

Oppen, Maria

Book Part — Digitized Version

Weniger Versichertennähe durch Zentralisierung und Konzentration der AOK?

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1993) : Weniger Versichertennähe durch Zentralisierung und Konzentration der AOK?, In: Verband der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten und Rentner Deutschland, Landesverband Bayern (München) (Ed.): Die Organisationsreform der Krankenkassen: eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren. VdK-Forum in der Evangelischen Akademie Tutzing am 17./18. 2. 1993, VdK, Landesverband Bayern, München, pp. 55-64

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112042>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

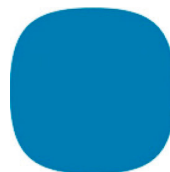
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Dr. Maria Oppen

**Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung**

**Weniger Versichertennähe durch
Zentralisierung und Konzentra-
tion der AOK?**

Dr. Maria Oppen

“Die Zentrale weiß alles besser. Die Zentrale hat die Übersicht, den Glauben an die Übersicht und eine Kartothek... Die Zentrale hat zunächst eine Hauptsorge: Zentrale zu bleiben. Gnade Gott dem untergeordneten Organ, das wagte, etwas selbständig zu tun: ob es vernünftig war oder nicht, ob es nötig war oder nicht, ob es da gebrannt hat oder nicht: erst muß die Zentrale gefragt werden. Wofür wäre sie denn sonst Zentrale! Dafür, daß sie Zentrale ist!... Die Zentrale ist eine Einrichtung, die dazu dient, Ansätze von Energie und Tatkraft der Unterstellten zu deppen. Der Zentrale fällt nichts ein, und die anderen müssen es ausführen.”

Kurt Tucholsky (1925)

Eines der Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes ist die Organisationsreform der Krankenversicherung zur Förderung von Wettbewerb, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Effizienz und Effektivität, die Qualität der Arbeitsprozesse und Dienstleistungsprodukte in der Einzelorganisation aus Perspektive der



Versicherten (und Beschäftigten) spielen in der Reformdebatte allenfalls eine marginale Rolle.

Meine These ist, daß das Gesundheitsstrukturgesetz ein erhebliches Potential für einzelorganisatorische Bürokratisierungstendenzen und zugleich für eine überzogene Marktorientierung beinhaltet. Insbesondere die Stärkung des Wettbewerbs wird Fusionierungsprozesse nach sich ziehen. Das Entstehen von Großverwaltungen und die damit verbundene Zentralisierung von Planungs- und Steuerungs- sowie Kontrollentscheidungen und -funktionen birgt eine erhebliche Gefahr, die gerade erst begonnenen Modernisierungsprozesse zu blockieren.

Die sozial weniger privilegierten Versichertengruppen könnten die Hauptleidtragenden werden. Damit stellt sich die Frage, wie solche nicht intendierten Nebenwirkungen zu minimieren oder auf Dauer zu beheben sind.

Modernisierung des öffentlichen Sektors

Produktivitätssteigerung in der öffentlichen Verwaltung ist zunehmend unumgänglich geworden. Enger werdende Verteilungsspielräume fallen zusammen mit steigendem Arbeitsvolumen, neuen Aufgabefeldern und komplexeren Außenanforderungen. Zugleich müssen Verwaltungen auf erweiterte Ansprüche der Beschäftigten (sinnvolle Tätigkeit, berufliche Entwicklungschancen) und auf gestiegene Erwartungen der Dienstleistungskonsumenten (Qualität von Verwaltungsprodukten und Service) reagieren.

In der Debatte um die Zukunft des öffentlichen Dienstes, die Modernisierung öffentlicher Einrichtungen und Unternehmen, die Produktivitätssteigerung im Sinne erhöhter Wirtschaftlichkeit und verbesserter Dienstleistungsqualität nehmen Dezentralisierungsstrategien einen zentralen Stellenwert ein. Mit Begriffen wie Dezentralisierung, Dekonzentration und Delegation sind Prozesse der Verselbständigung von Verwaltungseinheiten und die Stärkung von Eigeninitiativen durch Übertragung von Verantwortung angesprochen.

Neue Formen der Aufbau- und Ablauforganisation können eine stärkere Aufgabenintegration und einen ganzheitlicheren Zuschnitt von Tätigkeiten und Anforderungen umfassen sowie die Abflachung von Hierarchien und die Verbesserung von Kooperation und Kommunikation innerhalb und zwischen

Organisationen. Dezentralisierungsstrategien sind der organisatorische Kern des Umbauprozesses von bürokratischen Verwaltungsapparaten in moderne Dienstleistungsunternehmen. Verbunden mit entsprechenden personalen und sozialen Restrukturierungsstrategien (neue Führungskonzepte, Qualifizierungspolitik, Organisationskulturwandel) zielen sie auf "neue Produktionskonzepte" der Herstellung von Dienstleistungen.

Von räumlicher Dezentralisierung, der Verwaltungsaufgaben und -einheiten wird vor allem ein Abrücken von den großen, unflexiblen und anonymen Organisationsformen der Dienstleistungsproduktion erwartet. Kleine, regional zuständige und damit für die Klienten besser zugängliche Einheiten können hier nach schneller und innovativer auf die Herausforderungen ihrer unmittelbaren Umwelt reagieren. Kleine Einheiten sind zudem weniger prädestiniert für Spezialistentum sowie für Formalisierung und Standardisierung von Arbeitsabläufen und -ergebnissen.

Mit Prozessen der Dezentralisierung sind die Verlagerung von Kompetenz, Verantwortung und Entscheidung "von oben" nach "unten" in der Verwaltungshierarchie bzw. vom Zentrum an die Peripherie einer Organisation gemeint. Eine weitgehende Dezentralisation von Entscheidungsaufgaben läßt aber vor allem Entscheidungen dort zu, wo deren Anlässe entstehen und Folgen unmittelbar wirksam werden: im direkten Kon-

takt mit den Klienten.

Außerdem soll den gestiegenen Forderungen der Beschäftigten nach Partizipation und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten über ein Lernen aus der Bewältigung von Entscheidungsproblemen Rechnung getragen werden. Denn die Arbeitszufriedenheit und -motivation sind entscheidende Voraussetzungen für eine klientenorientierte Leistungsfähigkeit von Organisationen.

Sozialpolitische Dienstleistungsorientierung

Grundsätzlich betreffen diese gesamtgesellschaftlichen Erfordernisse zu einer qualitätsorientierten Rationalisierung der Dienstleistungsproduktion auch und besonders die Sozialversicherungsträger. Denn wenn die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung enger Sparrationalisierung zum Opfer gebracht wird, werden die sozialpolitischen Zielgruppen, die auf Leistungen der sozialen Sicherung vordringlich angewiesen sind – und das sind etwa die Ältere – doppelt benachteiligt: Sie sind nicht nur am stärksten von gesetzlichen Leistungsbeschränkungen und Selbstbeteiligungsvorschriften betroffen, sondern zusätzlich von "Rationierungen" dieser Leistungen aufgrund bürokratisch produzierter Verteilungungerechtigkeiten.

Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat im Ergebnis nicht nur zu einer erheblichen Ausdifferenzierung und Komplexitätssteigerung der Leistungen (Anspruchsvoraussetzun-

gen, Alternativen, Zuständigkeiten und Leistungseinschränkungen) geführt. Vielmehr erfordern die qualitativ neuen gesetzlichen Aufgaben und gewandelten Anforderungsstrukturen wie die Initiierung und Organisierung von kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderungsansätzen, daß die Organisations-, Arbeitsablauf- und Personalstruktur, die sozialen Interaktions- und Kooperationsstrukturen sowie die dominierenden Werthaltungen und Handlungsstile der Beschäftigten völlig neu gestaltet werden müssen.

Dimensionen der Klientennähe und Dienstleistungsqualität können dementsprechend immer weniger auf Aspekte der vordergründigen Erscheinungsformen einer Organisation, ihrer Mitglieder und ihrer Produkte/Leistungen reduziert werden, wie dies traditionellerweise in Wissenschaft und Praxis geschah: zeitliche und räumliche Erreichbarkeit der Einrichtungen, Gestaltung und Ausstattung des Service-Bereichs, Freundlichkeit und Zuständigkeit des Service-Personals oder die Richtigkeit von Verwaltungsentscheidungen.

Neue Prioritäten notwendig

Hinzugetreten sind im Zuge des Wandels von einer vorrangigen Umverteilungspolitik zur präventiv gestaltenden Sozialpolitik weitere Ziele der Klientenorientierung. Ihr gemeinsames Kennzeichen ist vor allem ihre weniger gut zentral steuerbare und kontrollierbare Erreichbarkeit. Eine grundsätzliche Verschiebung von Zielvorstellungen und

Umwertung von Prioritäten ist erforderlich:

- Adäquanz der Leistungen: Berücksichtigung von Problem- und Situationsgerechtigkeit mit Perspektive auf Effektivierung sozialpolitisch intendierter Ziele; zum Beispiel: kompensatorische Beratung/Entscheidung
- Interaktionskostenbegrenzung: Anforderungen an die Klienten hinsichtlich einzusetzender Ressourcen wie Qualifikation, Zeit oder Geld zur Erreichung der ihnen zustehenden Leistungen müssen zielgruppenspezifisch so gering wie möglich gehalten werden
- Transparenz: Leistungsangebote, Zuständigkeiten, Leistungserstellungsprozesse und die Dienstleistungsprodukte samt ihrer Auswirkungen müssen verständlich und nachvollziehbar sein; denn dies ist Voraussetzung für
- Mitwirkungs-, Gestaltungs- und Kontrollchancen bezogen auf Serviceleistungen und -angebote; es geht weiter um
- Stärkung der Selbsthilfefähigkeit durch zielgruppenspezifische kompensatorische Unterstützungsleistungen,
- Persönlichkeitsschutz: Wahrung der Privatsphäre, zurückhaltende Hilfestellung und Begrenzung der Eingriffe in die persönlichen Verhältnisse auf

das Notwendige, Schutz personenbezogener Daten und Informationen.

Ältere Versicherte, die einen zunehmenden Anteil der Mitglieder der Krankenkassen ausmachen, sind in besonderem Maße auf eine so verstandene Dienstleistungsqualität und Klientenorientierung angewiesen:

- Sie sind aufgrund steigender Gesundheitsrisiken und Tendenzen der Chronifizierung mit besonders hoher Frequenz auf die Dienstleistungen der Krankenkassen angewiesen.
- Ihre Problemlagen werden in der Regel mit zunehmendem Alter komplexer (Multimorbidität/Rehabilitation) und dementsprechend auch die Regulierung ihrer Leistungsansprüche (zum Beispiel Überforderungsklausel).
- Sie haben aufgrund ihrer generativen Zugehörigkeit nicht in dem Maße ein neues Dienstleistungsbewußtsein und entsprechende Durchsetzungsstrategien gegenüber der Bürokratie entwickeln können wie die jüngere Generation.
- Aufgrund ihrer besonderen Angewiesenheit auf soziale Leistungen und ihrer besonders eingeschränkten Selbsthilfefähigkeit können sie eine nur schwach ausgeprägte Konsumentensouveränität an den Tag legen.

- Und sie sind aufgrund ihrer eher eingeschränkten Mobilität (finanziell/gesundheitlich) besonders auf die räumliche Klientennähe von Dienstleistungseinrichtungen angewiesen.

Dezentrale Verantwortlichkeit und Innovationpotential

Gerade die Ortskrankenkassen und ihre Verbände haben aufgrund ihrer strukturellen Benachteiligung im gegliederten System der Krankenkassen und der krisenhaften Entwicklung ihres Mitgliederbestandes frühzeitig die Herausforderungen gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse und Anforderungen aufgegriffen und ein umfassendes Konzept zur Restrukturierung ihrer Geschäftspolitik entwickelt.

Schon Anfang der 80er Jahre wurde der Wandel des Selbstverständnisses der Kassen als Unternehmensgruppe hin zu einem marktorientierten Handeln und zur Identifikation der Mitarbeiter mit den gesetzten Zielen, zu Leistungsbereitschaft und engagierter Orientierung auf Versicherte und andere Kunden vorangetrieben. Der Abschied vom Behördencharakter sollte durch Produktinnovationen (Leistungsgestaltung, Beitragspolitik), Prozeßinnovationen (kundenorientierte, integrierte Sachbearbeitung und Entscheidung) sowie Sozialinnovationen (neue Kooperations- und Führungskonzepte) erreicht werden.

Es gibt eine Reihe von Beispielen dafür, daß einzelne Kassen ein hohes Innovationpotential im Interesse ihrer Kunden

(und Beschäftigten) entwickelt haben und geradezu als Vorreiter für Modernisierungsprozesse im öffentlichen Sektor angesehen werden können. Man kann vom Entstehen eines neuen, kunden-zentrierten Produktionsmodells von Dienstleistungen sprechen. Dieses ist gekennzeichnet durch einen partizipativen Prozeß des organisatorischen, sozialen und kulturellen Umbaus und der Personalentwicklung.

Innovationsfördernde Bedingungen

Als besonders innovationsförderliche Faktoren für einzelbetriebliche Umstrukturierungsprozesse lassen sich neben allgemein für die AOK-Gemeinschaft gültigen Rahmenbedingungen wie die krisenhafte Entwicklung von Mitgliederzahlen und Beitragssätzen (unter quasi Wettbewerbsbedingungen) und einer breiten Verbandsunterstützung (strategisch-konzeptionell, analytisch und beratend, praktisch und organisatorisch) vor allem drei organisatorische Bedingungen nennen, die im übrigen auch in dem Positionspapier des Ortskrankenkassentages 1983 als strategischer Vorteil gegenüber bundesweit organisierten Krankenversicherungsträgern herausgestellt wurden:

1. Die weitgehende haushalts- und beitragsrechtliche Autonomie der Kassen weist der Selbstverwaltung und dem Management eine breite Verantwortung für die geschäftliche Entwicklung der Kasse zu. Zugleich bestehen aber auch erhebliche potentielle Handlungs- und

Gestaltungsspielräume für innovative Problemverarbeitungen, ohne daß es langwieriger Rückkopplungs- und Genehmigungsprozesse bedarf.

2. Die örtliche, versicherten- und betriebsnahe Zuständigkeit und Verankerung der Selbstverwaltungsmitglieder trägt sowohl zur Wahrnehmung von und zum Verständnis für die besondere Problemstruktur, zur Entwicklung von sozialpolitisch adäquaten Lösungsmöglichkeiten wie auch zu deren praktischer Verankerung und Umsetzung im Einzugsbereich bei.

3. Die in der Regel überschaubare Größe der Kassen erleichtert flexible organisatorische Lösungen und unbürokratische, modellhafte Innovationen im Service-Bereich und Leistungsangebot.

Entscheidend ist also das Zusammenfallen von ortsnaher Problemwahrnehmung und -verarbeitung, Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeit auf der Managementebene sowie die relativ problemlose Vermittlung dieses Zusammenhangs an die Arbeitsebene.

Organisationsreform und neue Wettbewerbsordnung

Das Gesundheitsstrukturgesetz enthält eine Reihe von Bestimmungen, die in ihrem Zusammenspiel zu einer neuen Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung und zu einer neuen inhaltlichen Wettbewerbsausrich-

tung führen. Erhebliche Konzentrations- und Zentralisierungsprozesse sind zu erwarten.

- Mit dem bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich soll die bestehende Wettbewerbsverzerrung zwischen den Kassenarten durch systemimmanente Risikoselektion reduziert und ungerechte Beitragsbelastungen der Versicherten abgebaut werden (entsprechend den Belastungsfaktoren Grundlohnsumme, Familienangehörige, Alters- und Geschlechtsstruktur). Erste Berechnungen lassen erwarten, daß globale Beitragssatzungerechtigkeiten zwar relativiert werden, aber im Einzelnen erhebliche wettbewerbsrelevante Differenzen bestehen bleiben.
- Diese Differenzen werden zukünftig mit Einführung der Wahlfreiheit und der Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten ab 1996, eine bedeutendere Rolle als Wettbewerbsparameter spielen. Mit der Freigabe der Kassenwahl für den Großteil der Versicherten verlieren die Kassenarten ihre Sonderstellung und werden zu unbeschränkt miteinander konkurrierenden "Universalkassen". Dies bedeutet, daß dann Kassen mit überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen von einer bankrotträchtigen Mitgliederflucht bedroht sein könnten.
- Um dieses Schicksal für Hochpreiskassen zu verhindern, hat der Ge-

setzgeber wettbewerbskonform die freiwillige Fusionierung von Kassen erleichtert und zugleich die Möglichkeiten der Landesregierungen erweitert, durch Rechtsverordnung Zusammenschlüsse zu größeren Einheiten zwangsweise durchzusetzen.

Der Verbandspreste wie den Massenmedien läßt sich entnehmen, daß eine Fusionswelle zu erwarten ist. Die Ortskrankenkassen sind bereit, zur Bildung "schlagkräftiger Organisationen" die "Kleinstaaterei" zu überwinden". Offensichtlich läuft die Entwicklung hin zu Großkassen auf Landesebene, wenn nicht gar zu einer bundesweit operierenden Kasse unter Beibehaltung (oder Ausbau) eines Netzes von regionalen Geschäftsstellen.

Ziel ist nicht nur die Bildung größerer, konkurrenzfähiger Beitragsregionen, sondern auch die Verbilligung der Verwaltungsprodukte und Leistungen durch Synergieeffekte. Durch die zunächst befristete Budgetierung der Verwaltungskosten werden Rationalisierungsmaßnahmen im Sinne der Zusammenlegung von bisher mehrfach vorgehaltenen Administrationen (Geschäftsführung, Personalstellen, Innenrevisionen, Zentrale Aufgaben) noch weiter forciert.

Konzentrations- und Zentralisierungsprozesse sind nicht schon per se kundenfeindlich: Beitragssatzangleichungen und die Relativierung von einer Wettbewerbsausrichtung auf vor allem die so-

genannten „guten Risiken“ ebenso wie Einsparungen von Verwaltungsaufwand sind durchaus im Interesse von Versicherten und Arbeitgebern. Zugleich ist zu berücksichtigen, daß das Motto "small is beautiful" keineswegs für beliebig kleine Organisationseinheiten spricht. Denn die Beschaffung von Spezial-know-how kann bei kleineren Kassen schnell an Budgetgrenzen stoßen.

Außerdem sind es nicht allein Zusammenschlüsse, die zu Zentralisierungsprozessen führen. Die gesetzliche Verpflichtung der Kassen, Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern im wesentlichen einheitlich auf Landesebene zu führen, trägt hierzu bei. Auch vorangegangene Modernisierungs- und Rationalisierungsprozesse im Zuge des Einsatzes integrierter Datenverarbeitungssysteme haben bereits zu einer Zentralisierung spezifischer Funktionen und Aufgaben auf Verbandsebene geführt, allerdings bei Aufrechterhaltung dezentraler, kunden-naher Entscheidungskompetenz und Kreativitätspotentiale der bisher autonomen Kassen.

Blickpunkt Bürokratisierung

Mit der absehbaren Fusionierung zu Großkassen werden aber wichtige Eckpfeiler der dezentralen Strukturen (nicht nur) der Ortskrankenkassen zur Disposition gestellt, die ich vorher als besonders günstige Voraussetzung für qualitätsorientierte und kunden-nahe Innovationsstrategien identifiziert habe. Dem Management auf Ortsebene - degra-

diert zu Geschäftsstellenleitern - werden vermutlich neben der Beitragssatzfestlegung eine Reihe von Funktionen und Befugnisse entzogen, wie:

- Gesundheits- und Behandlerplanung
- Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätsverantwortung bezogen auf die Leistungserbringer
- Haushaltsverantwortlichkeit und Stellenplanung
- Personalmanagement wie Personalentwicklung, -planung, -förderung und -weiterbildung.

Dies bedeutet gegenüber der jetzigen Situation einen erheblichen Macht- und Bedeutungsverlust nicht nur des Managements, sondern der Einzelorganisation und ihrer Mitglieder und zugleich ein systematisches Brachlegen des vor Ort angesammelten Erfahrungswissens und der entwickelten Problemlösungskompetenz.

Die SV ist nicht mehr örtlich und damit problemnah verankert, sondern auf Landesebene angesiedelt. Mit der Straffung und Professionalisierung der SV durch das Gesundheitsstrukturgesetz wird zugleich deren Handlungsfähigkeit und Durchsetzungspotential gegenüber den Geschäftsstellen gestärkt. Es besteht die Gefahr, daß am grünen Tisch, in der Zentrale, fern von der gesundheitspolitischen Realität vor Ort entschieden wird, was auf der Ebene der

Geschäftsstellen umzusetzen ist.

Bürokratische Steuerungs- und Kontrollmechanismen mit dem Ziel der Einheitlichkeit der Geschäftspolitik wären aber dysfunktional für flexible Lösungen der je spezifischen Problemlagen. Und sie entsprechen immer weniger gesellschaftlichen Entwicklungstrends zur Pluralisierung von Lebensstilen.

Beharrungstendenzen und Widerstandspotentiale auf der örtlichen Ebene könnten hierdurch mobilisiert werden. Vor allem Verantwortungsverlust und Beschränkung von Initiative, aber auch Unsicherheiten bezogen auf den Ablauf von Fusionsprozessen und die Sorge um Arbeitsplätze und zukünftige Arbeitsbedingungen tragen nach einschlägigen Erfahrungen hierzu bei. Der interne qualitätsorientierte Wandel, eine Daueraufgabe der Administration - wird aber nur durch motivierte und engagierte Beteiligung aller Organisationsmitglieder zum Erfolg führen. Klientenorientierung und Servicequalität können nicht von oben verordnet werden.

Blickpunkt Wettbewerbsorientierung

Risikostrukturenausgleich und Kassenzusammenlegungen lösen die Frage der innerorganisatorischen Erneuerung nicht. Eine klientenzentrierte Unternehmenspolitik wird im Wettbewerb eine wachsende Bedeutung für die Wählbarkeit einer Kasse erhalten. Aber Wettbewerbsparameter, die den Kassen Handlungsspielräume in der Beitrags- oder

Leistungsgestaltung eröffnen würden, fehlen im Gesundheitsstrukturgesetz.

So steht zu befürchten, daß unter dem programmierten Zeitdruck bis zum Greifen der Wahlfreiheit der Wettbewerb auf Gebiete fokussiert wird, die kurzfristig attraktive Beitragssätze und Mitgliederzuwachs garantieren. Eher mittel- bis langfristig - auch unter Kostenaspekten - wirksame Aktionsfelder wie regionale und betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention, Koordinierung von Rehabilitation und Ähnliches könnten hierbei leicht ins Hintertreffen geraten. Rationalisierungsgewinne unter den Bedingungen der Budgetierung der Verwaltungsausgaben werden eher in die Verstärkung der Mitgliedergewinnung, Öffentlichkeitsarbeit, in die Optimierung des Standardkundenkontaktes sowie in imagefördernde Angebote der Verhaltensprävention investiert werden.

“Die wettbewerbsorientierte Krankenversicherung wird sich noch schwerer tun als schon bisher, sozialpolitische Intentionen der Politik oder auch ihrer eigenen Selbstverwaltung ... aufzunehmen und umzusetzen” (Balzer 1993). Denn eine vordergründig auf Imagepflege orientierte Servicegestaltung kann zu Lasten der sozial Schwächeren gehen. Sozialpolitisches Handeln erfordert eben nicht nur das Eingehen auf artikulierten Wünsche und Bedürfnisse der Kunden; auch verdeckte Bedarfe und Ansprüche müssen Ziel kompensatorischer und präventiver Strategien sein.

Begrenzung unerwünschter Nebeneffekte

Zunächst sind Alternativen zur Fusionierung zu erwägen. Denn die Übertragung sämtlicher strategischer, sozialpolitischer und unternehmerischer Funktionen auf zentrale Hauptverwaltungen und die Beschränkung der lokalen Handlungsspielräume auf die Erfüllung vorgegebener Ziele bei vorgegebenen Budgets erscheint vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Debatte um Dezentralisierung und Entbürokratisierung keineswegs als “the one best way”. Großräumige Beitragssatzregionen lassen sich auch durch landeseinheitliche Beiträge erreichen. Und ebenso können politisch und strategisch relevante Aufgaben auf Verbandsebene - wie dies bisher auch schon erfolgte - übertragen werden.

Soweit dennoch Fusionierungsprozesse als optimale Strategie erscheinen, ist zu fragen, ob die operativ ausgerichtete Geschäftsstellenstrategie unter wettbewerblichen wie sozialpolitischen Aspekten funktional ist. Andere Formen der Integration und Kooperation, die eher dem Muster von Konzern- oder ‘profit-center’-Strukturen folgen, könnten sich als erfolgversprechender erweisen.

Insgesamt ist darüber nachzudenken, wie ein möglichst hohes Maß an Verantwortung und Entscheidungskompetenz vor Ort belassen werden kann. Es sollten nur solche Aufgaben auf zentraler Ebene angesiedelt werden, die im Interesse einer auch sozialpolitisch verstan-

denen Geschäftspolitik unumgänglich erforderlich sind. Sodann käme es auf den Prozeß der Fusionierung und die umfassende, rechtzeitige Information und Partizipation aller hiervon betroffenen Organisationseinheiten und ihrer Mitglieder an. Denn deren breite Akzeptanz und aktive Unterstützung der schwierigen Umbauprozesse ist Voraussetzung für das Gelingen.

Wichtig wäre eine modellhafte Erprobung von neuen Organisationsformen beziehungsweise eine systematische Evaluation erster Erfahrungen. Um nicht flächendeckend in eine organisation- und wettbewerbsstrategische Sackgasse zu geraten, müßte die Revidierbarkeit einmal getroffener Fusionsentscheidungen ermöglicht werden. Besonders problematisch für die Entwicklung tragfähiger organisatorischer Lösungen wäre die Nutzung der vorgesehenen staatsdirigistischen Eingriffsmöglichkeiten in den innerorganisatorischen Reformprozeß.

Literatur:

- Balzer, D. (1993) Gesundheitsstrukturgesetz - was ist eigentlich so neu daran? In: DOK 1/2
- Bauer, H.H. (1993) Die Leistungen der "AOK -Die Gesundheitskasse" In: DOK 1/2
- Cassel, D. (1993) Anspruch und Wirklichkeit. Zur Organisationsreform der GKV. In: Soziale Sicherheit, Nr. 1
- Oppen, M. (1991) Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Klientenorientierte Gestaltungsvarianten sozialpolitischer Administrationen. Berlin: Edition Sigma Bohn