Krankenkasse ist nur auf der Basis eines funktionstüchtigen Controllings möglich. Deshalb sind diese betriebswirtschaftlichen Kernthemen Bestandteil der Fachthemenpalette in der zweiten Stufe der Fortbildung.

Rechtssicheres Handeln der Krankenkassen setzt bei den Entscheidungsträgern solide Rechtskenntnisse, insbesondere in den Bereichen der Selbstverwaltung, des Arbeitsrechts und des Rechtsschutzes voraus.

Nach Seghezzi (2003: 65) ist die Führungsaufgabe im Unternehmen ganzheitlich zu sehen, d.h. unter Beachtung aller Funktionen, aller Kriterien und aller Faktoren wie Zeit, Kosten, Quantität und Qualität.

Kenntnisse im Bereich der Unternehmensführung sind dabei ebenso gefragt, wie persönliche Führungskompetenzen. Qualitätsmanagement, Finanzmanagement, Projektmanagement und Personalmanagement sind deshalb wichtige Bestandteile des allgemeinen Managements.

Modernes Qualitätsmanagement beginnt bei der Geschäftsleitung, die einen ganzen Katalog von Verantwortungen und Aufgaben zu übernehmen hat, die sie nicht delegieren kann. Dazu gehören die Aspekte wie Qualitätspolitik, Qualitätskonzepte, strategische Planung, Qualitätssysteme, Qualitätsprogramme, Führung von Qualität und die Vorbildfunktion. Qualitätssicherung, Qualitätsstandards und Qualitätsmanagement haben bei den Krankenkassen einen hohen Stellenwert. Mit der Gesundheitsreform im Jahre 1999 führte der Gesetzgeber eine erweiterte und die Leistungserbringer ausdrücklich verpflichtende Qualitätssicherung ein (§§ 135 ff. SGB V). Danach müssen die Leistungen der Vertragspartner von Krankenkassen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und außerdem in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Information und Kommunikation sind wichtige Führungsinstrumente, deshalb ist auch ein effektives Informations- und Kommunikationsmanagement bei den Krankenkassen unabdingbar. Wenn Veränderungsprozesse in Unternehmen initiiert und erfolgreich umgesetzt werden sollen, genügt es nicht, die Beteiligten nur zu informieren. Die Mitarbeiter müssen bei Veränderungsprozessen ausdrücklich mit dem Thema Kommunikation und Information beauftragt werden. Sie organisieren in enger Abstimmung mit der Unternehmensleitung Infobriefe, Informations- und Diskussionsveranstaltungen sowie Arbeitstagen, die im Rahmen des Veränderungsprozesses notwendig sind. Offene und ehrliche Kommunikation bildet die Voraussetzung um Mitarbeiter für Veränderungen zu gewinnen. Es muss Ziel sein und bleiben, alle Mitarbeiter – nicht nur bestimmte Führungskräfte von der Notwendigkeit der Veränderungen zu überzeugen. Nur wenn die Mitarbeiter davon überzeugt sind, dass die Maßnahmen für die Kunden, das Unternehmen und damit letztendlich auch für sie selbst von Nutzen sind, engagieren sie sich und unterstützen den Veränderungsprozess.

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) Anfang 2004 wird auch die Schaffung einer Telematikinfrastruktur (Telematik – Telekommunikation und Informatik) für das deutsche Gesundheitswesen vorangetrieben. E-Health beschreibt (Schüle 2006: 91) die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung von Gesundheitsversorgungsprozessen an den Orten, wo diese Leistungen erbracht werden.

Erfolgreiche Unternehmen verstehen es durch ihre Führungskräfte gerade in Krisenzeiten ein ausgeprägtes „Wir-Gefühl“ zu vermitteln. Dazu zählen nicht schöne Reden, hohle Appelle und unreflektierte Visionen, die häufig nur das Handeln der Führungskraft zum Mittelpunkt haben.

Gefordert ist ein hohes Maß an Beschäftigungssicherheit. Wenn vor allem Opfer verlangt werden, dann ist dies ein Motivationsfaktor für die Beschäftigten. Die Führungskräfte sind hierbei gestaltend tätig. Mitarbeiter, die stolz darauf sind, bei ihrem Unternehmen zu arbeiten, werden in schwierigen Zeiten zu vielfältigen Formen der Solidarität mit ihrem Arbeitgeber bereit sein.

Zeiten der Veränderung sind auch Zeiten der Konflikte. Besonders in solchen Phasen ist eine ausgeprägte Konflikt- und Streitkultur von besonderer Bedeutung. Führungskräfte sind in Zeiten des Wandels immer auch Konfliktmanager. Emotionale Intelligenz wird zu einer Kernforderung an Führungskräfte. Sie müssen in der Lage sein, Spannungsfelder frühzeitig zu erkennen. Konflikte dürfen nicht verdrängt oder ausgesessen werden, sondern sind offen anzusprechen und konstruktiv auszutragen.

Kreative Unruhe und kreative Freiheit sind bei Veränderungsprozessen von allen Mitarbeitern gefordert. Veränderungen werden umso eher erfolgreich, wenn die Mitarbeiter neue Ideen einbringen und gegebenenfalls umsetzen dürfen. Auf allen Ebenen des Unternehmens, vertikal und horizontal, sind Ideen gefragt, wie man Prozesse, Abläufe und Strukturen optimieren kann. Kreativität wiederum kann nur dann funktionieren, wenn es eine entsprechende Fehlerkultur gibt, die es Mitarbeitern erlaubt, neue Dinge auszuprobieren und bestehende Strukturen zu hinterfragen.

Ein wesentliches Element der neuen Fortbildung ist eine praxisorientierte Projektarbeit. Die Teilnehmer haben jeweils ein Projekt, das aus einem der vier vorgegebenen Projektfeldern stammt, auszuwählen und zu bearbeiten. Im Rahmen einer Einführung anhand eines Kernprojektes werden die Teilnehmer in die konkrete Projektarbeit eingeführt. Danach haben sie in Eigenarbeit im Zeitraum von drei Monaten die eigentliche Projektarbeit in der Praxis zu erstellen. Der Projektbericht ist Bestandteil der schriftlichen Prüfung und ist von den Teilnehmern im Rahmen der mündlichen Prüfung vorzustellen.

Schaubild 10: Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“: Das Kernprojekt und die Projektfelder

Kernprojekt und Projektfelder	Stundenansatz
Unternehmensplanspiel	24 BKK / 22 (IKK)
Projektfeld I: Kunden*	24 BKK / 22 (IKK)
Projektfeld II: Kosten*	24 BKK / 22 (IKK)
Projektfeld III: Prozesse*	24 BKK / 22 (IKK)
Projektfeld IV: Mitarbeiter*	24 BKK / 22 (IKK)

*) Es ist ein Projekt aus einem der Projektfelder zu bearbeiten.

5.5

Beginn und Dauer der Fortbildung KKBW

Die Fortbildung erstreckt sich auf eine 4-monatige Vorbereitungsphase (April bis Juli) und eine 15-monatige Seminarphase einschließlich Abschlussprüfung (August bis Oktober des Folgejahres). Die Vorbereitungsphase ist von den Teilnehmern in Form eines Selbststudiums zu absolvieren. Zudem sind von den Teilnehmern in dieser Zeit zwei themenspezifische Hausaufgaben aus der Bildungszeitschrift SF zu bearbeiten.

Die IKK-Teilnehmer haben in der Vorbereitungsphase zudem ein Assessmentcenter zu absolvieren.

Die eigentliche Seminarphase beginnt im August mit insgesamt neun Seminarabschnitten zu je einer Woche. Zwischen den Seminarabschnitten bereiten sich die Teilnehmer auf ausgewählte Themen des jeweils folgenden Seminarabschnittes vor. Diese Selbstlernphasen sind im Rahmen eines blended-learning Konzeptes E-Learning gestützt. Im Rahmen der Seminarphase haben die Teilnehmer in einem Zeitraum von drei Monaten eine Projektarbeit zu erstellen, die Bestandteil sowohl der schriftlichen als auch der mündlichen Prüfung ist. Die Seminarphase endet einschließlich der Abschlussprüfung im Oktober des Folgejahres.

5.6

Prüfungsanforderungen zum KKBW

Die Prüfung zum/zur Krankenkassen-Betriebswirt/in besteht aus drei, jeweils 3-stündigen Klausuren und der individuellen Bearbeitung eines Projektes inklusive eines Projektberichtes, der im Rahmen einer 60-minütigen mündlichen Prüfung zu präsentieren ist. Sie schließt mit der Qualifikation „Krankenkassen-Betriebswirt/in“ (KKBW) ab. Die Ergebnisse der schriftlichen Prüfung (inkl. Projektbericht) gehen mit 70 % Gewicht, die der mündlichen Prüfung mit 30 % Gewicht in die Endnote ein.

Das Ordnungsmittel „Studien- und Prüfungsordnung für das Fortbildungsstudium zum Krankenkassen-Betriebswirt bei BKK und IKK (SPO-KKBW/BKK-IKK) regelt die Details.

5.7

Zusammenfassung

Die Krankenkassen unterliegen ständig gesetzlichen, wettbewerblichen, ökonomischen oder organisatorischen Veränderungen. Aktives, zielgerichtetes Steuern der Veränderungsprozesse gewinnt zunehmend an Bedeutung. Deshalb besteht eine wesentliche Aufgabe der Personalentwicklung darin, eine veränderungsfreundliche Unternehmenskultur zu schaffen, die Faktoren wie Kommunikation, Motivation, Identifikation, Zusammengehörigkeitsgefühl, Fehler- und Konfliktkultur und Kreativität in den Mittelpunkt stellt. Wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung einer solchen

Unternehmenskultur ist das geeignete Personal. Die Fortbildung zum/zur Krankenkassen-Betriebswirt/in schafft die entsprechenden erforderlichen Qualifizierungsgrundlagen. Sie verknüpft theoretische Grundlagenkenntnisse und praxisorientiertes Können, verlangt selbst gesteuertes und organisiertes Lernen und bietet Raum für den Wissenstransfer im Rahmen von Unternehmensplanspiel und Projektarbeiten.

Die Teilnehmer sollen nach Abschluss der Fortbildung KKBW in der Lage sein, Führungsaufgaben in den Krankenkassen zu übernehmen und ihren Aufgabenbereich eigenständig zu steuern. Darüber hinaus sollen die Teilnehmer dieser zweiten Stufe der Fortbildung mit dem notwendigen Rüstzeug für mögliche spezifische Aufbauqualifizierungen mit akademischen Abschlüssen ausgestattet werden.

6

Die wesentlichen Schritte der Umsetzung

Die Vorbereitungszeit für die erste Stufe der Fortbildung (KKFW) beginnt erstmalig am 01.08.2006 und erstreckt sich bis zum 31.12.2006. Die beiden Hausaufgaben aus der Bildungszeitschrift SF sind im Zeitraum August – Oktober 2006 zu bearbeiten. Am 01.01.2007 beginnt die eigentliche Seminarphase KKFW, in deren Verlauf von den Teilnehmern 3 Lernerfolgskontrollen aus der Bildungszeitschrift SF in den Monaten Juni, August und Oktober 2007 zu bearbeiten sind. Die schriftliche Prüfung findet im Januar/Februar 2008 statt, die mündliche Prüfung im Februar/März 2008.

Die Vorbereitungszeit für die zweite Stufe der Fortbildung (KKBW) beginnt erstmalig am 01.04.2008 und erstreckt sich bis zum 31.07.2008. Die beiden Hausaufgaben aus der Bildungszeitschrift SF sind im Zeitraum April – Juni 2008 zu bearbeiten. Die IKK-Teilnehmer haben zudem im Mai 2008 ein Assessmentcenter zu absolvieren. Am 01.08.08 beginnt die eigentliche Seminarphase KKBW, in deren Verlauf von den Teilnehmern 3 Lernerfolgskontrollen aus der Bildungszeitschrift SF in den Monaten Oktober 2008, Februar und April 2009 zu bearbeiten sind. Die schriftliche Prüfung findet im Juni/Juli 2009 statt. Die Projektarbeit ist im Zeitraum Juli – September 2009 zu erstellen. Die mündliche Prüfung findet im Oktober 2009 statt.

Die wesentlichsten Schritte der Umsetzung des neuen zweistufigen Fortbildungsmodells werden im nachfolgenden Schaubild dargestellt.

Schaubild 11: Die Zeitstruktur der zweistufigen Fortbildung Krankenkassenbetriebswirt

1. Fortbildungsstufe: Krankenkassenfachwirt/in

2006						2007											2008			
01.07.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	08.01.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	19.01.	31.03.	
	VA 1 in SF 157 *										STA 1 in SF		STA 2 in SF		STA 3 in SF				schriftliche Prüfung	mündliche Prüfung
Vorbereitungszeit						IKK = 9 Seminarabschnitte á 1 Woche (mit integrierten Selbstlernphasen) BKK = 10 Seminarabschnitte á 1 Woche											Prüfung			

Abschluss: Krankenkassenfachwirt/in

*) Vorbereitungsaufgabe 1 und 2 (KKFW) in SF veröffentlicht, Abgabetermin Ende Sept. 2006

VA = Vorbereitungsaufgabe (vor der Seminarphase zu bearbeiten)
STA = Studienaufgabe (während der Seminarphase zu bearbeiten)

2. Fortbildungsstufe: Krankenkassenbetriebswirt/in

2008								2009												
01.04.	Mai	Juni	Juli	01.08.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Febr.	März	April	31.05.	30.06.	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.
VA 1 KKBW in SF	As- sess- men- tcenter						STA 1 in SF				STA 2 in SF		STA 3 in SF				schriftliche Prüfung (einschl. Projektarbeit)			mündliche Prüfung
VA 2 KKBW in SF																	Prüfung			

Abschluss: Krankenkassenbetriebswirt/in

7

Ausblick

Generalist oder Spezialist? Welche Ausrichtung muss die Qualifikation einer modernen Führungskraft von Krankenkassen aufweisen? Beide! Es mag anstrengend und vermessen klingen, doch wer bei den Krankenkassen zur Führungskraft werden möchte, darf nicht auf der Fachebene als Spezialist stehen bleiben, sondern er muss sich zum Generalisten weiterentwickeln. In der Fortbildungsstufe I (Krankenkassen-Fachwirt/in) geht es vor allem um die Verfestigung, Vertiefung und Verbreiterung der Fachkompetenz. Wer jedoch im Unternehmen immer mehr Verantwortung und damit Führungsfunktionen übernimmt, muss auch immer mehr über Führung, Organisation, Kosten etc. wissen und Managementfähigkeiten entwickeln. Gefragt ist insofern auch der Generalist, der die Zusammenhänge erkennt und den Überblick hat. Auch bei Krankenkassen sind von den Führungskräften auf den verschiedenen Hierarchiestufen vielfältige, weit reichende Entscheidungen treffen. Und es gibt unendlich viele falsche Entscheidungen, die auch darauf zurückzuführen sind, dass die Verantwortlichen den Kontext nicht berücksichtigt und folglich nicht ganzheitlich gedacht haben. Das neue zweistufige Fortbildungsmodell von BKK und IKK bietet mit seiner veränderten Ausrichtung, den entsprechend angepassten Inhalten und der zweistufigen Struktur die Möglichkeit, sowohl die Fach- als auch die Führungskompetenz der Mitarbeiter zu stärken und weiter zu entwickeln.

Verzeichnis der Schaubilder

- Schaubild 1:
Anpassungsdruck für Krankenkassen
- Schaubild 2:
Gründe für Organisationsveränderungen bei Krankenkassen
- Schaubild 3:
Zukünftige Aufgabenstellungen und Anforderungen der/an die Krankenkassen
- Schaubild 4:
Die Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“:
Drei Fachkompetenzen
- Schaubild 5:
Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“: Die
Fachthemen „Versicherung und Beiträge“
- Schaubild 6:
Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“: Die
Fachthemen „Leistungen“
- Schaubild 7:
Fortbildung „Krankenkassenfachwirt“: Die
Fachthemen „Recht und Wirtschaft“
- Schaubild 8:
Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“:
Die Schlüsselkompetenzen
- Schaubild 9:
Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“:
Die Fach- und Managementthemen
- Schaubild 10:
Fortbildung „Krankenkassenbetriebswirt“:
Das Kernprojekt und die Projektfelder
- Schaubild 11:
Die Zeitstruktur der zweistufigen Fortbildung
„Krankenkassenbetriebswirt“

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Alexander, A./Rath, T. (Hrsg.)(2001): Krankenkassen im Wandel. Organisationsentwicklung als Herausforderung, Wiesbaden
- Blanz, S./ Kalwis, A./ Kolloch, D. (2006): Rechnungswesen für Sozialversicherungsfachangestellte, Troisdorf
- Bosse, R. (2006): Modell der Darstellung von Kompetenzen von Mitarbeitern und Möglichkeit, diese zu messen. In: WzS 3/2006, 72-80
- Dammann, U. (2005): Sozialversicherungskunde, Sankt Augustin
- Demmler, G. (2002): Balanced Scorecard. Von der Strategie zur Aktion ..., in: Die BKK 11/2002, 485-490
- Derer, S./Mössner, R. (2005): Rechtskunde für Sozialversicherungsfachangestellte, 3. Auflage, Troisdorf
- Determann, C. (2001): Aufsicht in der Sozialversicherung – Was Krankenkassen zu beachten haben. In: SF 127/1. August 2001, 37-48
- Doppler, K. (2003): Der Change Manager. Sich selbst und andere verändern – und trotzdem bleiben, wer man ist, Frankfurt/New York
- Dörr, G./Francke, K. (2002): Sozialverwaltungsrecht. Ein Grundriss, Berlin
- Dudda, F. (1996): Die Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, Frankfurt am Main.
- Dudda, F. (1997): Der Kompetenzkonflikt zwischen Verwaltungsrat und Vorstand. In: Die BKK 9/1997, 392-396
- Dunker, M. (2003): Marketing, Rinteln
- Fastabend, K./Schneider, E. (2004): Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Fröck, M. (2004): Die GKV im Wettbewerb. Eine Analyse ausgewählter Aktionsparameter, Berlin
- Gonschorrek, U. (2001): Personalmanagement, 2. Auflage, Berlin
- Greilich, W. (2006): Schnellübersicht Sozialversicherung 2006. Für Berater, Arbeitgeber, Krankenkassen u.a., Bonn/Berlin
- Hanenecke, H. (2001a): Unternehmensziele von Krankenkassen – Eine empirische Analyse. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2001, 27-34
- Haenecke, H. (2001b): Krankenkassen-Marketing. Systematisierung der Handlungsmöglichkeiten. In: Die BKK 5/2001, 211-220
- Haenecke, H. (2001c): Nicht nur der Beitragsatz zählt. Erfolgsfaktoren im Krankenkassen-Marketing. In: Die BKK 11/2001, 527-532
- Haenecke, H. (2001d): Krankenkassen-Marketing. Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren, München und Mering
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H. (2004): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart
- Hartmann, M./Gsell, H. (2001): Für den Kunden Werte schaffen. Kundenorientierung – dauerhafte Wandlungsfähigkeit – profitables Wachstum. In: für den Kunden Werte schaffen. Praxis Unternehmenskultur Band 3, Gütersloh
- Hohlbaum, A./Olesch, G. (2004): Human Resources – Modernes Personalwesen, Rinteln
- Jaschinski, C./Hey, A. (2004): Wirtschaftsrecht, Rinteln
- Jäger, H./Braun, H-D. (2005): Sozialversicherungsrecht und sonstige Bereiche des Sozialrechts. Leitfaden für Praxis und Ausbildung mit Schaubildern und Beispielen, 12., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin
- Kokemoor, A. (2004): Sozialrecht. Lernbuch – Strukturen – Übersichten, Köln/Berlin/München
- Krasney, O. E./Udsching, P. (2002): Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens. Systematische Gesamtdarstellung mit zahlreichen Beispielen und Mustertexten, 3., neu bearbeitete Auflage, Berlin
- Krcmar, H. (2005): Informationsmanagement, 4. Auflage, Berlin/Heidelberg
- Kruse, J./Hänlein, A. (2004): Das neue Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden
- Mierau, W.-U./Wassmann, H. (2006): Mitarbeiterführung und Führungskompetenz bei Krankenkassen, Siegen
- Mühlhausen, K.-H. (2002): Der Mitgliederwettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden
- Nock, U./Reichel, H.-J. (Hrsg.) (2005): Organisations- und Revisionshandbuch für die Sozialversicherung (OR-SV), Band 1 und 2, Sankt Augustin

- Okoniewski, U. (1999): Business Excellence für Krankenkassen. Umfassendes Qualitätsmanagement in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart/Berlin/Köln
- Olfert, K./Steinbuch, P. A. (2002): Projektmanagement, 3. Auflage, Ludwigshafen (Rhein)
- Oppen, M. (1991): Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Berlin
- Oppen, M. (1996): Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen, 2. unveränderte Auflage, Berlin
- Pepels, W. (2005): Marketing – Kommunikation, Rinteln
- Preusker, U. K. (Hrsg.) (2006): Kompass Gesundheitsmarkt – 2006. Zahlen – Daten – Fakten, Heidelberg
- Pukas, D. (2005): Lernmanagement – Einführung in Lern- und Arbeitstechniken, Rinteln
- Riechel, J. (2002): Personalmanagement für Krankenkassen. In: SF 134/1. Oktober 2002, 37-49
- Riechel, J. (2002): Personalmanagement für Krankenkassen - Personalauswahl und -entwicklung. In: SF 135/1. Dezember 2002, 51-68
- Reisinger, A./Sicking, M./Wassmann, H. (2005a): Geschäftsprozessmanagement und Krankenkassen – Teil 1. In: SF 152/1. Oktober 2005, 35-58
- Reisinger, A./Sicking, M./Wassmann, H. (2005b): Geschäftsprozessmanagement und Krankenkassen – Teil 2. In: SF 153/1. Dezember 2005, 91-115
- Reisinger, A./Sicking, M./Wassmann, H. (2006): Geschäftsprozessmanagement und Krankenkassen – Teil 3. In: SF 154/1. Februar 2006, 13-34
- Rice, Th. (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn
- Rosenbrock, R./Gerlinger, Th. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2. Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- Schaaf, M. (2003a): Kundenbeziehungsmanagement – Die unterschätzte Herausforderung. In: WzS 6-7/2003, 161-174
- Schaaf, M. (2003b): Leistungssteuerung – zentraler Stellhebel zur Kostenreduktion. In: WzS 8-9/2003, 225-237
- Schaaf, M. (2004a): Basis des erfolgreichen Wandels: strategisches Personalmanagement. In: WzS 1-2/2004, 33-45
- Schaaf, M. (2004b): Vom Verwalter zum Gestalter – Die Kassenorganisation im Wandel. In: WzS 4/2004, 97-109
- Schühle, H. (2006): E-Health – Entwicklungsstand, Kosten und Nutzen. In: WISU 1/06, 91-123
- Seghezzi, H.-D. (2003): Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, München/Wien
- Simon, M. (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Berlin/Göttingen/Toronto/Seattle
- Specke, H. K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten – Fakten – Akteure, 3., vollständig überarbeitete Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- Vdak e.V. (2006): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2005, Siegburg
- Waltermann, R. (2005): Sozialrecht, 5., neu bearbeitete Auflage, Heidelberg
- Wargers, G./Wassmann, H. (2001): Bausteine der Kundenorientierung bei Krankenkassen, Rotenburg a.d.F.
- Wargers, G./Wassmann, H. (2003): Krankenkassen und Balanced Scorecard. In: SF 136/1. Februar 2003, 67-74
- Wassmann, H. (2004): Qualitätsmanagement und Krankenkassen. In: SF 146/1. Oktober 2004, 51-74
- Wassmann, H. (2006): Elemente der gegenwärtigen Gesundheitspolitik im Wandel. In: SF 155/1. April 2006, 25-44
- Wolff, K. (1992): Die Fallstudie als Unterrichtsmethode, in: Wirtschaft und Erziehung, Heft 10/1992, S. 324-332

Autoren:

Joachim Riechel
58093 Hagen

Prof. Dr. Herbert Wassmann
36199 Rotenburg an der Fulda