

Oppen, Maria

Working Paper — Digitized Version

Neue Produktions-Konzepte für öffentliche Dienstleistungen: Krankenkassen zwischen Markt und Staat

WZB Discussion Paper, No. FS II 93-204

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1993) : Neue Produktions-Konzepte für öffentliche Dienstleistungen: Krankenkassen zwischen Markt und Staat, WZB Discussion Paper, No. FS II 93-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:
<https://hdl.handle.net/10419/77646>

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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN
FÜR SOZIALFORSCHUNG

FS II 93-204

**Neue "Produktions"konzepte für öffentliche
Dienstleistungen
- Krankenkassen zwischen Markt und Staat**

Maria Oppen

1994

B

289

papers

Forschungsschwerpunkt

Technik

Arbeit

Umwelt

Inhalt

	Abstract	3
1	Entwicklungstrends im internationalen Kontext: von der behäbigen Bürokratie zum schlanken Dienstleistungsunternehmen	4
2	Krankenkassen im "Dritten Sektor": Besonderheiten des Produktionsregimes	12
3	Bestandsaufnahme: zunehmende Inkongruenz von bürokratischem Organisationsmodell und Anforderungsstrukturen	21
4	Rationalisierungskonzepte in der Kranken- versicherung	31
4.1	Ein strukturkonservatives Produktionsmodell mit "Marktorientierung"	34
4.2	Ein klientenzentriertes Produktionskonzept	39
5	Strategien und Akteure der Einführung neuer "Produktions"konzepte	44
5.1	Prozeßgestaltung	49
5.2	Akteure des Umbaus	53
6	Erfolgsbedingungen klientenzentrierter Restrukturierungsprozesse	57
7	Perspektiven: mehr Markt und mehr Staat?	62
	Literatur	73

Abstract

In der gegenwärtigen Modernisierungsdebatte des öffentlichen Sektors spielt die Verselbständigung von Verwaltungseinheiten eine zentrale Rolle. Die Reduzierung des Staates auf seine Kernaufgaben durch Enthierarchisierung und Dezentralisierung von Kosten- und Leistungsverantwortung sowie die Einführung wettbewerblicher Mechanismen und Instrumente werden als Bedingungen für Lern- und Innovationsfähigkeit von Organisationen zur flexibleren, wirtschaftlicheren und qualitativ hochwertigeren Produktion von öffentlichen Gütern und Dienstleistungen angesehen; eine Notwendigkeit in Anbetracht bisher verpaßter Reformchancen und wachsender Anpassungserfordernisse im Zuge gesellschaftlicher und ökonomischer Wandlungsprozesse.

Die Analyse von Modernisierungsprozessen bei den Krankenkassen, die im Rahmen zentraler leistungs- und organisationsrechtlicher Vorgaben erhebliche Autonomiespielräume besitzen und unter einem (begrenzten) Wettbewerbsdruck stehen, zeigt, daß die Übertragung öffentlicher Aufgaben an staatsfernere, verselbständigte Träger nicht selbstverständlich zu einer effizienteren und qualitätsbewußteren Produktionsorganisation von Dienstleistungen führt. Der Umbau vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen verlangt über organisatorische Umbauprozesse hinaus die Entwicklung völlig neuer Wahrnehmungs- und Entscheidungsmuster, Verhaltensstile und Bewertungsschemata. Für den Modernisierungsprozeß des öffentlichen Sektors ist dementsprechend eine Verringerung der "Fertigungstiefe" des Staates, die Schaffung von autonomen Einheiten mit dezentraler Gestaltungs- und Entscheidungskompetenz zunächst erst der Einstieg in die Entbürokratisierung. Die praktische Nutzung neugewonnener Flexibilitäten und die Herausbildung von Kreativität und neuen Leitbildern ist nach vorliegenden Erfahrungen Ergebnis mühsamer, mit Unsicherheiten behafteter und langwieriger Organisations- und Personalentwicklungsprozesse.

1 **Entwicklungstrends im internationalen Kontext: von der behäbigen Bürokratie zum schlanken Dienstleistungsunternehmen**

Die Diskussion über Reformen des öffentlichen Sektors ist nicht neu. Neu ist die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs und die Einmütigkeit, mit der Umstrukturierungserfordernisse von den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen anerkannt werden. Öffentliche Aufgaben müssen im Interesse von Klienten, Beschäftigten und Steuer- bzw. Beitragszahlern schneller und vor allem kostengünstiger, dabei zugleich aber qualitativ hochwertiger und effektiver ausgeführt werden - so die weithin geteilte Auffassung. Die Modernisierung wird für den öffentlichen Sektor selbst zunehmend zur Überlebensfrage in Teilbereichen, etwa angesichts des Privatisierungsdruckes im Zuge von EU-Integration und wirtschaftlicher Globalisierung. Mangelhafte Leistungsfähigkeit und geringe Effizienz trotz hoher staatlicher Aufwendungen werden inzwischen auch als Standortnachteil für die Wirtschaft thematisiert (der Bundesminister für Wirtschaft 1993). Wie es scheint, ist mit dem Staat - im hier angeführten Zusammenhang vor allem als Unternehmer und Arbeitgeber - kaum mehr "Staat zu machen"; hierzu-lande offensichtlich noch weniger als in anderen hochentwickelten Industrieländern, folgt man der Einschätzung von Experten, die der deutschen Verwaltung einen im internationalen Vergleich besonders ausgeprägten "Rationalisierungsrückstand" attestieren (Naschold 1993). Auch wenn der konkrete Nachweis hierfür im einzelnen eher schwer fallen dürfte, so zeigt doch ein Blick über die Grenzen, daß spätestens seit Anfang der 80er Jahre vor allem in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern grundlegende und übergreifende Konzeptionen zur Weiterentwicklung und Erneuerung des öffentlichen Sektors diskutiert, zwischen den beteiligten Akteuren vereinbart sowie zum Teil bereits gesetzlich normiert und erprobt worden sind.

Demgegenüber sind in der Bundesrepublik Deutschland basale Reformfordernisse insbesondere in der reformfreudigen Phase der 70er Jahre zwar konstatiert worden, aber Lösungsentwürfe bereits im Ansatz "versandet" oder in der Durchführung mehr oder weniger gescheitert (z. B. Dienstrechts- und Haushaltsreform, funktionale und Gebietsreform, Rechts- und Verwaltungsvereinfachung sowie Entbürokratisierung). Schon damals aufgestellte Forderungen etwa nach mehr Bürgernähe der Verwaltung sind insoweit auch eher in vordergründige Maßnahmen wie veränderte Öffnungszeiten, freundlichere Umgangsformen oder durchschaubarere Zuständigkeiten gemündet, als daß die gesamte Problemverarbeitung und Leistungserstellung klienten- und dienstleistungsadäquat neu zentriert worden wären. Ebenso wenig ist es im Zuge des verstärkten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechniken in den 80er Jahren gelungen, breit angelegte Prozesse der "systemischen Rationalisierung" (Baethge/Oberbeck 1986), der integrierten Umgestaltung von Arbeitsmitteln, Arbeitsorganisation und -prozessen sowie der Beziehungen zur Umwelt bzw. zu den Klienten

in Gang zu setzen. Innovationspotentiale über die Automatisierung und technische Unterstützung im Rahmen strukturkonservativer Arbeitsteilungsmodelle hinaus sind nicht nur den Begrenzungen der traditionellen Rechts- und Organisationsstrukturen, sondern weitgehend auch den restringierten Handlungskompetenzen und -fähigkeiten sowie den Beharrungstendenzen auf den verschiedenen Hierarchiestufen des politisch-administrativen Systems zum Opfer gefallen. Und selbst die seit Mitte der 70er Jahre nicht abreißen lassen Finanzkrisen der öffentlichen Hand haben strukturelle Neuerungen und Umorientierungsprozesse nicht initiieren können. Sparprogramme zeichnen sich durch punktuellen Leistungsabbau insbesondere im sozialen Bereich, Belastungsver-schiebungen zwischen verschiedenen Haushalten oder durch sporadische, pauschale Stellenkürzungen aus, letzteres auch eher verbunden mit dem Effekt von weiteren Leistungseinschränkungen und Qualitätsminderungen als mit dem systematischen Abbau von Produktivitätshemmnissen.

Bilanzieren läßt sich somit eine jahrzehntelange, weitgehende Immunität des öffentlichen Sektors gegenüber Veränderungen. Im Zuge verpaßter Innovationschancen wurden daher bürokratische Instrumente, tradierte Organisations- und Personalstrukturen sowie die vorherrschende Verwaltungskultur zunehmend inkompatibel mit den sich wandelnden Aufgabenstrukturen und verändernden Umwelтанforderungen. Heute steht der öffentliche Sektor vor der Aufgabe, bei extrem verengten Ressourcenspielräumen für die ungelösten Probleme der Vergangenheit sowie für die Bewältigung bereits absehbarer Erfordernisse in der nahen Zukunft zügig Restrukturierungsstrategien entwickeln und grundlegende Umorientierungsprozesse einleiten zu müssen, und zwar ohne hierbei in relevantem Ausmaß auf eigene systematisierte Reorganisationserfahrungen und Wissenspotentiale oder auf entwickelte Kommunikationskompetenz und Lernfähigkeit zurückgreifen zu können. Verständlich ist aus dieser Perspektive die nunmehr - wenn auch mit Verspätung einsetzende - Auseinandersetzung in Wissenschaft und Praxis mit Ansätzen der internationalen Reformdebatte. Denkanstöße und konzeptionelle Bausteine für den erforderlichen Umbau werden gegenwärtig vor allem aus der "new public management"-Bewegung, den Ansätzen zu und Erfahrungen mit neuen Organisationsdesigns zur Erledigung öffentlicher Aufgaben bezogen. Unter diesem Begriff werden radikale Restrukturierungskonzepte zusammengefaßt, die mit national unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen auf einen umfassenden Neuzuschnitt der Arbeitsteilung und Koordinierung zwischen privatem und öffentlichem Sektor, auf die Neubestimmung der Interaktionsbeziehungen zwischen Politik und Verwaltung sowie zwischen Verwaltung und ihren Klienten durch Stärkung des Marktmodells gerichtet sind. Marktliche oder quasi-marktliche Organisations- und Produktionsstrukturen, Verantwortlichkeiten und Anreizsysteme, Steuerungs- und Kontrollmechanismen sollen Effizienz und Effektivität der Erstellung und Verteilung bzw. Gewährleistung öf-

fentlicher Dienstleistungen und Güter steigern und die Rolle des Staates in der Ökonomie zurückschneiden.

Diese Reformperspektive war zunächst die auf Druck von konservativen bzw. neoliberalen Regimes insbesondere in den angloamerikanischen Staaten entwickelte Reaktion auf das Anwachsen staatlicher Interventionen und Bürokratien. Dabei wurde davon ausgegangen, daß der stetige Ausgabenanstieg nicht mehr zu entsprechenden Wohlfahrtszuwächsen führte. Zugleich sei die wachsende Abgabenlast Arbeitgebern wie Arbeitnehmern nicht mehr zuzumuten. Der Staat entziehe zudem für weniger produktive Zwecke dem privaten Sektor Ressourcen wie auch Betätigungsfelder (Mascarenhas 1993). Theoretische Begründungen bezog die Reformdebatte im wesentlichen aus ökonomisch orientierten Ansätzen von "public choice"-Vertretern, die den Konsumenten von öffentlichen Leistungen als wesentlich rational agierenden Individuen größere Wahlmöglichkeiten einräumen wollen. Hierzu sei eine Pluralität von Institutionen und Leistungsanbietern oder Quasi-Märkten erforderlich, die den unterschiedlichen Präferenzen der Bürger entspricht und die zugleich qua Wettbewerb die Effizienz der Leistungsproduktion und der Ressourcenverteilung reguliert. Weiter sollen Koordinationsstrukturen und Anreizmechanismen auf den öffentlichen Sektor übertragen werden, die entsprechend transaktionskostentheoretischen Annahmen und "principal agent"-Modellen das Akteurshandeln in privatwirtschaftlichen Organisationen steuern (ebenda).

Die zunehmende Universalisierung der "new public management"-Bewegung samt ihrer Begründungszusammenhänge wird der Globalisierung und Internationalisierung von Wirtschaft und ökonomischen Krisenerscheinungen zugeschrieben wie auch dem hiermit bedingten Druck auf die öffentlichen Ressourcen bei zugleich wachsenden wohlfahrtsstaatlichen Anforderungen. Ebenfalls transnationale Erscheinungen sind die wachsende Unzufriedenheit der Konsumenten öffentlicher Dienstleistungen mit deren Qualität vor dem Hintergrund veränderter Werthaltungen, sich ausdifferenzierender Lebensstile und Individualisierungstendenzen. In Phasen von Wirtschaftswachstum und steigender Arbeitskräftenachfrage - so ein weiteres Argument - wird zunehmend die sinkende Attraktivität des öffentlichen Sektors zum Wettbewerbsnachteil auf dem Arbeitsmarkt bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal gegenüber der Privatwirtschaft. Die Verbreiterung des "new public management"-Ansatzes wird zudem nicht unwesentlich durch international agierende Beratungsunternehmen vorangetrieben, die zunehmend in der Beratung zur Umstrukturierung öffentlicher Einrichtungen ihr "Geschäft der 90er Jahre" ausmachen (Westermann 1993).

Kernelemente und zentrale Konstruktionsprinzipien des vorherrschenden Reformprogramms nach dem "new public management" lassen sich analytisch zweiteilen:

- Auf der Makroebene geht es um eine neue Ordnungspolitik des öffentlichen Sektors, um die 'Verschlankung' des Staates. Im Zentrum steht die Neubestimmung der "Leistungstiefe" des öffentlichen Sektors, die Beschränkung der Staatstätigkeit auf die sogenannten Kernaufgaben und den Abbau von Überkapazität. Durch die Neubewertung des Verhältnisses von privaten zu öffentlichen Aufgaben soll ein neues Design bestehender Institutionen und Märkte erreicht werden, das Verhältnis von Verfügungsrechten, Wettbewerbskräften und staatlichen Regulationen neu bestimmt werden. Im politisch-administrativen System selbst stehen Enthierarchisierung und Dezentralisierung im Vordergrund, und eine Segmentierung der Problembearbeitung nach Produkten und Leistungstypen sowie nach Marktsegmenten soll vorgenommen werden. Instrumente hierzu sind neben der Privatisierung insbesondere öffentlicher Unternehmen oder Aufgabenbereiche ("buy-outs") vor allen Dingen "outsourcing" und "contracting-out": Zu prüfen ist, welche spezifischen Leistungen und Güter zugekauft oder in der Herstellung nach außen vergeben werden können. Ein weiteres Instrument ist die Verselbständigung von Verwaltungseinheiten in rechtlicher, ökonomischer und organisatorischer Hinsicht. Dezentrale Budgetverantwortung, Leistungsgestaltung und personalpolitische Autonomie wird durch 'center'-Konzepte, die Bildung von Agenturen oder Konzernstrukturen angestrebt. Gesetzt wird hierbei auf eine neue Mischung aus öffentlicher und privater Aufgabenerfüllung, auf die Entflechtung staatlicher Bürokratien, auf die Einführung marktähnlicher Mechanismen oder geregelter Konkurrenzverhältnisse in die Bereitstellung öffentlicher Leistungen und Güter sowie auf die Aufhebung der Monopolstellung öffentlicher Anbieter.
- Auf der Mikroebene geht es um die binnenorganisatorische Restrukturierung der Leistungserstellungsprozesse zur Produktivitätssteigerung, um die Modernisierung traditioneller bürokratischer "Produktions"konzepte innerhalb bestehender oder neu konstituierter öffentlicher Einrichtungen, die "lean administration". Instrumente hierzu sind neue Managementbefugnisse und -verantwortlichkeiten, z. B. durch Zielvereinbarung sowie die Flexibilisierung bzw. Globalisierung der Budgets und strategisches bzw. operatives Controlling. Neue Führungsinstrumente und -stile sollen dem strategischen Stellenwert der Humanressourcen sowie der neuen Kunden- und Marktorientierung Rechnung tragen. "Total quality management", leistungsorientierte Entlohnungs-, Beurteilungs- und Selektionskriterien sowie eine stärkere Gewichtung von Aus- und Weiterbildung markieren den Prozeß von der Personalverwaltung hin zur Personal- und Organisationsentwicklung (Reichard

1993). Als organisatorische Voraussetzung für die Beseitigung von Produktivitätsrückständen gelten weitreichende Dezentralisierungsstrategien wie Verlagerung von Kompetenz und Verantwortung vom Zentrum an die Peripherie, neue Formen der Aufbau- und Ablauforganisation, Aufgabenintegration und Teamarbeit, die zugleich lernförderliche Arbeitsstrukturen schaffen. Veränderte Anreizmechanismen und Partizipationsformen sollen dazu beitragen, Leistungsbereitschaft, Kreativität und Qualitätsbewußtsein bei den Dienstleistungsproduzenten zu fördern.

- Der Schwerpunkt der gegenwärtigen Reforminitiativen und Modernisierungskonzepte im öffentlichen Sektor hochentwickelter Länder - so läßt sich bilanzieren - setzt an den Organisations- und "Produktions"strukturen der Leistungserstellung an und nicht an politischen Programmen und Aufgaben- bzw. Leistungsdefinitionen. Auch Deregulierung und Privatisierung im Sinne eines vollständigen Rückzuges des Staates aus spezifischen Verantwortungsbereichen stehen nicht im Zentrum der Reformen. Sie sind vielmehr Elemente der Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Politikformulierung und -umsetzung. Der Kerngedanke ist auf der Makroebene die Enthierarchisierung und Entflechtung des politisch-administrativen Systems durch Bildung weitgehend unabhängiger und eigenverantwortlicher Organisationseinheiten auf der operativen Ebene mit einem professionellen, mit weitreichenden Kompetenzen und neuen Führungsinstrumenten ausgestatteten Management an der Spitze. Die Einführung kontraktueller Arrangements unter wettbewerblichen Bedingungen schließt 'make-or-buy'-Entscheidungen ein, womit öffentliche Dienstleistungsproduzenten nicht nur untereinander, sondern auch mit privaten Leistungsanbietern um Aufträge konkurrieren können. Die Konsumentenmacht der Bürger als Adressaten öffentlicher Leistungen soll durch Wahlmöglichkeiten gestärkt, ihre "Kaufentscheidung" mit Einführung von Selbstbeteiligung, Gebühren oder Preisen durch Kostennutzenkalküle geleitet und 'moral hazard'-Phänomene begrenzt werden. Angestrebt wird damit zugleich eine Reduktion von hierarchischer Steuerung und Kontrolle durch gesetzliche Vorgaben und Richtlinien und die Verankerung eines selbstregulierenden Systems auf der Basis gesellschaftlicher Kontrolle durch Marktmechanismen. Von der Ablösung des tradierten Bürokratiemodells durch die Modellierung von "Produktions"strukturen nach dem 'new public management'-Konzept auf der Mikroebene verspricht man sich erhebliche Produktivitätszuwächse. Die dem Marktmodell verpflichtete Einführung von Konkurrenzelementen führt hiernach zu einem Anpassungsdruck, der Prozesse der Organisationsentwicklung und des Organisationslernens unumgänglich macht und fast automatisch - so die Erwartung - einen Wandel der Arbeitsstrukturen in Gang setzt, der zu Kostensenkung und Leistungssicherung führt und zugleich die Attraktivität der Arbeitsplätze wie des Dienstleistungsangebotes erhöht (Greve 1993).

Bislang sind Chancen und Risiken, Erfolge und unerwünschte Nebenfolgen des 'new public management'-Ansatzes noch nicht überschaubar. Selbst in den fortgeschrittensten Ländern wie Großbritannien oder Neuseeland bezieht sich der Prozeß der Transformation des öffentlichen Sektors zunächst auf die eher peripheren Dienstleistungsbereiche wie Straßen- und Gebäudereinigung, Grundstücks- und Hausverwaltung oder auf Infrastruktureinrichtungen wie Ver- und Entsorgung, Verkehr und Telekommunikation; Bereiche, die in Deutschland auch ohne globales Modernisierungskonzept sukzessive einer Reorganisation unterzogen werden. Vorliegende Zwischenergebnisse und -einschätzungen legen allerdings gegenwärtig nahe, daß die nicht unerheblichen Produktivitätssteigerungen, gemessen in Ausgabensenkungen oder zumindest Personalreduktionen, die Qualität bzw. Effektivität des Dienstleistungsangebotes nicht unberührt lassen; deutlichen Verbesserungen in Teilbereichen stehen Leistungseinschränkungen gegenüber (Walsh 1993; v. Otter 1993). Kritische Stimmen befürchten insgesamt einen Wandel des Dienstleistungscharakters, denn essentiell für solche Reformprogramme sei gerade der Versuch, in den öffentlichen Sektor zentrale privatwirtschaftliche Leitbilder und Wertvorstellungen zu inkorporieren, womit eine radikale Perspektivverschiebung von der Staatstätigkeit als Wohlfahrtssicherung hin zu einer effizienz- und wettbewerbsorientierten Unternehmenskultur verbunden seien (Mascarenhas 1993). Der neue "managerialism", der auf die Verlagerung von Entscheidungskompetenz und Finanz- und 'output'-Verantwortung auf die operativen Ebenen der verselbständigten oder privaten Dienstleistungsorganisationen setzt, könne leicht zu Lasten des öffentlichen Interesses gehen, insbesondere dann, wenn keine geeigneten Lösungen für die veränderten Steuerungs- und Kontrollerfordernisse an die Politik, für neue Integrations- und Koordinationsprobleme unter den arbeitsteilig produzierenden Dienstleistungsanbietern gefunden werden. Denn die Funktionsfähigkeit komplexer Beziehungsgefüge der netzwerkartigen Interaktion zwischen verschiedenen Organisationseinheiten und Akteuren ist oft Voraussetzung für die Erreichung der intendierten Politikziele bzw. für die Wirksamkeit der öffentlich bereitgestellten Güter und Dienstleistungen.

Dem 'new public management'-Ansatz wird weiterhin eine verengte, dichotomische Staat/Markt-Perspektive vorgehalten. Die Reformkonzepte basieren auf einem Idealmodell *des* privaten Sektors und übertragen dessen Methoden und Instrumente auf *den* öffentlichen Sektor. Einerseits zeigt aber die Diagnose der Ursachen gegenwärtiger Krisenerscheinungen, daß auch in der Privatwirtschaft in Deutschland erhebliche Produktivitäts- und Innovationsprobleme in der internationalen Wettbewerbssituation auszumachen sind (Jürgens/Naschold 1994). Hier ist ebenso von der "versäumten Qualitätsrevolution", der mangelnden Kundenorientierung oder der "desinteressierten und defensiven" Rezeption ausländischer Erfahrungen mit neuen Arbeitsstrukturen,

Partizipationsformen und der Entwicklung sozialer Produktivitätspotentiale die Rede. Andererseits wird von den Verfechtern des neuen Wettbewerbsmodells versäumt, die existierende, historisch gewachsene Vielfalt von Organisations- und Koordinationsvarianten zur Erledigung öffentlicher Aufgaben "zwischen Markt und Staat" und die damit gemachten Erfahrungen und systematisierten Erkenntnisse angemessen konzeptionell zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund ist auf Theorien des "Dritten Sektors" zu verweisen, die hier wichtige Vorarbeiten darstellen. Vertreter von Ansätzen zu Ökonomie, Organisation und Funktion des dritten Sektors zwischen unmittelbar öffentlicher und "rein" privatwirtschaftlicher Dienstleistungs- und Güterproduktion beobachten schon seit längerem einen internationalen "Megatrend" in Richtung einer Deglomeration der öffentlichen Aufgabenerfüllung. Die Auseinandersetzung mit der quantitativen Relevanz und Entwicklungsdynamik der Randbereiche der Staatstätigkeit im Verhältnis zu staatlichen Kerninstitutionen sowie mit den vielfältigen Vernetzungs- und Transaktionsformen zwischen diesen (mit je spezifischen Vor- bzw. Nachteilen hinsichtlich ökonomischer Effizienz und politischer Effektivität) verdeutlicht, daß in dieser Forschungsperspektive die tradierte Zweiteilung öffentlich vs. privat längst zugunsten differenzierterer Erklärungsansätze aufgegeben worden ist (Pifer 1975; Becker 1976; Hood/Schuppert 1988).

Auch wenn die bestehenden, nicht unmittelbar staatlichen Organisationsvarianten der Dienstleistungsproduktion nicht mit Perspektive auf Produktivitätsvorteile gestaltet worden sind, so hat die Auslagerung öffentlicher Aufgaben auch in der Theorie des 'Dritten Sektors' eine positive Konnotation. Im Vergleich zu staatlichen oder kommunalen Bürokratien - so die Argumentation - sind bei den "Trabanten" des Verwaltungssystems die Chancen zur Demokratisierung, zur organisatorischen Flexibilisierung wie auch zur Selbsterneuerung umfassender. Denn es handelt sich um eine insgesamt kontrollärmere Sphäre, innerhalb derer kooperative Formen der Meinungs- und Entscheidungsbildung kulturellen und politischen Pluralismus und die Anpassung der Aufgabenerfüllung an lokale Gegebenheiten eher zulassen. Größere Flexibilität in der Arbeitsgestaltung, mehr Autonomie der Leitungsebene und auch die leichtere Rekrutierbarkeit von Expertenwissen ermöglichen hiernach eine reagiblere Leistungserstellung. Auch ist die potentielle Konsumentenmacht durch partizipative Strukturen, insbesondere unter wettbewerbsähnlichen Bedingungen, größer.

Soweit solche Zuschreibungen auch für Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zutreffen, ist somit von einem strukturell verankerten höheren Anpassungs- und Innovationspotential solcher Organisationen auszugehen. Auch wenn dies nicht gleichbe-

deutend ist mit einer faktisch effizienteren und effektiveren Ausfüllung von staatlichen Aufgaben - auch verselbständigten Trägern werden bürokratische Verkrustungstendenzen, mangelnde Responsivität oder das Dominieren interner Prioritätensetzung attestiert - , so stellen doch gerade die Ortskrankenkassen ein besonders interessantes Beobachtungsfeld für Chancen und Risiken innovativer Handlungsstrategien zur Bewältigung krisenhafter Entwicklungen dar. Denn marktähnliche Strukturen, die in Teilbereichen des öffentlichen Sektors als Bedingung für neue Handlungsmöglichkeiten zur Produktivitätssteigerung diskutiert werden, weitgehende dezentrale Ressourcenautonomie und Managementverantwortung existieren hier bereits, allerdings unter der Maßgabe, daß bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften das staatliche Steuerungs- und Interventionspotential tendenziell größer ist als bei Trägern anderer Rechtsformen innerhalb des 'Dritten Sektors'.

Auch wenn bei den Krankenkassen als verselbständigten Verwaltungsträgern empirisch nach wie vor bürokratische und strukturkonservative Orientierung und Strategien in der gegenwärtigen Umbruchphase vorherrschen, so ließen sich doch bereits früh in steigender Anzahl Vorreiterorganisationen und Modellprojekte identifizieren, im Rahmen derer die Dienstleistungsproduktion radikal umgestaltet wurde. Auszumachen sind Konzepte einer klaren Markt- und Wettbewerbsorientierung mit einer Arbeitsorganisation neotayloristischer Prägung sowie der Typus eines klientenzentrierten "Produktions"konzeptes von Dienstleistungen, das einem Organisationsmodell der flachen Hierarchien, teilautonomer Gruppenarbeit und der Dezentralisierung von Entscheidungskompetenz verpflichtet ist. Hieran läßt sich deutlich machen, daß das einzelbetriebliche Management auch bei staatlich festgelegtem Leistungsprogramm sowie haushalts- und dienstrechtlichen Vorgaben zwar limitierte, aber oft nicht ausgeschöpfte Handlungsspielräume für die Entwicklung moderner, qualitäts- und effizienzorientierter Leistungserstellungskonzepte hat. Gefragt wird daher nach den Grenzen und Möglichkeiten, Voraussetzungen und Wirkungspotentialen einzelbetrieblicher Umbaustrategien von behäbigen Bürokratien hin zu modernen Dienstleistungsunternehmen. Angesprochen ist damit nicht nur Effizienz und Qualität von Verwaltungsprodukten und Serviceleistungen; Innovationsprozesse müssen zugleich die Qualität der Arbeit aus Perspektive der Beschäftigten focussieren. Denn es handelt sich bei diesem Produktionsprozeß vielfach um einen Interaktions- und Kommunikationszusammenhang zwischen Personal und Klienten, der unter dem Aspekt der Produktivitätssteigerung nicht auseinanderzureißen ist: Qualität zugunsten der einen Seite kann auf Dauer nicht zu Lasten der anderen erreicht werden.

Bei den von Krankenkassen erbrachten Dienstleistungen handelt es sich einerseits um die Anliegenbearbeitung, durch die den Klienten zustehende Sach-, Dienst- und mo-

netäre Leistungen bemessen, bereitgestellt und kontrolliert werden sowie um Informations- und Beratungsdienstleistungen, die Klienten oft erst in die Lage versetzen, ihre Ansprüche normgerecht geltend und administrierbar zu machen. Die Wirksamkeit sozialpolitischer Programme (deren leistungsrechtliche Substanz selbst hier nicht zur Debatte steht), die Verteilung der "originären" Sozialleistungen zur Bewältigung von Lebenslagerisiken und zur Herstellung vergleichbarer Lebensverhältnisse hängt somit nicht zuletzt von der Effizienz und Effektivität der diese Leistungen vermittelnden Organisationen als Teil der komplexen, vernetzten gesundheitspolitischen Arena ab.

2 **Krankenkassen im "Dritten Sektor": Besonderheiten des Produktionsregimes**

Unter dem Oberbegriff "Dritter Sektor", der in der wissenschaftlichen Debatte bisher noch keine generelle Akzeptanz für sich beanspruchen kann¹, werden alle nicht unmittelbar dem öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Sektor zuzurechnenden Organisationen zusammengefaßt, die mit der Erfüllung öffentlicher oder halböffentlicher Aufgaben betraut sind. Hierunter werden gemeinhin Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts, gemeinnützige Stiftungen und Vereinigungen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, aber auch privatrechtliche Gesellschaften mit und ohne staatliche Beteiligung, Selbsthilfeorganisationen mit und ohne öffentliche Bezuschussung subsumiert.

Diese auch heute noch rechtfertigungs- und erklärungsbedürftige Terminologie hat nicht nur forschungspragmatische, sondern mehr oder weniger explizit auch normative Wurzeln (Seibel 1990). Die Heterogenität der Organisationsformen im Dritten Sektor verdeutlicht, daß mit dieser Formel zunächst Phänomene umschrieben sind, die bezogen auf die traditionelle Markt-Staat-Dichotomie Zuordnungsprobleme bereiten. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung hiermit ist man sich allenfalls einig darin, daß der Dritte Sektor in allen westlichen Industriegesellschaften schon lange eine bedeutende und in neuerer Zeit wachsende Rolle spielt (Hood/Schuppert 1988). Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gegenwärtig in vielen Ländern verfolgten Reformbemühungen im öffentlichen Sektor, Produktivitätssteigerungen durch Vernetzung, Selbstständigkeit von Verwaltungseinheiten, Privatisierung und 'contracting out' zu erzielen. Mindestens implizit normative Bezugspunkte kommen im wachsenden wissenschaftlichen und politischen Interesse an dem Dritten Sektor zum Ausdruck. Denn die Debatte um Staatsüberlastung und Steuerungsdefizite, Effizienz- und Qualitätsein-

¹ Teilweise synonym verwendet oder auf eingegrenzte Segmente oder Organisationsbereiche des Dritten Sektors bezogene Termini in der internationalen Debatte sind z. B. "PGOs" (paragovernmental organisations), QUANGOs* (quasi-nongovernmental organisations oder auch non-profit-sector).

bußen bei öffentlichen Dienstleistungen und die hieran geknüpften ordnungspolitischen und binnenorganisatorischen Modernisierungsstrategien zur Reduzierung des Staates auf seine "Kernaufgaben" durch redesign bestehender Institutionen und Märkte, sind von der Vorstellung geprägt, daß gerade "zwischen Markt und Staat", in einer neuen Mischung quasi-marktlicher und quasi-staatlicher Strukturen und Orientierungen, erhebliche Leistungsreserven zu mobilisieren sind. Schon Anfang der 70er Jahre stellt der "Dritte" eine Alternative zum privatwirtschaftlichen und zum öffentlichen Sektor dar, der die unterstellten Nachteile der dort anzutreffenden Organisationsformen - das Profitstreben privater Unternehmen und die Bürokratisierungstendenzen öffentlicher Verwaltungsapparate - vermeidet und zugleich deren Vorteile - Flexibilität und Effizienz einerseits, Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit andererseits - miteinander verbindet (Etzioni 1973). Vor dem Hintergrund neuerer Untersuchungen zum Dritten Sektor und der dort auftretenden Ineffizienzen, des zu beobachtenden Dilettantismus und Versagens (Seibel 1992), besteht hierin eher eine fakultative Alternative zur Bereitstellung öffentlicher Güter, eine Steuerungsreserve gesellschaftlichen Wandels; der Dritte Sektor stelle zwar "keine verlängerte Werkbank des Staates dar, aber er ermöglicht zusätzliche institutionelle Arrangements zur Sicherung politischer Stabilität, zumal in Zeiten beschleunigten ökonomischen und sozialen Wandels" (S. 55).

Allerdings ist zu konstatieren, daß erhebliche Defizite und nachgerade "blinde Flecken" in der Konzeptionalisierung dieses Sektors, der theoretischen Begründung von Entstehung bzw. Existenzberechtigung, von typischen Struktur- und Funktionsmerkmalen sowie Handlungsorientierungen in Abgrenzung zu staatlichen wie auch zu marktlichen Organisationen bestehen. Hood und Schuppert (1988) diagnostizieren dementsprechend einen breit anerkannten, empirischen Entwicklungstrend, der "auf der Suche nach einer Wissenschaftsdisziplin" sei. Dennoch liefern ganz unterschiedliche Theorietraditionen eine Reihe von vorläufigen Hypothesen zu den Besonderheiten des Dritten Sektors. Mir geht es im folgenden um die spezifischen Innovationspotentiale solcher Organisationen zur Steigerung von Effizienz und Qualität im Vergleich zu öffentlichen Bürokratien, um die förderlichen wie hinderlichen Bedingungen für Anpassungs- und Lernprozesse im gesellschaftlichen Wandel.

In Anlehnung an Hood und Schuppert (ebenda) lassen sich zunächst einmal grob zwei Gruppen von Organisationsformen gegenüber den unmittelbaren öffentlichen Bürokratien (Staats-, Länder- und Kommunalverwaltungen) unterscheiden: die sogenannten *verselbständigten Verwaltungseinheiten* (Anstalten und Körperschaften öffentlichen Rechts u. ä.), zu denen auch die Krankenversicherungsträger zählen sowie *staatsunabhängige Einrichtungen* als Träger öffentlicher Aufgaben, die diese aufgrund einer

Übereinkunft mit öffentlichen Stellen erbringen und deren Gründung nicht durch öffentlich-rechtliche Organisationsakte erfolgt (privatrechtliche Gesellschaften, Vereine, Stiftungen etc.). Hinter dieser Differenzierung steht die These, daß die verselbständigten Verwaltungseinheiten oder auch die "mittelbare Staatsverwaltung" gegenüber dem zweiten Typus einen geringeren Grad an Selbständigkeit aufweist und zugleich die staatlichen Einwirkungsmöglichkeiten größer sind (Becker 1976). Dies ist grundsätzlich bei den folgenden Überlegungen, die ich in bezug auf die Krankenkassen spezifizieren werde, zu berücksichtigen.

Die Übertragung spezifischer, klar abgrenzbarer Aufgabenbereiche und Funktionen an verselbständigte Träger entlastet nach einer ersten These nicht nur den Staat von typisch einzelbetrieblichen Funktionen und z. T. politisch konflikträchtigen Entscheidungen; die Erfüllung herausgelöster einzelner Dienstleistungsaufgaben durch solche Agenturen ist auch effizienter und effektiver.

Aus vor allem verwaltungswissenschaftlicher Argumentation heraus haben die öffentlichen Aufgaben einen so hohen Grad an Differenziertheit und Unübersichtlichkeit angenommen, daß ihre sachgemäße und regelgerechte Erledigung in Frage gestellt ist ("Unregierbarkeit der Städte"; Becker 1976). Steuerungsprobleme (aber auch nicht zu vernachlässigende, erhebliche Transaktionskosten) ergeben sich nicht nur durch eine aufwendige Kommunikations-, Kooperations- und Entscheidungsstruktur über Hierarchie- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg. Als nicht unproblematisch für die Steigerung von Rationalität und Effizienz wird auch die Verzahnung von staatlichen Funktionen unterschiedlichen Charakters (Kontroll-, Redistributions-, Entwicklungs- und Dienstleistungsfunktion) angesehen (ebenda). Verselbständigte Organisationen außerhalb des politisch-administrativen Systems implizieren die Vermeidung von organisatorischen Unzulänglichkeiten bzw. lösen "administrative Dilemmata" (Hood/Schuppert 1988) in anderer Weise ("escape theory"; Hague u. a. 1975): geringere Zahl von überschaubaren Verantwortungsbereichen, Abbau von Hierarchie, Reduzierung des Kommunikations- und Koordinationsbedarfs. Mit Blick auf die Beschäftigten und deren Leistungsfähigkeit werden mit der Geschlossenheit des Aufgabenbereichs eine stärkere Identifikation mit dem Organisationsziel und eine höhere Arbeitszufriedenheit assoziiert. Im Vergleich zur Anonymität und Heterogenität von großen Allzweckträgern könnten die Beschäftigten mit ihrem Aufgabenverständnis und ihrer Berufsauffassung der Agentur ein spezifisches Gepräge geben: Professionalismus ersetzt Beamtenethos. Aus Perspektive der Bürger resultieren aus der Dezentralisation rechtsstaatliche Vorzüge wie eine bessere Überschaubarkeit der Leistungseinheit mit nachvollziehbaren Leistungs- und Verantwortungsstrukturen und Verringerung anonymer, problemadäquater Entscheidungen und langer Entschei-

dungswege sowie eine Begrenzung des Ohnmachtsgefühls gegenüber einer überdimensionierten Bürokratie.

Bei den insgesamt weit über 1.000 Krankenkassen - davon rund 270 Ortskrankenkassen - handelt es sich um einen solchen geschlossenen Aufgabenbereich, der die Entwicklung einer gesundheitspolitisch orientierten Verwaltungskultur bzw. Berufsauffassung - unterstützt durch eine bereichsspezifische Ausbildung - fördern könnte. Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die "Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern" und bei eigener Mitverantwortung und Mitwirkung den Versicherten hierbei durch "Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken" (Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (V), § 1). Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen (von Krankengeldleistungen abgesehen), über deren Erbringung die Krankenkassen mit den Leistungsanbietern Verträge abschließen. Neben Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten umfassen sie ärztliche und Krankenhausbehandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege sowie Rehabilitationsleistungen. Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge der Mitglieder und Arbeitgeber finanziert, die die Kassen berechnen und erheben und mit den Leistungserbringern abrechnen. Gemeinsam mit diesen haben die Krankenkassen eine "bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten", die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und wirtschaftlich erbracht werden muß (ebenda, § 70). Bei den den Kassen weitgehend gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben ist zwar durchaus der Aspekt der Überschaubarkeit des Zuständigkeitsbereiches und damit reduzierter Abstimmungsbedarf, aber ähnlich wie bei staatlichen Allzweckträgern auch die Funktionsheterogenität gegeben: sie sind keine "reinen" administrierenden Dienstleistungsorganisationen (Bewilligung und Bereitstellung von Leistungen, Informations- und Beratungstätigkeiten), sondern sie haben auch Redistributions- und Kontrollfunktionen (Kontrolle der pflichtgemäßen Anmeldung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern durch den Arbeitgeber, Kontrolle der regelgerechten Inanspruchnahme von Leistungen oder Kontrolle der Leistungserbringer hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität). Widersprüchliche Anforderungsstrukturen und Außenwahrnehmungen sowie entsprechende Konfliktpotentiale sind hierin angelegt.

Die größere Autonomie der verselbständigten Verwaltungseinheiten bzw. ihrer Führungsspitze sowie die geringere staatliche Kontrolle eröffnen nach einer zweiten These erweiterte Handlungsspielräume und Flexibilitäten hinsichtlich der organisatorischen,

technischen und personellen Ausgestaltung der Leistungserstellung, die zu einer erhöhten Anpassungsfähigkeit an veränderte Umweltbedingungen wie auch zu einem größeren Innovationsdruck führt.

Mit Bezug auf ökonomisch basierte Theorien des "Staatsversagens" (Seibel 1992), und hier insbesondere auf Aspekte der traditionell fehlenden Anreize und Sanktionen im Verwaltungsapparat sowie der mangelnden Zurechenbarkeit der Verantwortung für kostenwirksame Entscheidungen, werden verselbständigten Verwaltungseinheiten selbst bei haushalts- und besoldungs- oder tarifrechtlichen Bindungen erweiterte Optionen in der Anwendung managerieller Grundsätze und Instrumentarien zugeschrieben. Bei Personalplanung und Entwicklung (Rekrutierung, Qualifizierung, Beurteilung und Beförderung) können in Organisationen des Dritten Sektors Managementkonzepte an gewandelte Erkenntnisse und Personaleinsatzstrategien, an neue Anforderungsstrukturen oder Arbeitsmarktentwicklungen schneller, ohne bürokratischen Koordinations- und Bewilligungsaufwand, angepaßt werden (Becker 1976). Flexiblere Beschäftigungsformen hinsichtlich Status, Arbeitszeit, Eingruppierung oder Leistungszulagen und Aufstiegschancen erleichtern die Anwerbung von Querdenkern und Seiteneinsteigern bzw. von unorthodoxen, talentierten Leuten, die von einer traditionellen Laufbahnkarriere üblicherweise nicht angezogen werden (Hood/Schuppert 1988). Die Entwicklung eines dem Dienstleistungscharakter entsprechenden strukturellen und kulturellen Organisationsprofils ist eher als bei großen Allzweckträgern zu bewerkstelligen. Durch die Herauslösung des Budgets aus dem unmittelbaren Zusammenhang des öffentlichen Haushalts und seiner Gliederung ist von einer größeren Kosten- und Leistungstransparenz auszugehen. Die Übereinstimmung von Aufgabenbereich und Entscheidungskompetenz ermöglicht vor diesem Hintergrund eine klarere Zuweisung von Produktivitäts- und Qualitätsverantwortung an das Management oder sogar die Spezifikation von Zielen und die Definition von Zielerreichungskriterien.

Die Krankenkassen sind als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung dezentralisierte, vom Staat geschiedene Träger öffentlicher Aufgaben in Eigenverantwortung (Schnapp 1983). Formal kann die Selbstverwaltung per Satzung Art und Umfang der Leistungen, die Beitragssätze, Bezirk und Kreis der Mitglieder und Sitz der Krankenkasse festlegen, soweit dies nicht gesetzlichen Regelungen widerspricht; sie stellt den Haushaltsplan fest und beschließt über die Auflösung oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen. Faktisch ist ihnen jedoch die Gestaltung des Verhältnisses zu den Versicherten in vieler Hinsicht entzogen. Generell sind die Leistungen ganz überwiegend per Gesetz geregelt, die Ermessens- und Satzungsleistungen durch den Gesetzgeber sukzessive eingeschränkt worden. Ebenso ist der Mitgliederkreis teilweise durch rechtliche Bestimmungen festge-

legt. Die Zuständigkeitsregelungen für die Versicherten bestehen aus einer Mixtur von Zuweisungen, Zugangssperren und begrenzten Wahlrechten¹. Während rund die Hälfte der Versicherten (Seehofer 1993), die Angestellten und freiwilligen Mitglieder, Wahlrechte zwischen verschiedenen Kassenarten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und letztere zusätzlich für private Krankenversicherungen haben, werden Arbeiter, Arbeitslose und Rentner nach formalen Kriterien wie Betriebs-, Innungs- oder Berufsgruppenzugehörigkeit bestimmten Kassen zugeordnet. Dies bedeutet nicht nur eine Benachteiligung verschiedener Mitgliedergruppen, sondern auch erhebliche systematische Differenzen zwischen den kassenartenspezifischen, versicherungsmathematischen Risikostrukturen, die neben anderen Faktoren die Beitragssatzhöhe mitbestimmen. In der Konsequenz führten diese Regelungen in der Vergangenheit zu einer Mitgliederpolitik des Wettbewerbs um "günstige Versicherungsrisiken" - insbesondere jüngere, gutverdienende Alleinstehende -, die entsprechend hohe Beiträge zahlen und geringe Ausgaben verursachen.

Die Beitragssatzautonomie kennzeichnet insofern einen nur engen Handlungsspielraum, als die Beiträge kostendeckend sein müssen, die Kosten aber - neben der Risikostruktur ihrer Versicherten (Einkommen, Alter, Geschlecht, Mitversicherte etc.) - von dem gesetzlich festgeschriebenen Leistungskatalog bzw. den Leistungserbringern - insbesondere von den Ärzten - definiert und dirigiert werden. Deren ökonomisches Interesse ist aber auf einen möglichst hohen Absatz an Gesundheitsgütern und Dienstleistungen ausgerichtet, und sie haben mit ihrem Expertenstatus zugleich einen zentralen Einfluß auf die Nachfrageseite. Steuerungsmöglichkeiten für die Kassen liegen im wesentlichen in der Vertragsgestaltung im Zusammenwirken mit anderen Korporationen (externe Regelungskompetenz) sowie in dem kleinen "5-Prozent-Bereich" ihrer eigenen Verwaltungsausgaben an allen Ausgaben und in der Mitgliedererwerbungsbeeinflussung zur Beeinflussung der Risikostruktur (interne Regelungskompetenz). Auch wenn mit der Bindung an spezifische Grundsätze des Bundeshaushaltsrechts (Aufstellung ihrer Dienstordnungen, Stellen- und Besoldungsgefüge) für die Sozialversicherungsträger der staatliche Einfluß auch auf die Binnenorganisation nicht zu leugnen ist, so bestehen hier doch weitreichende Gestaltungschancen für das einzelbetriebliche Management bzw. die Selbstverwaltung hinsichtlich Personal- und Organisationsentwicklung, neuer Managementkonzepte und Führungsstile, neuer Arbeitsformen und Kompetenzverteilungen, Geschäftspolitik und Ausbau eigener Betätigungsfelder in der Versichertenbetreuung und im Dienstleistungsangebot.

In Organisationen des Dritten Sektors ist - so eine dritte These - mit dem Selbstverwaltungsprinzip und dem zumindest dem Anspruch nach staatlichen Interventionsverzicht der institutionelle Rahmen für mehr "Demokratisierung" und

"Partizipation" gegeben, um der kulturellen und politischen Vielfalt im Meinungs- und Entscheidungsbildungsprozeß Ausdruck zu verleihen und die Dienstleistungsproduktion schneller zu innovieren.

Das Demokratisierungspotential verselbständigter Einheiten liegt aus der Perspektive korporatistischer und partizipatorischer Erklärungsansätze darin begründet, daß das Management weitgehend von der politischen Verantwortung freigestellt ist bzw. der (partei-) politische Einfluß auf die Erledigung bestimmter öffentlicher Aufgaben neutralisiert wird ("buffer theory"; Hague u. a. 1975). Der Selbstverwaltungsgedanke läßt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip ableiten. Spezifische Aufgaben sind mit dem geringstmöglichen bürokratischen Aufwand und dem geringstmöglichen Umfang an öffentlichen (Regelungs-) Gewaltbefugnissen zu erbringen, sofern institutionelles Versagen mehr oder weniger ausgeschlossen werden kann. Dabei wird auch davon ausgegangen, daß das Selbstverwaltungsprinzip - im Falle der Krankenversicherung getragen von den Sozialpartnern - im Regelfall zu sachgerechteren Lösungen führt, weil die Betroffenen den Sachverhalt am besten kennen und adäquatere Regelungen aushandeln können. Diese finden zugleich leichter Akzeptanz als staatlich auferlegte Regulierungen, weil sie auf Ausgleichsprozessen divergierender Interessen beruhen. Bestimmte öffentliche Aufgabenbereiche sind durch "funktionale Imperative" ("service imperatives"; Hood/Schuppert 1988: 48) gekennzeichnet, die mit geringeren Transaktionskosten, auch im Sinne der Minimierung von Konfliktpotential, von dysfunktionalen Nebeneffekten oder Entscheidungsblockaden angemessener in einer kontrollärmeren, halböffentlichen Sphäre zu lösen sind. Ein solches Konfliktpotential liegt - neben der oben angeführten Verzahnung von Kontroll- und Dienstleistungsfunktionen - z. B. in der öffentlich debattierten mangelhaften Dienstleistungsqualität oder der Bürgerferne von Verwaltungsentscheidungen, das zu Undurchschaubarkeit, Unsicherheit und erheblichem Aufwand für die Bürger führt und in der Summe zu Bürokratieverdrossenheit, und das vor dem Hintergrund ausgeweiteter staatlicher Interventionen in immer weitere Bereiche des privaten Lebens. Zugleich sind Sensibilisierungs- und Mobilisierungsprozesse innerhalb der Gesellschaft in Gang gekommen durch das Erstarken der neuen sozialen Bewegungen und durch die Verbreitung eines neuen "Dienstleistungsbewußtseins" im Zuge der zunehmenden Angewiesenheit auf und Konsumtion von Dienstleistungen aller Art. Entstanden sind in diesem Zusammenhang kritischere Haltungen gegenüber den mangelnden Partizipationschancen an Entscheidungsprozessen und der fehlenden Grundlage für Bewertung und Kontrolle von Dienstleistungen. Die staatsfreie Selbstverwaltung in der Sozialgesetzgebung sollte von Anfang an die Lösung auch der Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde (Schnapp 1983).

Auch wenn man konzidiert, daß die Selbstverwaltung der Krankenkassen im Sinne eigenverantwortlichen Gestaltens und interner Regelungskompetenz eher in Randbereichen und Restbeständen stattfindet (ebenda: 893), so fallen doch am ehesten noch solche Betätigungsfelder in diese Restbereiche, die vor allem die Schnittstellengestaltung betreffen: die kostengünstige und bürgernahe Gestaltung der Verwaltungsorganisation, die Weckung des Kostenbewußtseins, der Stil der Verwaltung, die Organisation, die inhaltliche und qualifikatorische Ausgestaltung des Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftswesens, die Herstellung von Transparenz u. ä. Somit können potentiell Wünsche und Präferenzen der Dienstleistungskonsumenten über die Selbstverwaltung direkteren Eingang in den Prozeß der Leistungserbringung selbst finden als ausschließlich durch den "Destillationsvorgang von Wahlen" (Hood/Schuppert 1988: 360). Eine schnellere Anpassung der Dienstleistungsproduktion an gesellschaftliche Wandlungsprozesse sowie an lokale Besonderheiten und Entwicklungen (Becker 1976), insbesondere im Falle räumlich dezentrierter Verwaltungseinheiten, ist eher möglich als bei staatlichen Allzweckträgern. Wegen der Problem- und Ortsnähe sowie der höheren, direkten Informationsverarbeitungskapazität ist die Responsivität und Lernfähigkeit solcher Organisationen eine relevante potentielle Innovationsressource. Dies wiederum trägt nicht zuletzt zu erweiterten Partizipationschancen der Beschäftigten im Binnenverhältnis im Zuge von Modernisierungsstrategien bei.

Organisationen zwischen Markt und Staat, insbesondere sofern sie keine Monopolstellung einnehmen, sind einer stärkeren Konsumentenkontrolle unterworfen - so eine vierte These. Die Möglichkeit, sich nicht nur durch Reklamation Geltung zu verschaffen ("voice"), sondern den Dienstleistungsanbieter zu wechseln ("choice"), führt zur Stärkung der Verbrauchermacht und zu Feedback-Prozessen im Falle von Organisationsversagen oder Schlechtleistung, denen sich die Dienstleistungsproduzenten nicht ohne Inkaufnahme von Wettbewerbsnachteilen verschließen können.

Besondere Produktivitäts- und Innovationsvorteile von verselbständigten, untereinander konkurrierenden Organisationen gegenüber unmittelbar staatlichen Bürokratien werden aus der Perspektive ökonomischer Ansätze (Transaktionskostentheorie, Agency-Modelle und insbesondere Public-choice-Theorie) in Wahlmöglichkeiten der Konsumenten zwischen verschiedenen Leistungsanbietern gesehen. Bei einer Pluralität von alternativen Dienstleistungsproduzenten, organisiert als Wettbewerb zwischen öffentlichen Einrichtungen oder als "mixed markets", wird von einer Stärkung der Konsumentenmacht ausgegangen, die mittelfristig die Anpassungs-, Lern- und Entwicklungsfähigkeit von Organisationen hinsichtlich effizienter Leistungsproduktion und akzeptabler Qualitätsstandards (Hood/Schuppert 1988) fördert. Bürokratische Steuerungs-, Kontroll- und Sanktionsmittel werden (teilweise) durch Marktmechanismen

ersetzt/ergänzt. Zugleich basieren aus demokratietheoretischer Sicht Auswahlchancen (choice) oder Anbieterwechsel (lateral re-entry) im Vergleich zu traditionellen Beschwerde- und Widerspruchsmöglichkeiten auf einem egalitäreren Mechanismus individueller Einflußnahme.

Auch wenn es sich bei dem gegliederten System der Krankenversicherung historisch gesehen nicht um einen "planned market" handelt, so hat sich doch insbesondere im Zuge der Tertiärisierung der Wirtschaftsstruktur und dem Anwachsen des Angestelltenanteils an der Erwerbsbevölkerung sukzessive der Wettbewerb um die Gewinnung und Pflege des wahlberechtigten Mitgliederpotentials intensiviert. Hierbei geht es aber eben weniger um die Ausdehnung oder Stabilisierung des "Kundenstammes" und "Geschäftsvolumens" durch nachfragegerechte Dienstleistungsangebote, sondern in erster Linie um "Risikoselektion", d. h. bezogen auf das Solidarprinzip "fehlgeleiteter Wettbewerb" um die "günstigen Risiken" hinsichtlich Einnahmen- und Ausgabenstruktur (Jacobs 1993). Bei nahezu identischem Angebot an gesetzlich festgeschriebenen Tarifen und Dienst- bzw. Versicherungsleistungen ist ein zentraler Wettbewerbsparameter der Krankenkassen untereinander der z. T. erheblich divergierende Beitragssatz. Diese Differenzen resultieren in erster Linie aus den systematischen Wettbewerbsverzerrungen durch gesetzliche Zuweisung von spezifischen Mitgliedergruppen, andererseits aus den regionalen Disparitäten in der Versorgungsstruktur, aus der unterschiedlichen Dichte der Anbieter von originären Gesundheitsleistungen, die sich weitgehend ihre "Nachfrage" selber schaffen können.

Insbesondere für die Ortskrankenkassen, die ihre Beitragssätze regional kalkulieren gegenüber den bundesweit einheitlichen Sätzen der Angestelltenersatzkassen, ergeben sich aus dieser Konstellation asymmetrische Handlungsanreize zugunsten des Wettbewerbs um attraktive Mitgliederstrukturen. Denn regional hohe Beitragssätze, zumindest im Einzelfall, können selbst bei erfolgreicher Einflußnahme auf die wirtschaftliche Erbringung der Gesundheitsleistungen unter Ausschöpfung der rechtlich vorgesehenen Steuerungsinstrumente nicht so spürbar gesenkt werden, daß konkurrenzfähig würden. Trotz dieser Einschränkung einer systematisch verzerrten Wettbewerbsordnung läßt sich festhalten, daß die Wahlmöglichkeiten gerade des ökonomisch interessanten Versichertenpotentials einen erheblichen Modernisierungsdruck auf das System der Ortskrankenkassen ausübt, und zwar zur Ausschöpfung aller Rationalisierungs- und Entbürokratisierungspotentiale wie auch der Instrumente zur Ausgabenbegrenzung.

Eine letzte These, die nicht im Zentrum der hier behandelten Fragestellung steht, soll an dieser Stelle nur kurz Erwähnung finden: das Innovationspotential von

verselbständigten Einheiten zwischen Markt und Staat wird auch geprägt durch (und erweist sich in) ihren je spezifischen Austauschbeziehungen mit anderen Organisationen oder Korporationen in ihrem Umfeld. Angesprochen sind hiermit die auch im Dritten Sektor bestehende arbeitsteilige Erstellung von Leistungen und entsprechenden Vernetzungen unter öffentlichen sowie zwischen öffentlichen und privaten Organisationen. Ausgehend davon, daß die Krankenversicherungsträger innerhalb der Gesundheitssicherung nur einen spezifischen, eben in erster Linie vermittelnden Beitrag zur Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt leisten, muß eine Betrachtung einzelorganisatorischer Restrukturierungsmaßnahmen zur Modernisierung und Produktivitätssteigerung die "Prozeßkette" von der "Produktentwicklung" bis hin zum "Endprodukt" zur Erreichung dieses Globalziels in den Blick nehmen. Dies bedeutet, daß es nicht nur um Effizienz- und Effektivitätssteigerung bei der innerorganisatorischen Erstellung von Verwaltungsprodukten und Versicherungsleistungen im engeren Sinne gehen kann, sondern um Innovationen der "Schnittstellengestaltung" zu vor- und nachgelagerten Bereichen. Zentralen Stellenwert hat die Schnittstelle zu den Leistungserbringern; die Krankenversicherungsträger haben hier die Aufgabe, im Rahmen von Verhandlungsprozessen planend und steuernd tätig zu werden. Die Entwicklung und konkrete Nutzung dieser Handlungspotentiale gegenüber den Vertragspartnern im Interesse von Versicherten und Gesamtsystem muß zum integrierten Bestandteil der Debatte um qualitäts- und klientenorientierte Innovationsprozesse gemacht werden. Da es sich bei dem gesundheitspolitischen Leistungsangebot überwiegend um gesetzlich normierte Ansprüche handelt, sind "Produktinnovationen" bzw. -anpassungen hier nur über eine Rückbindung administrativer Informationen und Erfahrungen mit den Bedürfnissen und Präferenzen der Adressaten dieser Leistungen an die Legislative möglich, eine zweite relevante Schnittstelle. Zu berücksichtigen hierbei ist allerdings, daß die Interaktionsform und Handlungslogik innerhalb eines innerorganisatorischen Netzwerkes wie des Gesundheitssektors Innovationspotentiale auch begrenzen. Verhandlungen folgen einer Logik des Kompromisses; der Vorteil hiervon ist, daß Zusammenarbeit trotz widersprüchlicher Interessen möglich ist, für den aber Nachteile wie Trägheit, suboptimale Ergebnisse oder sogar völlige Blockaden in Kauf zu nehmen sind.

3 Bestandsaufnahme: zunehmende Inkongruenz von bürokratischem Organisationsmodell und Anforderungsstrukturen

Typisches Kennzeichen - so zeigte sich im vorangegangenen - für relativ staatsnahe, verselbständigte Einheiten wie die Krankenkassen ist eine sehr weitgehende gesetzliche Festlegung von Zielen, Aufgaben und Leistungen, die diese im Rahmen der Gesundheitssicherung und -versorgung zu erbringen haben. Sie unterscheiden sich

deutlich von anderen Organisationen im Dritten Sektor hinsichtlich ihrer Gestaltungsoptionen, die eng auf wenige vorgegebene Ermessensspielräume und Kann-Leistungen begrenzt sind. Insofern die Sozialpolitik eines der bevorzugten Felder des politischen Quasi-Marktes im Wettbewerb um Wählerstimmen ist, sind hier mit hoher Frequenz - je nach ökonomischer Entwicklung, wissenschaftlich-technischem Fortschritt und veränderten gesellschaftlichen Problemlagen und Präferenzstrukturen - mehrfach Leistungserweiterungen, gefolgt im Gegenzug von Leistungsbeschränkungen oder Belastungsverschiebungen zwischen den Sozialversicherungszweigen erfolgt, die zentral die Anpassungserfordernisse von Krankenkassen konstituieren.

Die Notwendigkeit einer grundlegenden Neubestimmung und Umgestaltung von Leistungserbringung und Problemverarbeitung ist somit in erster Linie im Gefolge der tiefgreifenden Wandlungsprozesse innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung entstanden. Grob lassen sich nach der Zeit der Restauration zwei hinsichtlich ihrer sozialpolitischen Wirkungen gegenläufige Phasen unterscheiden: die Phase der Leistungsausweitungen und diejenige der Leistungseinschränkungen. Beide Phasen haben jedoch im Kern gleichermaßen zu einer Erweiterung und Komplexitätssteigerung in den Anforderungsstrukturen und im Aufgabenspektrum bei den Trägern geführt. Die erste Phase der expansiven Sozialpolitik seit Ende der 50er Jahre bezog nicht nur weitere Bevölkerungsgruppen und sozialpolitisch relevante Tatbestände in ihre Programme ein; und auch mit der zunehmenden Differenzierung und Individualisierung der Leistungskataloge ist dieser Abschnitt nur unzureichend beschrieben. Vielmehr ist von einem generellen sozialpolitischen Funktionswandel, einer sukzessiven Gewichtsverlagerung von einer vorrangigen Transferstrategie zu einer "Dienstleistungsstrategie" (Gross/Badura 1977), von einer redistributiven zu einer investiven Orientierung (Kaufmann/Schäfer 1979), zu sprechen. Gesundheitliche, psychische und soziale Problemlagen traten in Erscheinung, für deren Bewältigung Lohnersatzleistungen als nicht mehr ausreichend angesehen wurden und die Information und Beratung, aktive Gestaltung sozialer Daseinsvor- und -fürsorge verlangten. Die Hochkonjunktur, die auch nach der Rezession von 1967/68 schnell wiedererlangt wurde, im Zusammenhang mit allgemeinen gesellschaftlichen Reformbestrebungen und -forderungen zum Ausbau der sozialen Sicherung mit dem Gedanken der Unterstützung der Selbstverwirklichung einerseits und der Produktivitätssteigerung andererseits, führten in der Programmatik zu einer präventiven, sozialen Strukturpolitik.

In der Gesundheitspolitik dieser Phase lassen sich entsprechende Tendenzen zeigen. In der Krankenversicherung ist 1971 mit der Erweiterung der Pflichtleistungen um Vorsorgeuntersuchungen der Einstieg in die Prävention gesetzlich fixiert worden. Auch

wenn der Beitrag der Krankheitsfrüherkennung zur primären Prävention als eher gering eingeschätzt wird (vgl. z. B. v. Ferber 1985), so signalisierte diese Entscheidung doch eine gewisse Prioritätenverschiebung von den begrenzten Möglichkeiten der kurativen Medizin hin zur Krankheitsverhütung. Diese manifestierte sich etwa auch in der Novellierung des Betriebsverfassungsgesetzes (1972) sowie mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (1974), die als Innovationen der Arbeitsschutzpolitik anzusehen sind. In diesem Zusammenhang entstanden auch für die Krankenversicherungsträger neue Möglichkeiten, auf Grundlage von Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Gewerbeaufsichtsamt zur Ermittlung der sogenannten arbeitsbedingten Erkrankungen beizutragen und auf gesundheitsgefährdende Belastungsstrukturen der Arbeits- und Lebenswelt präventiv einzuwirken (Müller u. a. 1985). Eine Weiterführung des Präventionsgedankens und dessen gesetzliche Verankerung erfolgte jedoch erst mit der Gesundheitsreform von 1989. Gerade unter Kostendämpfungsaspekten ist nicht nur der Ausbau von medizinischen Früherkennungsmaßnahmen, sondern auch die Gesundheitsförderung (Förderung einer gesundheitsbewußten Lebensführung des Einzelnen durch die Krankenkassen) geregelt worden. Der Gesetzgeber hat zudem die Krankenkassen explizit verpflichtet, die Versicherten über Gesundheitsgefährdungen und Verhütung von Krankheiten aufzuklären und den Ursachen von Gesundheitsgefahren und Gesundheitsschäden z.B. in der Arbeitswelt nachzugehen und auf ihre Beseitigung in Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Instanzen und Trägern hinzuwirken.

Bevor das administrative System sich in den 70er Jahren auf solche neuen programmatischen Anforderungen mit seinen "Produktions"-bedingungen wie Organisationsaufbau, Arbeitsablauf, Qualifikationsstrukturen oder Kooperationsformen hätte einstellen können, wurde der Trend zur vorausschauenden und gestaltenden Sozialpolitik jedoch bereits von der zweiten Phase der sogenannten Konsolidierungs- und Kostendämpfungspolitik überlagert. Der Beschäftigungseinbruch und sinkende Wachstumsraten Mitte der 70er Jahre hatten zunehmend Finanzierungsprobleme in der sozialen Sicherung zufolge. Rückläufige Beitragseinnahmen standen einer steigenden Inanspruchnahme in verschiedenen Leistungsbereichen gegenüber. Zahlreiche gesetzliche Neuregelungen und größere Reformprojekte haben seither einerseits eine Ausgabenbegrenzung durch Leistungseinschränkungen und andererseits begrenzte "Ökonomisierungsbestrebungen" zum Ziel. Diese führten aber keineswegs zu einer Reduzierung des Arbeitsvolumens im administrativen Bereich, sondern im Gegenteil zu neuen und zusätzlichen Anforderungen.

Kürzungen der originären Sozialleistungen im Verbund mit einem staatlichen Krisenmanagement, der "Belastungsverschiebungen" (Schmähl u. a., 1986) zwischen den

Sozialversicherungszweigen und dem Bund, waren mit vielfältigen Veränderungen der leistungsberechtigten Personenkreise, des Leistungsspektrums und der Kostenbeteiligung verbunden; diese zogen oft komplizierte Übergangs- und Ausnahmeregelungen, Härtefallklauseln und Auffanglösungen nach sich. Die zahlreichen gesetzgeberischen Eingriffe in den Aufgabenvollzug der Krankenversicherungsträger erforderten Anpassungs- und Innovationsstrategien in mehrfacher Hinsicht:

- Sporadisch traten erhebliche, zusätzlich zur Alltagsroutine zu bewältigende Anforderungen auf bezüglich Programmierung, Anpassung der Arbeitsabläufe und neuer Arbeitsinhalte, die an die Beschäftigten vermittelt werden müssen, und dies nicht selten unter Zeitdruck. Beispiel hierfür sind die umfassenden Neuregelungen durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG), für deren administrative Umsetzung und Auslegung sowie für die entsprechende Öffentlichkeitsarbeit nach Verabschiedung kaum Zeit war.
- Teilweise erfährt die Entscheidungsfindung in jedem Einzelfall eine deutliche Verkomplizierung durch komplexere Anspruchsprüfung, abgestufte Leistungsbemessung und Entbindung von Selbstbeteiligungen. Beispiel für letzteres ist die sogenannte Überforderungsklausel im GRG, von deren administrativer Realisierung bei den Krankenkassen schon im Vorfeld befürchtet wurde, daß die damit verbundenen Verwaltungskosten erhebliche Anteile der leistungsrechtlich verfolgten Einsparungen konsumieren würden.
- Leistungsabbau führt in Teilbereichen keineswegs alsbald zu einer Reduzierung des zu bearbeitenden Antragsvolumens auf der Verwaltungsebene. Denn die oft kurzzyklisch erfolgenden Eingriffe bedeuten, daß die erforderlichen Kenntnisse über veränderte Anspruchsvoraussetzungen sich erst mit Zeitverzug in der Klientel durchsetzen. Aber auch ablehnende Bescheide müssen bearbeitet werden.
- Dementsprechend nimmt auch der Umfang der erforderlichen personenbezogenen Dienstleistungsarbeit in den Bereich Information, Auskunft und Beratung infolge von Deregulierungstrends zumindest phasenweise deutlich zu. Denn für die Klienten wird es angesichts der "Änderungsflut" (Weber 1989) von Gesetzen immer schwieriger, ihre Ansprüche bzw. deren Voraussetzungen zu überblicken, ohne Expertenhilfe in Anspruch zu nehmen.

Im Zuge der Kostendämpfungspolitik ist neben Leistungsbegrenzungen und Beitragsanhebungen sukzessive auf Elemente der Planung, Steuerung und Kontrolle von Kosten und Leistungen gesetzt worden. Solche "Ökonomisierungs"bestrebungen im Verbund mit Qualitätssicherungsstrategien haben nicht allein die gesetzliche Krankenversicherung betroffen, die schließlich für die Finanzierung und Steuerung eines Wirtschaftszweiges verantwortlich ist, der über 10 Prozent des Bruttosozialproduktes beansprucht (Deutscher Bundestag, 1990). Das Konzept der "einnahmeorientierten Ausgabenpolitik" zielte auf eine Ausgabenregulierung durch die Steuerung des Umfangs und der Struktur der in Anspruch genommenen bzw. erbrachten Leistungen und der Art ihrer Erbringung. Die hierzu gesetzlich verankerten Instrumente setzen zwar im wesentlichen auf globaler Ebene an (Bundes- oder Landesverbände), wie etwa mit der konzertierten Aktion zur Verbesserung der

Kommunikation und Kooperation zwischen allen am Gesundheitswesen Beteiligten, mit der Bedarfsplanung und der Budgetierung, der Aushandlung von Gesamtvergütungen und von Richtgrößen für die kassenärztliche Versorgung oder von Arzneimittelhöchstbeträgen und anderen Festbeträgen (ebenda).

Aber auch die Krankenversicherungsträger "vor Ort" sind im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses mit neuen Anforderungen konfrontiert. Zentrale Aspekte sind hierbei:

- Die Verstärkung von Kooperationsstrukturen und die Einführung des Verhandlungsprinzips zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern; so ist mit der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung (1986) das Budget von den Krankenhäusern prospektiv zu kalkulieren und auf Basis einer gewissen Kosten- und Leistungstransparenz auszuhandeln; die Bildung von Prüfungs-, Beschwerde- und Schiedsstellen wird in vielen Bereichen erforderlich;
- die Einführung von Prüf- und Kontrollmöglichkeiten; mit dem Inkrafttreten des GRG sind den Krankenversicherungsträgern mit Perspektive auf Beitragssatzstabilisierung verschiedene Steuerungsmöglichkeiten an die Hand gegeben worden: Prüfung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Behandlung durch bestellte Prüfer, durch Untersuchungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, durch die Erstellung von Preisvergleichslisten sowie Prüfung von ärztlichen Leistungen anhand von Durchschnittswerten oder im Stichprobenverfahren;
- die Einführung von begrenzten Sanktionsinstrumenten; im GRG sind Bestimmungen enthalten, die es der Krankenversicherung zugestehen, im Falle der erwiesenen Unwirtschaftlichkeit Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern zu kündigen, sowie die Möglichkeit enthalten, gezielte Beratungen bis hin zu Honorarkürzungen gegenüber Ärzten vorzunehmen;
- aus diesen veränderten Aufgabenstellungen ergibt sich die Verpflichtung und Befugnis, zur Schaffung von mehr Transparenz über Kosten und Leistungen, zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und zur Vermeidung von Abrechnungsmanipulation die Datenbasis auszubauen und ein entsprechendes Informationssystem zu entwickeln, zu pflegen und auszuwerten.

Mit diesen kurzen Ausführungen wird deutlich, daß der Aus- und Umbau im System der sozialen Sicherung in den letzten drei Jahrzehnten nicht allein einen Anstieg des Arbeitsvolumens und eine Komplexitätssteigerung in der Sachbearbeitung und in der Entscheidungsfindung bei den Trägerorganisationen zur Folge hatte. Neue Funktionen und Aufgaben sind den sozialpolitischen Administrationen zugewachsen, die neue Qualifikationen und Kompetenzen, veränderte Tätigkeits- und Kooperationsstrukturen und nicht zuletzt einen grundlegenden Wandel der Arbeitsstile und Werthaltungen erfordern. Mit verwaltungstypischen Haltungen und Arbeitsweisen, bei denen das Aktuelle und Befristete die Bewältigung des "administrativen Alltags sowie die Konzentration der Kräfte auf den Vollzug und die Erledigung der vorgegebenen Aufgaben" dominiert (Mayntz/Schumacher-Wolf 1985: 262), ist die erforderliche Problemverarbeitung nicht mehr möglich. Die für Maßnahmen der Einkommenssicherung

durchaus funktionale, zentralistische Leistungserstellung entsprechend rechtlich definierten Anspruchsvoraussetzungen, die "bürokratisch-professionelle Leistungsdefinition von Hilfen" (Riedmüller 1987: 323) ist mit dem Wandel des Aufgabenspektrums zunehmend inkompatibel geworden. Das Verhältnis der Administrationen zu ihren Klienten/Kunden, zu Vertragspartnern und Leistungserbringern sowie zu anderen Trägerorganisationen und Verbänden muß neu bestimmt werden.

Mit dem beschriebenen Funktionswandel von einer vorrangigen Umverteilungspolitik zur präventiv gestaltenden Sozialpolitik sind die zu bemessenden und vermittelnden Pflichtleistungen der Verwaltungen zunehmend durch unbestimmte Aufforderungen zur Beteiligung an Gesundheitsförderungs- und Präventionsaufgaben mit entsprechenden Entscheidungsspielräumen und Handlungsalternativen ergänzt worden. Im Zuge der Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums und insbesondere für den Ausbau prophylaktischer, personenbezogener Dienstleistungen sind somit direkte, persönliche, beratende und helfende Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen zwischen Hilfesuchenden und Verwaltungen immer mehr in den Vordergrund getreten. Ziele einer zukunftsorientierten, sozialen Strukturpolitik sind ohne eine aktive und motivierte Beteiligung der Klienten nicht zu erreichen. Ihre Mobilisierung ist unerlässlich für die Umsetzung präventiver Programme. Entsprechende Aktivitäten können jedoch nicht per Gesetz verfügt werden und sind kaum standardisierbar. Eine adäquate Ausgestaltung der Arbeits- und Kontaktbeziehungen in sozialpolitischen Administrationen muß unter dem Gesichtspunkt der "Politikverwirklichung" (Kaufmann/Schäfer 1979) entwickelt bzw. gelernt werden.

Im Zuge nicht nur einer stärkeren Präventionsorientierung sondern auch der Konsolidierungs- und Kostendämpfungspolitik sind den Sozialversicherungsträgern sukzessive neue Aufgaben übertragen worden. Ihre Position gegenüber den Anbietern der originären Leistungen (wie z.B. Ärzten, Krankenhäusern oder Weiterbildungsträgern) ist unter Aspekten von Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung gestärkt worden. Um diese erweiterten Handlungsspielräume ausschöpfen und die vom Gesetzgeber intendierten Wirkungspotentiale entfalten zu können, müssen fachinhaltlich neue Qualifikationen und Kenntnisse erworben wie fachunspezifische Kompetenzen sowie z.B. Verhandlungsfähigkeit oder Risikobereitschaft entwickelt werden. Gerade die präventive und rehabilitative Orientierung in der Sozialpolitik macht zunehmend den Aufbau und die Pflege von Kooperations- und Kommunikationsnetzwerken zwischen verschiedenen Leistungsträgern notwendig, die bisher im gegliederten System der sozialen Sicherung unabhängig voneinander - wo nicht gegeneinander - tätig waren.

Zugleich werden Tendenzen zur "Verwissenschaftlichung" des politisch-administrativen Systems forciert. Um aktiv gestaltend und personenspezifisch präventive und zukunftsorientierte Maßnahmen gezielt entwickeln und einsetzen sowie deren Wirkungen qualitativ und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten bewerten zu können, ist eine regelmäßige Berichterstattung, ein differenziertes Informationssystem in allen Bereichen der sozialen Sicherung zu einer wichtigen Voraussetzung geworden. Auch wenn wissenschaftliche Forschungsinstitute auf Ebene der Spitzenverbände - wie auch staatliche Forschung - wichtige Impulse geben und innovative Ansätze zur Bestands- und Bedarfsanalyse sowie zur Ursachen- und Wirkungsforschung entwickelt haben, so hat sich doch zugleich herausgestellt, daß eine kontinuierliche und umfassende wissenschaftliche Durchdringung der Aufgabenbereiche auch auf lokaler Ebene benötigt wird (Lampert 1989; Sauter 1992). Im GRG sind zudem Erprobungsregelungen zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung mit wissenschaftlicher Begleitung vorgesehen. Der Aufbau entsprechender Ressourcen und Kompetenzen bzw. die Entwicklung von Kooperationsfähigkeit mit entsprechenden Experten ist auch auf Ebene der einzelnen Trägerorganisationen zu einer wichtigen Säule entsprechender Planungs-, Steuerungs- und Evaluierungschancen geworden.

Aus dem Wandel staatlicher Sozialpolitik resultieren jedoch nicht nur Erfordernisse und Anstöße, sondern auch Hemmnisse für Anpassungs- und Innovationsprozesse auf der Ebene der einzelnen Trägerorganisationen. Zum einen hat die Flut gesetzlicher Änderungen als kurzfristige Reaktion auf Verengungen wie auch auf Erweiterungen von Finanzierungsspielräumen nicht nur dazu geführt, daß bestehende Ansätze einer gestaltenden Präventionspolitik nicht entsprechend bestätigt und ausgebaut wurden. Zugleich haben diese Interventionen bei den Sozialversicherungssträgern und ihren Beschäftigten - ebenso wie bei Klienten und Leistungserbringern - Unkalkulierbarkeit und Unsicherheit (Maier 1988) erzeugt. Innerorganisatorische Restrukturierungsmaßnahmen konnten nicht auf mittelfristig stabilen Erwartungen und Planungsgrundlagen aufbauen. Aus zentralstaatlich programmierter Unberechenbarkeit entsteht auf der lokalen Ebene leicht ein Gefühl von Ausgeliefertsein und Bedeutungslosigkeit der Politikumsetzung gegenüber der Politikformulierung und letztendlich Inaktivität statt innovatives und experimentierfreudiges Handeln (Kühl 1983). Zumal gerade an der Schnittstelle Verwaltung/Klienten bzw. Verwaltung/Leistungsanbieter Unklarheiten und Unmut über Leistungseinschränkungen und Kostenbegrenzungen zum Tragen kommen. Die Beschäftigten sehen sich damit konfrontiert, nicht nur Transparenz über die sich ständig wandelnden Rechtsgrundlagen, sondern auch deren Akzeptanz bei ihrer Klientel herstellen zu müssen.

Zum anderen entsteht in Phasen wirtschaftlicher Stagnation und damit sinkender Verteilungsspielräume für die soziale Sicherung ein anderer, für die Kontinuität und Weiterentwicklung von sozialpolitischen Administrationen dysfunktionaler Mechanismus. Mit den gesetzlich verordneten Leistungseinschränkungen entsteht häufig zugleich ein erheblicher Druck auf die Verwaltungskosten. Bekannte Argumente der mangelnden Effizienz öffentlicher gegenüber privaten Einrichtungen erhalten oft gerade in Zeiten Auftrieb, wenn das Arbeitsvolumen aufgrund der steigenden Zahl von zu bewältigenden Risiken anwächst. Zentralstaatliche Vorgaben und Eingriffe, aber auch die paritätischen Selbstverwaltungen setzen oft pauschal auf Personalkostenreduzierung unter argumentativem Rückgriff auf eine Öffentlichkeit, die Leistungseinschränkungen in Kauf nehmen muß und welcher dementsprechend nicht zugleich die steigenden Kosten der Dienstleistungsproduktion plausibel gemacht werden können. Die Wirtschaftlichkeit des Verwaltungshandelns gerät so gerade zu Zeiten unter besonderen Legitimierungs- und Rationalisierungsdruck, wo der Arbeitsanfall nur mit Mühe zu bewältigen ist. In dieser Situation sind einzelorganisatorisch grundlegende Restrukturierungsüberlegungen zur Steigerung von Effizienz und Effektivität oft in ihren Ansätzen steckengeblieben oder gar zurückgeschraubt worden mit dem Argument, die Routinen erst einmal zu stabilisieren. Und vor allem sind oft besonders die präventiven Ansätze und Gestaltungsmöglichkeiten der sozialpolitischen Administrationen oder umfassender: der Ausbau des Angebotes an Ermessensleistungen und die Verbesserung der Servicequalität vernachlässigt bzw. zurückgedrängt worden. Einzelbetriebliche Effizienzüberlegungen sind zumindest in Teilbereichen oft zu Lasten sozialpolitisch intendierter Wirkungen gegangen (Maier 1988).

Seither hat mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) der Handlungsdruck und die Notwendigkeit von Neuorientierungen für die Krankenkassen und ihre Verbände in all den genannten Feldern noch erheblich zugenommen. Das Zusammenwirken zwischen ihnen, den Leistungserbringern - insbesondere den Krankenhäusern - den staatlichen Instanzen und den Versicherten wird insoweit aufwendiger, komplexer und konfliktiver, als sukzessive Elemente einer an der Beitragssatzstabilität orientierten Stärkung der Steuerungsfähigkeit der Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen in Verbindungen mit einer gleichzeitigen Ausweitung aufsichtsrechtlicher Interventionsmöglichkeiten greifen. So soll künftig z. B. die Vergütung der Krankenhäuser nicht mehr auf Basis des tagesgleichen Pflegesatzes kalkuliert und ausgehandelt werden, sondern es sollen spätestens ab 1996 Abteilungsentgelte, rund 40 verschiedene Fallpauschalen und ca. 160 Sonderentgelte (unter Einhaltung normierter Budgetobergrenzen) vereinbart werden; Kündigungen von unwirtschaftlichen, nicht bedarfsgerechten Krankenhäusern werden erleichtert; mit der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung (z. B. ambulantes oder teilstationäres Operieren,

vor- und nachstationäre Behandlung, Großgeräteplanung) müssen Leistungskataloge, Vergütungen, Maßnahmen der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung entwickelt und vereinbart werden; ähnliche Neuerungen betreffen auch andere Leistungsbereiche (Deutscher Bundestag 1990).

Unter dem Druck der unmittelbaren Deckelung der Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen werden die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen nicht nur schnell Lern- und Kompromißbildungsfähigkeit unter Beweis stellen müssen; ohne ein gewisses Maß an Experimentierfreudigkeit und Risikobereitschaft - alles zusammengenommen nicht gerade typische Eigenschaften von bürokratisch-kontrollorientierten Administrationen - werden die erforderlichen innovativen Problemlösungen und tragfähigen Verhandlungsergebnisse nicht zustande kommen können. Für das gegliederte System der Krankenversicherung bedeutet das GSG zugleich die Umstellung auf eine "neue Wettbewerbsordnung". Die Organisationsreform mit Kassenwahlfreiheit für die große Mehrheit der Versicherten, kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich und neuer "Unternehmensverfassung" (Cassel 1993) wird die Innovationsfähigkeit der Kassen auch zukünftig vor immense Herausforderungen stellen (vgl. Abschnitt 7).

Vor diesem Hintergrund steht das einzelbetriebliche Management der Krankenversicherungsträger allerdings vor einer weit komplexeren Aufgabe, als sich aus dem bisher Gesagten zu der Notwendigkeit zur Anpassung der Administrationen an sich permanent wandelnde gesetzlich vorgegebene Aufgaben in Verbindung mit der gesellschaftlichen Entwicklungsdynamik ableiten läßt. Die Probleme mangelhafter Dienstleistungsqualität oder der Bürgerferne von Verwaltungen - begründet in bürokratischen Organisations- und Arbeitsstrukturen - sind so alt wie die Verwaltung selbst (vgl. Grunow 1988) und betreffen in vieler Hinsicht die hier im Zentrum stehenden Krankenkassen im Wettbewerb um Mitgliedergewinnung bzw. Bestandserhalt in besonderem Maße. Viele der altbekannten Argumente, u. a. durch Bevölkerungsumfragen belegt (vgl. z. B. Sinus 1978; Kaufmann/Schäfer 1979; Grunow 1982; Lange/Sippel 1986), haben offensichtlich nicht allzu viel an Aktualität auch für die Krankenkassen eingebüßt. Eine Bremer Studie ergab, daß von über 6.000 befragten Bürgern immerhin 45 Prozent die Arbeit der Krankenkassen als "bürokratisch" oder "sehr bürokratisch" einstufen (Ärztezeitung vom 24. 11. 1993). Vor allem das Kontrollverhalten, das sich in der Prüfung von Anspruchsberechtigung oder des Mißbrauchs von Krankengeld manifestiert, nimmt jeder Zweite "stark" oder "sehr stark" wahr. "Zupackendes" Handeln, das "engagiert schnelle und praktische Maßnahmen" in Gang setzt, sehen fast ebensoviele "eher nicht" oder "überhaupt nicht". Zwar werden die Kassen in gesundheitlichen Alltagsfragen überwiegend als

hilfsbereit, gut informiert und nicht abweisenend eingeschätzt; informierende Angebote bleiben jedoch der Studie zufolge hinter dem enormen Bedarf an "Wegweisern" zurück. Typisch für das weithin passive Kassenshandeln der Vergangenheit sei eine Sichtweise der eigenen Kunden als "unmüde Leistungsempfänger" und eine Einschätzung der eigenen Rolle als einer "versorgungsrechtlich inkompetenten Finanzierungsverwaltung" (Jacobs 1993: 10).

Trotz der prominenten Stellung, die dem Ziel der "Verbesserung der Dienstleistungen für den Bürger" in der Debatte um die Modernisierung öffentlicher Verwaltungen zukommt, mangelt es an einem konzeptionellen Grundverständnis über eine "positive" Zielbestimmung (Grunow 1988: 23) von Klientenorientierung und Qualitätsverpflichtung. Bürokratiekritik und Plädoyers für Entbürokratisierung setzen vielmehr an den Symptomen an und drängen auf Beseitigung identifizierter Mißstände. Den "Maßstab" hierfür bilden neben den verbrieften Ansprüchen die vielfältigen Bedürfnisse und berechtigten Interessen der Klienten. Als relevant lassen sich vor allem die folgenden Dimensionen zusammenstellen (vgl. z. B. Beyer/Brinckmann 1990; Parasuraman u. a. 1983; Damkowski/Luckey 1989; Grunow 1982; Kaufmann/Schäfer 1979):

- Zugänglichkeit der Einrichtungen; Bürgernähe verstanden als zeitliche und räumliche Erreichbarkeit, personelle Zuständigkeit und Kompetenz;
- Richtigkeit und Vollständigkeit der Leistungen; Zuverlässigkeit der Bearbeitung und Berücksichtigung von Problem- und Situationsgerechtigkeit bei Entscheidungen mit Perspektive auf Effektivierung sozialpolitisch intendierter Ziele;
- Schnelligkeit; Geschwindigkeit und Effizienz der Erledigung von Anliegen und Aktualität von Informations- und Beratungsangeboten;
- Interaktionskosten; Begrenzung der Anforderungen an die Klienten im Hinblick auf einzusetzende Ressourcen wie Qualifikation, Zeit oder Geld zur Erreichung der ihnen zustehenden Leistungen und Dienste;
- Transparenz; Verständlichkeit, Durchschaubarkeit und Nachvollziehbarkeit von Leistungsangeboten, Zuständigkeiten, Leistungserstellungsprozessen sowie von Verwaltungsprodukten und ihren Auswirkungen auf den Klienten;
- Mitwirkungs- und Gestaltungschancen in bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungsangeboten, Entscheidungen bei Alternativen, auf die Darlegung von Sonderbedingungen bei Ermessens- oder Kann-Leistungen sowie Kontrollmöglichkeiten bezogen auf Serviceleistungen und Verwaltungsprodukte sowie Unterstützungsleistungen zur Stärkung der Selbsthilfefähigkeit;
- Persönlichkeitsschutz; Wahrung der Privatsphäre, zurückhaltende Hilfestellung und Begrenzung der Eingriffe auf das Notwendige sowie Schutz der personenbezogenen Daten und Informationen;
- Interaktions- und Kontaktmuster; hierunter fallen im wesentlichen die personellen Voraussetzungen auf seiten der Verwaltung in der direkten Kommunikationsbeziehung wie Kompetenz, Zuverlässigkeit, Verantwortlichkeit, Aufmerksamkeit,

Freundlichkeit, Glaubwürdigkeit und damit zugleich auch das Klima der Interaktion.

Diese Dimensionen von Klientenorientierung und Dienstleistungsqualität aus Perspektive des Publikums verweisen bereits auf die vielfältigen Abhängigkeitsbeziehungen der "output-Qualität" von Aspekten der Organisation, des Personals und der Gestaltung der Koproduktion zwischen Verwaltung und Klienten und damit auf erhebliche strukturelle und personale Innovationserfordernisse auch für die Träger der Krankenversicherung.

4 Rationalisierungskonzepte in der Krankenversicherung

Angesichts des zunehmenden Aufgabenvolumens und des gewandelten Anforderungsspektrums bei zunehmendem Druck auf die Verwaltungskosten, kommt der einzelbetrieblichen Innovationsfähigkeit im Rahmen gegebener Handlungsspielräume wachsende Bedeutung zu. Wenn eine Modernisierung der Arbeitsstrukturen und damit der Verwaltungsprodukte und Serviceleistungen auf der Mikroebene nicht gelingt, dann besteht die Gefahr, daß diejenigen sozialpolitischen Zielgruppen, die auf Leistungen der sozialen Sicherung vordringlich angewiesen sind, nicht nur am stärksten von gesetzlichen Leistungsbeschränkungen betroffen sind, sondern zusätzlich von "Rationierungen" dieser Leistungen aufgrund bürokratisch produzierter Verteilungsgerechtigkeitsprobleme.

Auf Basis empirisch² vorfindbarer Typen von "Produktions"-Konzepten soll im folgenden gefragt werden:

- inwieweit traditionell bürokratische Formen der Leistungserstellung bereits erodieren und durch technische, organisatorische und soziale Modernisierungskonzepte abgelöst werden,
- ob hierdurch qualitative Innovationen aus Perspektive von Beschäftigten und Klienten erreicht werden können,
- durch welche Merkmale sich hochleistungsfähige Administrationen auszeichnen und
- welches relevante leistungshemmende Faktoren hierbei waren.

Gemeinsam ist den vorzustellenden Konzepten, dem "strukturkonservativen Produktionsmodell" und dem "klientenzentrierten Produktionsmodell", bei aller Unterschiedlichkeit der Zielrichtung ein Abrücken von tradierten Formen der Leistungserstellung, die Betonung qualitativer Rationalisierungsziele und die Bemühungen, den technisch-

²Die empirischen Ergebnisse basieren auf Intensivfallstudien, die Mitte der 80er Jahre u. a. bei Ortskrankenkassen durchgeführt wurden (vgl. Oppen 1991). 1992 sind diese durch kurze Follow-up-Studien ergänzt worden, um Entwicklungsprozesse verfolgen zu können, sowie um Experteninterviews mit Mitglieder von Unternehmensberatungen, die im Bereich von Krankenkassen tätig sind.

organisatorischen Wandel auf Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung (und -verbesserung) auszurichten. Wie bereits angedeutet, ist die einzelne Ortskrankenkasse vor Ort gegenüber unmittelbar staatlichen Administrationen relativ autonom hinsichtlich einer Reihe von Entscheidungen wie z. B. Personalansatz und -einsatz, Festlegung des Beitragssatzes, satzungsmäßige Vereinbarungen hinsichtlich bestimmter Kann-Leistungen sowie, in allerdings sehr engen Grenzen, hinsichtlich der Beteiligung an Planungs-, Steuerungs- und Kontrollprozessen, bezogen auf die Leistungsanbieter (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte oder Heil- und Hilfsmittelanbieter). Zugleich stehen die Ortskrankenkassen in einem gewissen Wettbewerb mit anderen Kassenarten um die Gewinnung eines Anteils an einem spezifischen Mitgliederpotential (vor allem Angestellte und freiwillig Versicherte). Von der Mitgliederstruktur sind, vermittelt über die Grundlohnsumme, die Beitragseinnahmen einerseits sowie, vermittelt über die Risikostruktur bzw. die Inanspruchnahme von Leistungen, die Ausgaben andererseits abhängig.

Seit langem ist der Mitgliederbestand der Ortskrankenkassen rückläufig, denn mit der Tertiärisierung der Wirtschaftsstruktur hat der Anteil wahlberechtigter Versicherungsnehmer zugenommen. Eine stetige Abwanderung dieser eher "günstigen Risiken" in die Privatversicherung sowie insbesondere zu den Angestellten-Ersatzkassen führte im Resultat zu einer Beitragssatzdifferenzierung zuungunsten der Ortskrankenkassen; dies gilt insbesondere für spezifische Problemregionen mit extrem ungünstiger Risikostruktur und einem bundeseinheitlichen günstigeren "Beitragsangebot" der Ersatzkassen. Solche Beitragssatzdifferenzen im Verbund mit dem historisch gewachsenen, strukturbedingten Image der Ortskrankenkassen als Arbeiter- oder "Armenkasse" im Spektrum der Kassenarten verstärkten weiterhin den Trend zur Abwanderung vor allem der Angestellten. Ansatzpunkte zur Stabilisierung eines ausgewogenen Verhältnisses von Ausgaben und Einnahmen werden unter der Maßgabe, daß die Kostenentwicklung ganz wesentlich von den Anbietern medizinischer Dienstleistungen und Güter gesteuert wird, vor allem in Maßnahmen zur Erreichung einer ausgewogeneren Risikostruktur des Mitgliederbestandes gesehen.

Dementsprechend ist auf Verbandsebene in der ersten Hälfte der 80er Jahre ein Strategiekonzept entwickelt worden, das auf einen Wandel des Selbstverständnisses der Gemeinschaft der Ortskrankenkassen als Unternehmensgruppe mit einem untereinander "abgestimmten und marktorientierten Handeln zum Erreichen selbst festgelegter Ziele" (Balzer 1984: 94) ausgerichtet ist. Übergreifendes Ziel ist der Abschied vom "Behördencharakter" und die Umgestaltung in ein modernes Dienstleistungsunternehmen, um besser auf die Herausforderungen des "hart umkämpften Marktes", auf die Erwartungen und Anforderungen von Versicherten, Arbeitgebern, Vertragspartnern

und Gesellschaft eingehen zu können. In dem Bestreben, in der Konkurrenz zu anderen Kassenarten durch die Sicherung bestandsfähiger Risikostrukturen und günstiger Beitragssätze bestehen zu können, ist ein "geschlossenes Konzept unternehmerischen Handelns" (ebenda: 93) entwickelt worden. Neben der Stärkung der "corporate identity" im Binnen- wie im Außenverhältnis durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen zur Selbstdarstellung sowie über die ordnungsgemäße Umsetzung von Gesetzen hinaus geht es um die Produktion eines "Zusatznutzens" (ebenda) für die Kunden durch:

- systematische Profilierung als Kontakt- und Beratungsstelle für Sozialversicherungsfragen
- kompetente Unterstützung der Betriebe bei der Abwicklung versicherungsrechtlicher Fragen
- Ausbau der Programme zur Gesundheitsförderung und -vorsorge für die Versicherten
- individuelle Betreuung und gleichwertigen Service für Versicherte und Arbeitgeber.

Aus Perspektive dieser verbandlich entwickelten Philosophie zielte auch der technisch-organisatorische Umbau weniger als in anderen öffentlichen Verwaltungen auf einzelbetriebliche bzw. "unternehmensweite" Sparrationalisierung. Die Ersetzung und Unterstützung menschlicher Arbeitskraft durch Maschineneinsatz sollte vielmehr Freiräume für die Betriebsorganisation schaffen, um im Rahmen einer stärkeren Dienstleistungsorientierung "bisher vernachlässigte Aufgaben in Angriff nehmen zu können" (Wurster 1983: 972). Denn mittelfristig günstigere Effekte für die Kostendämpfung in der Gesundheitspolitik einerseits und die Begrenzung der Ausgaben auf einzelbetrieblicher Ebene andererseits als durch die Senkung von Personalkosten versprach man sich eher durch den Ausbau von Präventionsstrategien einerseits sowie durch die Ausschöpfung von Planungs- und Steuerungsfunktionen in der aufgabenrelevanten Umwelt andererseits.

Das verbandlich entwickelte Unternehmenskonzept einer kunden- und marktorientierten Restrukturierung der Ortskrankenkassen zielte von vornherein nicht allein auf wettbewerbszentrierte Produktinnovationen, sondern zugleich auf Prozeß- und Sozialinnovationen. Zugrunde lag ein qualitätsorientiertes, "systemisches Rationalisierungskonzept" (Baethge/Oberbeck 1986), im Rahmen dessen Arbeitsprozesse, Aufgabenzuschnitte, Steuerungsprozesse von Arbeitsabläufen, Personaleinsatzstrategien und Geschäftspolitik quasi in einem Zuge verändert werden sollten. Dieses Konzept verlangte von der Selbstverwaltung wie von den Beschäftigten "Identifikation mit den gesetzten Zielen, Leistungsbereitschaft und engagierte Orientierung auf Versicherte und Arbeitgeber" (Balzer 1984: 94). Die Entwicklung und Nutzung der personellen Res-

sources für die Umgestaltung der Behörde in ein "Dienstleistungsunternehmen" war neben der Ausschöpfung technischer Potentiale von Beginn an eine zentrale Vorgabe. Die Bereitschaft des/der Einzelnen zum Mitdenken, zur Flexibilität und zur verstärkten Eigenverantwortung sowie neue Kooperations- und Kommunikationsformen sollten entwickelt und gefördert werden. Die Reintegration ehemals sachgebietsbezogener, nach Anliegen der Klienten verteilter Betreuung und eine entsprechende Fortbildung sowie eine Leistungsbewertung, für die nicht nur Fachwissen, sondern auch die "am Dienstleistungsgedanken ... orientierte Anwendung dieses Wissens ausschlaggebend sind" (ebenda), waren wichtige Programmpunkte einer grundlegenden Umgestaltung.

4.1 Ein strukturkonservatives Produktionsmodell mit "Marktorientierung"

In der einzelbetrieblichen Umsetzungspraxis herrscht nach Expertenaussagen (Unternehmensberatungen) ein Produktionsmodell vor, das ich als strukturkonservativen, aber marktorientierten Typus bezeichne. Charakteristikum ist die asymmetrische Entwicklung von Produktinnovationen unter weitgehender Vernachlässigung von "Prozeß- und Sozialinnovationen", die nach verbandlichen Vorstellungen aber integraler Bestandteil des neuen Unternehmenskonzeptes sind. Der Kern der Dienstleistungserstellung, die Wahrnehmung der gesetzlich verankerten Aufgaben, bleibt traditionell bürokratischen Leitbildern verhaftet; der kundenorientierte Modernisierungsprozeß ist wesentlich auf die "Ränder", auf die werbewirksamen, neu aufgesattelten oder ausgebauten Aufgabenfelder bzw. Abteilungen beschränkt.

Der **strukturkonservative Kern** läßt sich folgendermaßen umreißen:

- Es wird überwiegend an hergebrachten Aufbau- und Ablaufstrukturen festgehalten; Anpassungserfordernisse ergeben sich allenfalls als Konsequenz des Einsatzes zentral entwickelter technischer Lösungen, indem einzelne Arbeitsgebiete und Arbeitsplätze, nachdem die technisierten Arbeitsroutinen stabilisiert sind, auf ihre "Notwendigkeit hin abgeklopft" werden. Eine Einsparung von Personal erfolgt im Bereich der Hilfs- und Assistenzfunktionen. Darüber hinaus werden einzelne abge sonderte Sachgebiete horizontal integriert.
- Ähnliches gilt für tradierte Formen hierarchischer Kontrolle und die Organisation des Prüfgeschäftes, die weniger der Qualitätssicherung als der Kassensicherheit verpflichtet sind. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen wird allenfalls auf einzelne Prüfungen verzichtet, statt das gesamte System personaler Kontrolle vor dem Hintergrund der erweiterten technischen Potentiale zur Disposition zu stellen.

- Investitionen in das Humankapital beschränken sich auf Trainingsprogramme zum kundenfreundlichen Auftreten, sogenannte Schlips- und Benimm-Seminare. Diese Managementhaltung, beschreibbar als "Qualifizierungsdefensive" (nicht zuletzt aus Kostengründen) in Verbindung mit der Verengung der Qualifikation von Mitarbeitern auf Basis langjähriger Spezialisierung, stellt zugleich ein relevantes Hindernis für einen Neuzuschnitt von Tätigkeiten und Aufgabenfeldern dar.
- Die binnenorganisatorischen Interaktions- und Kommunikationsstrukturen haben sich nicht grundlegend verändert. Die mehr oder weniger unangefochten starke Verwaltungsspitze, die nach wie vor überwiegend aus Sozialversicherungs-Fachangestellten rekrutiert wird, hat keinen grundlegend neuen Führungsstil entwickelt, abgesehen von der geänderten Sichtweise der Kasse als "Unternehmen im Wettbewerb". Aus dieser Perspektive werden allenfalls Abteilungsleiter, z. T. auch Gruppenleiter, in Unternehmensführungs-, Planungs- und Steuerungsfunktionen, zumindest aber in die Entscheidungsvorbereitung einbezogen.

Dieses klassische Bürokratiemodell ist angereichert um "ein paar exotische Elemente" (Experteninterview). Hierzu zählt zunächst der **Marketingbezug** durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Maßnahmen zur positiven Außendarstellung des Unternehmens (Verbundes) sowie durch Kundenfreundlichkeit bei der baulichen, räumlichen und dezentralen (Ausbau der Geschäftsstellen) Gestaltung des Unternehmens, durch umfassende Öffnungszeitenregelungen, die Einrichtung von sogenannten Schnell-schaltern etc. Weiterhin gehört hierzu die **Mitgliederwerbung** im engeren Sinne durch Ausbau des Außendienstes und/oder Betriebsdienstes. Durch die Pflege der Betriebskontakte (insbesondere durch Unterstützung in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten) verspricht man sich ebenso einen Zugang zu potentiellen Mitgliedern wie auch die frühzeitige Abwehr von Überlegungen zur Errichtung einer konkurrierenden Betriebskrankenkasse. Als drittes und wichtigstes Element ist das Angebot an **Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen** zu nennen. Bereits vor dem Gesundheitsreformgesetz, mit dem die Gesundheitsförderung eine gesetzliche Grundlage erhalten hat, sind hier Programme entwickelt worden, um die Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz der Bürger in bezug auf eine gesundheitsorientierte Gestaltung und Bewältigung von Alltagssituationen zu fördern (vgl. hierzu auch Brückel/Klein 1989; Will 1992). Die regionale Zuständigkeit und Verankerung der Kasse bietet dabei günstige Ausgangsbedingungen, um über die Selbstverwaltung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern die Bedarfe und spezifischen Zielgruppen vor Ort zu erkennen und entsprechende Angebote der Hilfe zur Selbsthilfe in Kooperation mit anderen gesellschaftlichen Akteuren und Präventionsträgern (Schulen, Betriebe, Volkshochschulen, Sportvereine, Selbsthilfegruppen etc.) oder in Eigenregie durch

Einstellung entsprechender Fachkräfte zu entwickeln und auszugestalten. Thematisch reichen diese Angebote von den Bereichen Ernährung/Gewichtsreduktion, Bewegung über Streßvermeidung und Entspannung bis zu Verkehrs- und Umwelterziehung. Der Philosophie zur Gesundheitsförderung, konzentriert in der Umfirmierung der AOK als "Gesundheitskasse", liegt eine doppelte Motivlage zugrunde. Einerseits soll in Anbetracht des hohen Anteils sogenannter Zivilisationskrankheiten und vor allem chronisch degenerativer Erkrankungen am Morbiditätsspektrum, deren medizinische Behandlung hohe Kosten verursacht, durch präventive Strategien und Stärkung der individuellen Eigenverantwortung zumindest mittel- und langfristig eine Reduzierung von Krankheitskosten erreicht werden (Will 1992). Andererseits dient die Aussendung der Gesundheitsbotschaft der Imagepflege und der Konkurrenz der Kassenarten um die Mitglieder bzw. auch der Geschäftsführer einzelner Kassen untereinander (Hauß 1985: 237 f.). Mit gesundheitsorientierten Aktivitäten kann man sich einzelbetrieblich "profilieren ohne generelle Weiterentwicklung" (Experteninterview).

Diese neuen oder ausgebauten Geschäftsbereiche behalten insofern ihre periphere Stellung in dem gesamten Produktionsmodell, als sie in dem zentralen Bereich der Leistungserstellung nicht verankert sind oder nicht einmal auf ihn ausstrahlen; d. h. weder die Markt- noch die Gesundheitsorientierung sind integraler Bestandteil in der Aus- und Fortbildung, der Organisations- und Führungsstruktur, noch in der informationellen Erfassung und Verarbeitung der Geschäftsabläufe und der aufgabenrelevanten Umwelt. Die gesamte Unternehmenskultur bleibt dem bürokratischen Ansatz verhaftet. In der Konsequenz gerät eine so verstandene Markt- und Kundenorientierung vor dem Hintergrund des strukturell angelegten Wettbewerbsnachteils der Ortskrankenkassen leicht in das Dilemma, kostentreibend und zugleich wenig effektiv zu sein. Es müssen erhebliche Mittel aufgewendet werden, um entsprechende Maßnahmen aufbauen und kontinuierlich durchführen zu können. Besonders durch kasseneigenes Personal erbrachte Präventionsleistungen bedeuten eine Leistungserweiterung ("Produktinnovationen"), die eine Prioritätenverschiebung notwendig machen. Solange aber keine grundlegende Umstrukturierung der gesamten Leistungserstellungsprozesse erfolgt, können Mittel hierfür nicht ausreichend durch innerorganisatorische Umschichtung mobilisiert werden - mit entsprechenden Folgen für den Beitragssatz. Daß aber mit Hilfe der werbewirksamen Aspekte solcher Maßnahmen in relevantem Maße Mitglieder gewonnen werden könnten, daß sich die Risikostruktur der Kasse zum Ausgleich verbessern ließe, ist nach Expertenaussagen eher unwahrscheinlich. Für strukturschwache Kassen - vor allem in Großstädten, in denen sie einen geringen Marktanteil an allen Versicherten wegen der starken Konkurrenz durch andere Kassen haben und zugleich ein Überangebot an Leistungserbringern exi-

stiert - seien die "positiven Risiken in der Regel für immer verloren" (Experteninterview).

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, welchen Nutzen Präventionsangebote der oben genannten Art für die Versichertengemeinschaft haben. Als eher gering wird zunächst der gesellschaftspolitische Nutzen von Konzepten zur Verhaltensprävention (verstanden als Senkung der Morbiditätsrate, durchschnittliche Lebensverlängerung oder makroökonomische Effekte wie Verringerung krankheitsbedingter Produktionsausfälle oder spürbare Ausgabensenkung in der Krankenversicherung) veranschlagt (vgl. Eberle 1985: 294 ff.). Für die Betroffenen wird die Sinnhaftigkeit von Angeboten, die auf die Herstellung stabiler, gesundheitsgerechter Verhaltensformen zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität setzen, dagegen nicht in Frage gestellt. Erforderlich ist ein Analyse-, Planungs- und Steuerungsprozeß vor Ort, der sich u. a. auf die folgenden Aspekte des Angebotes richtet:

- es muß zugeschnitten sein auf die regionsspezifischen Probleme und sozialen Strukturen;
- Problemgruppen müssen identifiziert und sensibilisiert werden;
- Engpässe anderer Einrichtungen zur Prävention wie aber auch subsidiäre Funktionen dieser sind zu berücksichtigen;
- das Angebot muß eine zeitliche Konstanz aufweisen;
- das Personal ist entsprechend zu qualifizieren;
- die Palette der Maßnahmen muß überschaubar sein; den Beschäftigten der Kasse kommt hierbei Orientierungsfunktion zu;
- es ist eine Verzahnung mit anderen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Institutionen anzustreben, um Handlungsmöglichkeiten auch für Verhältnisprävention (Umwelt, Betrieb etc.) zu eröffnen, die den Kassen allein verschlossen bleiben.

Dies aber setzt eben gerade jene Verankerung des Präventionsgedankens in der gesamten Geschäftspolitik, in der Organisationsgestaltung und der Kompetenzentwicklung voraus, die bei dem strukturkonservativen Produktionsmodell gerade nicht der Fall ist.

Nicht zu bestreiten sind einige positive Effekte der Marktorientierung für die Versicherten. Eine bessere räumliche und zeitliche Zugänglichkeit der Einrichtung, schnellere Leistungsgewährung und allzeitige Auskunftsfähigkeit, unterstützt durch den Einsatz integrierter Datenverarbeitungssysteme sowie eine dezidiert freundliche Behandlung durch entsprechend geschultes Personal sind Beispiele hierfür. Der wettbewerbszentrierte Wandel hin zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen, fokussiert auf Imagepflege und attraktive Dienstleistungsangebote, impliziert aber zugleich

die Gefahr, daß über der Orientierung an vergleichbaren privatwirtschaftlichen Organisationen der Blick für die eigentlichen, sozialpolitischen Aufgaben und Anforderungen sowie für die Besonderheiten einer Klientel der gesetzlichen Krankenversicherung verloren geht. Gesundheitsförderung, als Wettbewerbsinstrument zur Gewinnung und Pflege des lukrativen Mitgliederpotentials eingesetzt, dient eher dem "Selbsterhaltungs- und Expansionsinteresse der Sozialbürokratien" (Paquet 1987: 262) als etwa kompensatorisch auf diejenigen Zielgruppen ausgerichtet zu sein, deren anderweitige institutionelle Einbindung und Absicherung als eher prekär zu bezeichnen ist, wie z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende oder Rentner.

Verschärft wird diese Tendenz durch die vorherrschende Ausgestaltung der Kontaktbeziehung zu den Versicherten. Auch vor dem Hintergrund einer neuen Kundenorientierung herrscht letztendlich in der Informations- und Beratungstätigkeit die Philosophie des Antragsprinzips im kleinen vor. Das Personal an der Schnittstelle zu den Kunden ist gehalten, artikulierten Anforderungen soweit möglich nachzukommen, aber nicht, Mangelsituationen aufdecken zu helfen oder auf Leistungsberechtigungen selbsttätig hinzuweisen. Die besser informierten, verwaltungserfahreneren und durchsetzungsfähigeren Segmente der Versicherten erhalten so, was ihnen zusteht; den benachteiligten Klientengruppen werden nach wie vor Leistungsansprüche und Unterstützungsangebote potentiell vorenthalten. Hierzu tragen auch die Professionalisierungstendenzen in den klientennahen Arbeitsbereichen der Verwaltungen bei. Die bestehende Machtasymmetrie zwischen dem bürokratischen Apparat und den Klienten wird weiter zuungunsten letzterer verschoben. Durch Fortbildungsmaßnahmen, oft nach dem Muster der 'Privaten', werden soziale Kompetenzen und ein "Gefühlsarbeitsvermögen" (Dunkel 1988: 73) geprägt, die eher auf Stärkung von Durchsetzungsvermögen und Überzeugungskraft, Selbstbewußtsein und einschüchternde Autorität der Experten abstellen, als daß sie sozialpolitisch intendierten Erfordernissen von seiten der Klienten nach zurückhaltender Hilfestellung und Unterstützung sowie Feinfühligkeit im Umgang mit z. T. brisanten sozialen Problemlagen entsprechen. Seinen organisationskulturellen Niederschlag findet die aggressive Wettbewerbsstrategie in der Rede von der "schlagkräftigen Truppe an der Front" oder von der "Kopfgeldprämie" für erfolgreiche Mitgliederwerbung.

Dort, wo leistungsbezogene Entgeltsysteme im Rahmen des profit-center-Modells erprobt werden, können sich entsprechende Verhaltensstile, Deutungsmuster und Werthaltungen auch über die zugrunde liegenden Leistungskriterien stabilisieren. Zentrale Merkmale erfolgreicher betrieblicher Einheiten sind die Mitgliederentwicklung und das Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben, quasi die Entwicklung der Schadensquote. Damit geraten die Beschäftigten im Kundenkontakt - und ebenso die ge-

samte Geschäftspolitik und Führungsstrategie - in das Dilemma, entweder die Ausgaben durch großzügige Leistungsgewährung auf der einen Seite hochzutreiben oder die Kunden durch eine rigide Genehmigungspraxis auf der anderen Seite zu "vergrätzen". Daß dieser Konflikt tendenziell zu Lasten der weniger privilegierten und zugleich pflichtversicherten, nicht wahlberechtigten Mitglieder aufgelöst wird, liegt auf der Hand. Damit, so läßt sich schlußfolgern, drängt die betriebswirtschaftliche "Nutzenmaximierungsstrategie" Ziele der sozialstaatlich intendierten Verteilungsgerechtigkeit und der Herstellung vergleichbarer Lebensbedingungen in den Hintergrund. Da trotz Markt- und Kundenorientierung die strukturellen Disparitäten und Wettbewerbsnachteile nicht ausgeglichen werden können, ist noch nicht einmal die Bestandsfähigkeit der einzelnen Kasse abzusichern.

4.2 Ein klientenzentriertes Produktionskonzept

Praktische Bedeutung erhielt die Unternehmensphilosophie in ihrer gesamten Spannweite bisher bei "nicht vielmehr als einer Hand voll" Kassen. Unter Experten wird - gegenüber dem oben dargestellten Produktionsmodell - von "einigen Stars, die eine ganze Ecke weiter sind", gesprochen. Im Unterschied zu vordergründiger Kundenorientierung und wettbewerblicher Servicequalität zur Kompensation von Mängeln in einem unpolitisch verstandenen Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkasse, zur Imagepflege im Wettbewerb um die Mitglieder, hat man hier begonnen, die Arbeitsstrukturen konsequent "von den Rändern her", aus der Perspektive der Versicherten, umzustellen. Neue Führungsstile, Organisations- und Personalentwicklung, orientiert am sozialpolitischen Grundverständnis der Aufgaben einer Krankenkasse, sind die Kennzeichen dieses als klientenzentriertes Produktionskonzept bezeichneten Typus.

Herzstück der klientenzentrierten Reorganisation der Arbeits- und Interaktionsstrukturen ist die weitreichende **horizontale und vertikale Aufgabenintegration**. Die Mehrzahl der zuvor gesondert bearbeiteten Sachgebiete des Leistungsbereiches sind zusammengefaßt worden und liegen "in einer Hand". Die sogenannte allround-Sachbearbeitung, zuständig für fast alle Anliegen einer alphabetisch abgegrenzten Kundengruppe, ist weitgehend umgesetzt. Ausnahmen sind einige rechtlich hochkomplexe Fachgebiete (z.B. Rehabilitation), in dem gewissermaßen auf eine problem- und zielgruppenspezifische Segmentierung gesetzt wird. Hochqualifizierte Fachangestellte mit vergleichsweise attraktiver Eingruppierung sind die zentralen AnsprechpartnerInnen für die Versicherten; neben Auskunft und Beratung sind sie für die Informationsaufnahme, Fallbearbeitung bis hin zur inhaltlichen Fallentscheidung zuständig. Zudem versucht man in diesem Modell die Trennung von Innen- und

Außendienst, bezogen auf die Mitgliederbetreuung und -gewinnung - soweit dies mit den Interessen und Kompetenzen der Beschäftigten kompatibel ist - rückgängig zu machen, um die persönliche Rundumzuständigkeit für einen festen Personenkreis zu gewährleisten.

Damit verbunden ist dementsprechend die weitgehende **Dezentralisierung** von Entscheidungskompetenz. Die Handlungsspielräume, was die Ausfüllung von Ermessensregelungen, die flexible und unbürokratische Handhabung von Ausführungsvorschriften ("situative Verwaltung") oder die Präsentation und Genehmigung von Kann-Leistungen anbelangt, sind zwar durch globale, kundenorientierte Handlungsrichtwerte und Zielvorgaben durch das Management vorstrukturiert. Im Einzelfall liegt die Entscheidungsverantwortung aber auf der Ebene der BeraterInnen.

Der Enthierarchisierung des Organisationsaufbaus und Arbeitsablaufs entsprechen neue **teamförmige Arbeits- und Kontrollstrukturen**. Eine teilautonome Arbeitsgruppe, bestehend aus zwei gleich qualifizierten und gleichrangigen Fachangestellten (unterstützt durch eine Assistenz- und Vertretungskraft) ist gemeinsam für die Anliegen eines festgelegten Kundenstammes zuständig. Innerhalb des Teams besteht eine weitreichende Eigenständigkeit hinsichtlich der konkreten alltäglichen Arbeitseinteilung und Aufgaben- und Kooperationsabstimmung (deren Grenzen allerdings in arbeitsrechtlichen Vorgaben liegen, da die Assistenzkräfte zwar formal niedriger eingruppiert sind, faktisch aber gerade im Vertretungsfalle alle anfallenden Aufgaben wahrnehmen). Nicht zuletzt aus Effizienzgründen hat man auf hierarchische Kontrolle und auf die in traditionellen Bürokratien bei finanziellen Transaktionen übliche mehrfache Einschaltung von Prüfeinheiten verzichtet. Die Qualitätsverantwortung und -kontrolle sind stattdessen in die "Leistungsproduktion" reintegriert worden. Um die fachinhaltliche Korrektheit, richtige Verschlüsselung und Verfahrenssicherheit gewährleisten zu können, findet neben der Nutzung technischer Potentiale zur Eigenkontrolle (die computererstellten Fehlerlisten gehen direkt in die Arbeitseinheit zurück) innerhalb der Arbeitsgruppen eine sogenannte Kreuzprüfung zwischen zwei Beschäftigten statt nach dem Vorbild des Vier-Augen-Prinzips in Banken und Versicherungen.

Ganzheitlicher Aufgabenzuschnitt und die Neubewertung kommunikativer Kompetenz für den Publikumskontakt erfordern bei dem Typus klientenzentrierter Dienstleistungsproduktion nicht unerhebliche **Qualifizierungsanstrengungen**. In der Folge der Integration von Sachgebieten werden zunächst Investitionen in Requalifizierung notwendig, um die durch vorgängige Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit erodierten Wissensbestandteile fachinhaltlicher und verfahrensmäßiger Art wieder zu ak-

tualisieren und Unsicherheit zu reduzieren. Entsprechende Einarbeitungsregelungen und kollegiale Unterstützungsstrukturen sind hierzu erforderlich. Die gezielte Weiterqualifizierung, um die hochdotierten Positionen adäquat besetzen zu können, sowie die Beteiligung an Fortbildungsmaßnahmen insbesondere zur Befähigung zur Gesprächsführung, zur Ermittlungs- und Beratungsarbeit in der Auseinandersetzung mit den Klienten werden nicht nur motiviert und durch Freistellungsangebote gefördert, sondern durch entsprechende Vertretungsstrukturen stabil abgesichert. Bezogen auf die technischen Qualifikationen ist man hier bemüht, gerade den Beschäftigten im Servicebereich mehr als nur oberflächliches Anwenderwissen zu vermitteln, nicht zuletzt, weil die Weiterentwicklung des Sachbearbeiterdialoges zum Nutzen einer effektiven Kundenbetreuung auf die Kompetenz und Erfahrung der Beschäftigten an der Schnittstelle zur Umwelt angewiesen ist.

Die im Zuge des technisch-organisatorischen Umbaus frei gewordenen personellen Ressourcen werden gezielt in **"Produktinnovationen" und Leistungsverbesserungen** reinvestiert, von denen sich das Kassenmanagement, über eng begrenzte wettbewerbliche Vorteile hinaus, mittelfristig gesundheitspolitische und ökonomische Strukturverbesserungen im Interesse der Versicherten oder zumindest die Verhinderung von Verschlechterungen verspricht. Nicht nur Geschäftsstellenpolitik ("lokale Dekonzentration") und Gesundheitsförderungsangebote werden auf ihren erwartbaren Beitrag hierzu genau überprüft. Auch Steuerungs- und Qualitätssicherungsfunktionen gegenüber den Vertragspartnern (die Leistungsanbieter wie Krankenhäuser oder Heil- und Hilfsmittellieferanten) werden sowohl unter betriebswirtschaftlichen Aspekten als auch mit der Perspektive auf die Auswirkungen für die Leistungsinanspruchnehmer - nämlich ihrer Versicherten - wahrgenommen.

Die Klientenzentriertheit nicht nur einzelner Ziele, sondern der Gesamtheit des Modernisierungsprozesses erfordert - so hat man hier erkannt - neue **Kooperations- und Partizipationsformen und -stile**. Die Orientierung nicht mehr auf die Funktionsfähigkeit des Apparates, sondern auf die sozialpolitisch intendierten Wirkungen und die Bedarfe der Klienten ist geradezu angewiesen auf die kontinuierliche Einbeziehung der Beschäftigten im unmittelbaren Publikumskontakt. Denn sie sind im Besitz der genauesten Kenntnisse und der besten Informationschancen hinsichtlich lösungsbedürftiger Fragen, neuer Anforderungen oder auch nicht intendierter negativer Nebeneffekte organisatorischer Gestaltungsvarianten für die Klienten. Nichtsdestoweniger ist die Bildung von Arbeitsgruppen unter Einbeziehung der Sachbearbeitung, Projektmanagement oder die Bildung von Qualitätszirkeln nach wie vor beschränkt auf eine kleine Minderheit von Kassen, die eine Entwicklung anstreben, die hier als klientenzentriertes Produktionsmodell bezeichnet wird.

Wenn auch eine Zunahme der Leistungsanforderungen fachinhaltlicher Art durch Integration von Sachgebieten wie auch durch den rechtlich bedingten Anstieg des Komplexitätsgrades konstatiert wird, so scheint in diesem Modell der zwar wahrgenommene Zeit- und Leistungsdruck solange nicht mit einer sachgerechten Aufgabenerfüllung zu kollidieren, wie sich das Aufgabenquantum bewältigen läßt. Quantitative Überforderung war in einem konkreten Fallbeispiel der zentrale Grund, weswegen das Ansinnen des Managements (nach einem personellen Austausch), die integrierte Sachbearbeitung zurückzuschneiden, auf nur geringen Widerstand von seiten der Beschäftigten stieß. Gerade die vorrangige Orientierung des Personaleinsatzes an Belangen und Interessen der Versicherten an zeitnahe, flexibler Gestaltung der Kommunikations- und Leistungserstellungsprozesse stellt hier eine Barriere für rigoros auf Personalreduzierung gerichtete Rationalisierung dar. Um auch in Zeiten von Spitzenbelastungen Auskunft und Beratung sowie gleichzeitig eine zügige Bearbeitung von akuten Anliegen gewährleisten zu können, wäre eine an der Untergrenze operierende Personaldecke kontraproduktiv; vielmehr müssen in gewissem Maße Reservekapazitäten vorgehalten werden. So überwiegen die positiven Auswirkungen dieses Restrukturierungsmodells; insbesondere der sich entwickelnde kooperative Arbeitsstil sowie die erheblich erweiterten Handlungsspielräume und Entscheidungsbefugnisse werden positiv von den Beschäftigten hervorgehoben. Mit den verbreiterten arbeitsinhaltenlichen Anforderungen und dem direkten Bezug zu den Versicherten und ihren Anliegen erschließt sich dem Einzelnen die Sinnhaftigkeit seiner Tätigkeit durch Rückkopplung von seiten der Klienten viel eher, als dies früher im Rahmen zerteilter Arbeitsprozesse der Fall war. Die Integration von Sachbearbeitung und Klientenkontakt selbst wenn letzterer häufig nur auf Informationsgespräche beschränkt bleibt - bildet einen zentralen Pfeiler von Arbeitsmotivation und -zufriedenheit. Berufliche Entfaltungsmöglichkeiten basieren auf der Nähe und Anschaulichkeit im unmittelbaren Kontakt zu der komplexen Realität eines Falles. Der praktische Bezug und das feedback über Bedeutung und Qualität der geleisteten Arbeit sind direkt erfahrbar; sogar für die formal weniger gut qualifizierten Assistenzkräfte existieren Lernchancen und -anreize fachlicher und sozialer Art im Umgang mit Menschen. Die Integration von Interaktion und Fallabwicklung führt dazu, daß die verarbeiteten Informationen in ihrem sozialen Kontext bewertbar werden und die Fähigkeit zur situationsbezogenen Transformation von fachlicher Expertise in personenbezogenes Arbeitshandeln, ein Problemlösungspotential durch kollegialen Informationsaustausch und die Urteilsfähigkeit in der sozialen Auseinandersetzung ausgebildet werden kann. Positiv für das professionelle Selbstverständnis, für Eigeninitiative und Leistungsbereitschaft wirkt sich der erweiterte Handlungs- und Entscheidungsspielraum aus, der auf einem hier vorherrschenden Klima des Vertrauens gründet, das von seiten des Managements den

Kompetenzen und dem verantwortlichen Arbeitsstil des Einzelnen entgegengebracht wird.

Aus Perspektive der Klienten verbinden sich mit einer solchen qualitäts- und klientenorientierten Restrukturierung der Verwaltungsarbeit nicht nur vordergründig Verbesserungen im engeren Sinn von Bürgerfreundlichkeit und Abbau von Zugangsbarrieren und Interaktionskosten. Vielmehr stehen ihnen kompetente, motivierte AnsprechpartnerInnen zur Verfügung, für die die Arbeit mit und für die Klienten einen hohen Stellenwert besitzt - nicht zuletzt auch deshalb, weil von der Zufriedenheit der Versicherten die Bestandsfähigkeit und damit die Arbeitsplatzsicherheit der Beschäftigten tangiert ist. Die Kongruenz von Klientenkontakt und Entscheidungskompetenz ist materiell von hoher Relevanz für den Klienten, insofern die für den Verlauf von Beratungsgesprächen ermittelten Sachverhalte und Informationen direkt in die Fallentscheidung der SachbearbeiterInnen einfließen können. Eine situations- und problemadäquate Behandlung ist eher dann zu erwarten, wenn die MitarbeiterInnen auf Basis ihrer Kenntnisse und Kompetenzen in der Lage sind, institutionelle Handlungsnormen und Anweisungen wie auch rechtliche Regelungen an die konkreten Problemlagen der Versicherten anzupassen. Die Handlungsorientierung und Risikobereitschaft, im Interesse der Klienten bestehende Spielräume auch tatsächlich auszuschnöpfen, ist dabei durch Verankerung der Kundenperspektive in der gesamten Organisationskultur bestärkt.

Bei aller positiven Resonanz von seiten der Beschäftigten wie der Klienten läßt das Produktionskonzept der beschriebenen Art gleichwohl erkennen, daß die These zu einfach ist, Dienstleistungsqualität und Kundenorientierung verbesserten sich quasi automatisch in der Folge von Aufgabenintegration, Delegation von Entscheidungsspielräumen oder der Einführung von Teamarbeit. Denn vielfach gerät der klientenorientierte Entbürokratisierungsprozeß, die Stärkung von Erneuerungsfähigkeit und Flexibilität der Verwaltung zum "Spiel mit Chancen und Risiken" (Seibel 1986); Risiken, wie sie etwa in einer überzogenen und die MitarbeiterInnen z. T. überfordernden Verbreiterung des Anforderungsspektrums, in der Forcierung des Generalistentums zu Lasten der Spezifität und Detailliertheit der Wissensbestände und fachinhaltlichen Beratungskompetenz erkannt werden. Von den Beschäftigten werden zudem widersprüchliche Anforderungen aus "Stapelarbeit" im Routinegeschäft bei gleichzeitiger Beratungsbereitschaft in z. T. sensiblen sozialen Problemkonstellationen identifiziert. Dem Experimentierstatus von Reorganisationsprozessen und neuen Aufgaben wird besondere Bedeutung für die Vermeidung dysfunktionaler Nebeneffekte zuerkannt. Die Prozesse wie auch alle hieran beteiligten Akteure sind relativ offen für die Modifikation oder Rücknahme einmal eingeschlagener

Entwicklungspfade zugunsten weniger problematischer Alternativen. So ist vielfach die Rede davon, das "Non-plus-ultra" für die Versicherten sei mit der gegenwärtigen Lösung noch nicht gefunden; in dieser oder jener Frage müsse noch weiter nachgedacht und diskutiert werden. So gilt es z.B. als nicht ausgemacht, ob SachbearbeiterInnen den Versicherten aktiv Präventionsangebote wie Ernährungsberatung oder Bewegungstraining vorschlagen sollten. Die bessere Eignung anderer Instanzen (z. B. Ärzte) und Probleme des weitreichenden Eingriffs in die Privatsphäre werden thematisiert.

Den Beteiligten ist sukzessive deutlich geworden, daß sich weder für eine klientenorientierte Ausfüllung von Handlungsspielräumen noch für personenbezogene Informations- und Beratungsfunktionen standardisierte Patentrezepte entwickeln oder einheitliche Qualitätsstandards vorgeben lassen, die dann nur noch exekutiert werden müßten. Vielmehr geht es um eine grundlegende Neuorientierung auf allen Ebenen der Organisation, um die Herausbildung veränderter Wahrnehmungs-, Entscheidungs- und Verhaltensmuster. Erforderlich hierfür sind kontinuierliche, zeit- und damit personalintensive Diskussions-, Lern- und Angleichungsprozesse. Denn erst auf Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses wird es für den Einzelnen möglich, in der Alltagspraxis widersprüchliche Anforderungen (Wirtschaftlichkeit vs. kundenorientierte Großzügigkeit, Einzelfallgerechtigkeit vs. Gleichbehandlungsgrundsatz) zu balancieren und damit die Gefahr der schichtspezifischen Selektivität und Rationierung von Sozialleistungen zu minimieren.

5 Strategien und Akteure der Einführung neuer "Produktions"konzepte

Auch wenn die Einsicht in die Notwendigkeit zur Initiierung von einzelbetrieblichen Modernisierungsprozessen und der Wille zur Erneuerung vorhanden ist, besteht oft Unklarheit darüber und fehlt das know-how, wie diese Aufgaben angesichts der Komplexitätssteigerung und Dynamik der Umfeldanforderungen wahrgenommen werden können, d. h. wie sich Qualitätsverantwortung und Klientenorientierung verbindlich und wirkungsvoll umsetzen lassen. Gerade angesichts der Tatsache, daß es in sozialpolitischen Administrationen von ihrem Auftrag her um mehr geht, als daß der Kunde/Versicherte das Haus zufrieden verläßt in dem Bewußtsein, zuvorkommend behandelt worden zu sein oder sogar "verblüfft" ist ob der Geschwindigkeit der Erledigung seines Anliegens, läßt sich Kundenorientierung und Qualitätsverpflichtung nicht an einige wenige Spezialisten wie Beraterstäbe oder die Öffentlichkeitsabteilung delegieren.

Weiter ist es auch nicht hinreichend, die strukturellen, quasi objektiven Rahmenbedingungen und personellen Voraussetzungen der Leistungserstellung zu verbessern wie Anforderungs- und Aufgabenstrukturen, Personaleinsatz und Qualifikationsstruktur, Karriere- und Entlohnungssystem. Unter z. T. sehr pauschaler Bezugnahme auf einzelne der oben dargestellten Dimensionen von Klientenorientierung und Dienstleistungsqualität haben viele Verwaltungen im Zuge technisch-organisatorischer Rationalisierungs- und Modernisierungsmaßnahmen mit Einzelanpassungen zur Verbesserung der Zugangsbedingungen, intensivierter Öffentlichkeitsarbeit u. ä. reagiert. Im Zentrum vieler praktischer Umsetzungsprojekte, aber auch wissenschaftlicher Reorganisationskonzepte stehen dabei Einzelaspekte der Entbürokratisierung der Verwaltungsorganisation, der Arbeitsstrukturen, des Personaleinsatzes und der Publikumskontakte.

In vieler Hinsicht implizieren solche Ansätze und Konzepte eine Reihe von Verbesserungs- und Weiterentwicklungschancen, die sowohl im Interesse der Verwaltungsmitglieder als auch ihrer Klienten liegen können. So läßt sich z. B. durch ganzheitlichere, vorgangsbezogene Aufgabenzuschnitte und unter Einsatz entsprechend qualifizierten Personals, ausgestattet mit erweiterten Entscheidungsbefugnissen, gerade im Bereich stark regelgebundener Fallbearbeitung ein Konzept der Qualitätsförderung nach dem Vorbild der Güterproduktion (Lillrank/Kano 1989) umsetzen: mit motivierten und weitgehend eigenverantwortlichen Beschäftigten ist Fehlervermeidung entsprechend den Interessen der Klienten an Richtigkeit und Rechtmäßigkeit von Verwaltungsleistungen (z. B. die Bewilligung monetärer Leistungen) möglich. Für einen nicht unerheblichen und wachsenden Anteil der Verwaltungsarbeit wie Sachermittlung und personenbezogene Beratung, Planungs- und Verhandlungsaufgaben sind die Ziele der Dienstleistungsqualität und Klientenorientierung weniger genau angebar und Maßnahmen zu ihrer Erreichung genausowenig detailliert zu planen und zu steuern. Zu berücksichtigen sind spezifische Grenzen der rationalen Planbarkeit und "Organisierbarkeit" (Grunow 1988: 167) von Bürgernähe und Dienstleistungsqualität. Dies liegt nicht zuletzt an der Differenziertheit des Verhältnisses Bürger-Verwaltung sowie an der Dynamik dieser Beziehung. Zu berücksichtigen ist, daß es nicht die Verwaltungsleistung gibt, sondern ganz verschiedenartige Produkte und Serviceangebote mit je spezifischen Bezugsgruppen; ebensowenig gibt es die Beschäftigten noch die Klienten einer Verwaltung, sondern verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Anliegen, je spezifischen Fähigkeiten im Umgang mit der Verwaltung und unterschiedlichen Abhängigkeiten von Leistungen; noch weniger gibt es die Qualitätsmaßstäbe, die für alle Verwaltungsleistungen und Klientengruppen zeitstabil anzulegen sind. Im Ergebnis kann es daher nicht die organisatorische Lösung von

dienstleistungsorientierten Modernisierungsmaßnahmen geben. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen.

Die Verwaltung hat es mit ganz **unterschiedlichen Zielgruppen** mit oft divergierenden bis gegensätzlichen Anforderungen und Interessen zu tun, die z. T. gegeneinander abgewogen oder zum Ausgangspunkt der Entwicklung unterschiedlicher Formen von Publikumsorientierung gemacht werden müssen. Während z. B. die Bürger als Klienten und Leistungsempfänger eher extensive Ansprüche an Leistungsumfang und an hohe Standards der Leistungserstellungsprozesse anlegen, haben sie in ihrer Rolle als Beitragszahler vor allem ein Interesse an effizienter Verwaltungsarbeit. Weiter stehen sich die Anforderungen von einzelnen Klienten einerseits und von anderen kollektiven, gut organisierten und durchsetzungsfähigen Kooperationspartnern der Verwaltung andererseits oft konträr gegenüber, so z. B. die Kontrollambitionen von Unternehmen oder Administrationen über den Bürger. Hinzu tritt, daß nach der konkreten Problemlage, aber auch den bildungsmäßigen und erfahrungsbezogenen Vorbedingungen einzelne Klientengruppen divergierende Vorstellungen mit Service- und Leistungsqualität verbinden, die zudem nicht unbedingt zeitstabil sind.

Unterschiedliche Arten der Leistung sind z. B. dadurch bestimmt, ob die Sicherung längerfristiger, existentieller Grundbedürfnisse hiervon abhängt oder ob ein spezifischer, eher situativer Bedarf gedeckt werden soll. Hohe Standards der Qualitätssicherung in der Fallbearbeitung und Ergebnisprüfung sind besonders bei existentieller Hilfsbedürftigkeit erforderlich, vor allem soweit diese längerfristig kompensiert werden muß. Die Abhängigkeit des Klienten variiert mit der Zeitdimension des Leistungsbedarfs bzw. -anspruchs. Bei hoher zeitlicher Dringlichkeit gewinnt die flexible Gestaltung des Verfahrens der Leistungsgewährung, um schnell Abhilfe schaffen zu können, an Bedeutung. Die Art der Leistungen bestimmt auch, inwieweit die klientenorientierte Gestaltung der zeitlichen und räumlichen Zugangsbedingungen von besonderer Bedeutung ist. Sofern direkte, persönliche Interaktions- und Kontaktphasen bezogen auf spezifische Leistungsarten mit hoher Frequenz für größere Bevölkerungsgruppen Voraussetzung sind, gewinnt die Orts- und Klientennähe von Einrichtungen besonderes Gewicht. Weiterhin ist die Bedeutung von sachgerechter und umfänglicher Information und Beratung höher einzuschätzen im Zusammenhang mit optionalen Leistungen, wo der Klient auf die Transparenz der Voraussetzungen und Folgen für seine Entscheidung - insbesondere sofern sie mit erheblichen Wirkungen verbunden ist - angewiesen ist, als dort, wo es um einheitliche, gesetzlich geregelte Leistungsansprüche geht, die notfalls gerichtlich eingeklagt werden können. Die Entbürokratisierung der Interaktionsbeziehung gewinnt ganz besondere Bedeutung, wenn es um die Ausgestaltung personenbezogener Beratungs- und

Unterstützungsleistungen geht, im Rahmen derer die Klienten dazu überzeugt und motiviert werden sollen, in ihrem eigenen Interesse spezifische Aktivitäten zu unternehmen.

Diese wenigen Hinweise zeigen bereits, daß die Ziele einer stärkeren Klientenorientierung und Qualitätsverantwortung nicht durch übergreifende Reorganisationsmaßnahmen und einheitliche Arbeitsanweisungen erreichbar sind. Vielmehr können die angeführten Dimensionen von Dienstleistungsqualität für einzelne Leistungsformen und Zielgruppen ganz unterschiedliche Relevanz besitzen: was für die eine Gruppe von Bürgern eine selbstverständliche Anforderung sein mag, wie z. B. die Transparenz verwaltungsinterner Vorläufe und Abstimmungsprozesse vor einer Entscheidungsfindung, mag einer anderen Gruppe als irrelevant erscheinen; was im Bereich von Beratungsaufgaben oder für die Erzielung von Verhandlungslösungen unabdingbare Voraussetzung ist - die möglichst weitreichende Sicherstellung verschiedener Elemente von "Beziehungsqualität" (Crosby 1990) - mag für die Abwicklung routinierter Massenvorgänge von relativ untergeordneter Bedeutung sein.

Nicht zuletzt sei noch erwähnt, daß die Qualität von Arbeitsabläufen und -verfahren, die Qualität von Arbeitsbedingungen insgesamt für die Beschäftigten, wesentliche Voraussetzungen einer neuen Dienstleistungsorientierung darstellen; zugleich aber sind in überzogenen Konzepten der "Entbürokratisierung" auch Widersprüche angelegt (vgl. z. B. Damkowski/Luckey 1989, Kaufmann/Schäfer 1979). Denn in den Merkmalen Weberischer bürokratischer Organisationen wie Arbeitsteiligkeit, Regelbindung und hierarchische Kontrolle liegen zugleich Stärken und Schwächen oder ihre "Funktionen" und "Dysfunktionen" (Seibel 1986: 143). So gewährt z. B. die enge Regelbindung in Verbindung mit detaillierten Verfahrensvorschriften und Dienstweisungen einerseits Rechtssicherheit und mit hoher Wahrscheinlichkeit die Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes; andererseits liegen zugleich hierin die negativen Effekte der Inflexibilität und der typisierenden, standardisierten Rechtsauslegung, die die Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles nicht mehr zulassen. Umgekehrt implizieren erweiterte Handlungsspielräume und die Delegation von Entscheidungskompetenz auf die Sachbearbeitungsebene Gefahrenpotentiale für ungleiche Behandlung oder die vielzitierte "Behördenwillkür". Das Kernproblem der Organisationsgestaltung liegt damit in der Ausbalancierung zwischen widersprüchlichen Anforderungen wie Flexibilität der Fallbearbeitung und Dezentralisierung einerseits und dem Erfordernis der einheitlichen Fallbearbeitung, die nach sozialpolitischen Relevanzkriterien geleistet werden muß. Ähnlich läßt sich auch in Bezug auf den Aspekt des Abbaus von personaler Kontrolle und Verflachung von hierarchischen Strukturen aus Perspektive der Beschäftigten argumentieren: die Förderung von Eigeninitiative

durch Übertragung von Verantwortlichkeiten hat ihre Grenze dort, wo sich der Einzelne überfordert fühlt, riskante Entscheidungen treffen zu müssen; denn die damit entstehende Unsicherheit führt allzuleicht zu informellen Verschiebungen der Qualitätsverantwortung oder zur Rückkehr zu bürokratischen Entscheidungsregeln.

Da insgesamt keine Klarheit über die genauen Zielsetzungen der Klientenorientierung im einzelnen und noch weniger verbindliche Qualitätsmaßstäbe bestehen, muß auch die Suche nach den "perfekten neuen Organisationsmodellen" (Grunow 1988: 131) ein Irrweg sein. Was gegenwärtig fehlt - so meine Zwischenbilanz - ist weniger "der Wille zur Qualität", sondern ein zureichendes Verständnis dessen, was Dienstleistungsqualität und Klientenorientierung konkret bedeuten könnten, d. h. ein Verständnis der Anforderungen, die die Qualität in dem jeweiligen Aufgabenzusammenhang an das eigene Verhalten stellt. In dieser Hinsicht scheint sich die Problematik, in der sich die öffentliche Verwaltung befindet, nicht wesentlich von privatwirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmen (vgl. z. B. Murray 1991) oder der Büroarbeit in Industrieunternehmen (Weltz u. a. 1989) zu unterscheiden. Dienstleistungsqualität ist weniger ein Programm als ein Prozeß, der in alle Bereiche einer Organisation vordringen muß und in dem es auch darum geht, dominierende Werthaltungen, Deutungsmuster und Handlungsstile zu ersetzen.

In Umrissen ist erkennbar geworden, daß die problem- und klientenadäquate Bearbeitung von sozialpolitischen Anliegen und mehr noch die Sachermittlungs- und Beratungstätigkeit eine entsprechende soziale Kompetenz und sozialpolitisch geprägte Arbeitsmotivation und Interpretation von Handlungserfordernissen voraussetzt, die durch formale Regulierungen zwar gefördert, aber eben nicht hergestellt und gesteuert werden können. Diese müssen ergänzt werden um neue kognitive Situationsdeutungen und normative Wertungen (Scharpf 1987), die den herkömmlichen Geist von Bürokratien auflösen, die Klienten seien ein notwendiges Übel im routinisierten Arbeitsalltag, deren Anspruchshaltung und Versuche mißbräuchlicher Leistungsanspruchnahme mit Mißtrauen zu begegnen sei. Nicht weniger als ein Kulturwandel von einer "Kontroll- zu einer Dienstleistungskultur" (Docherty/Stjernberg 1985) ist hiermit angesprochen, im Rahmen dessen eine Verschiebung von Zielvorstellungen und Prioritätensetzungen erfolgen muß. Diese Kultur muß alltagspraktisch das gesamte Denken und Handeln aller an dem Leistungserstellungsprozeß Beteiligten durchdringen. Eine solche Mutation der Behörde in ein modernes Dienstleistungsunternehmen erfordert Handlungskonzepte, die deutlich über die Perfektionierung von Arbeitsmitteln, -abläufen und -prozessen sowie über Umgestaltung und Innovationen in Teilbereichen, wie Personal- und Qualifikationsstruktur oder Führungsstil hinausreichen. Angesprochen sind hiermit Strategien des Veränderns, die in Konzepten der Verwal-

tungsreform durch Organisationsentwicklung (z. B. Glasl/v. Sassen 1983), des strategischen Wandels der Verwaltungskultur (z. B. Docherty/Stjernberg 1985) oder der leitbildzentrierten Transformation der Unternehmenskultur (Dierkes/Marz 1992) ihren Niederschlag gefunden haben.

5.1 Prozeßgestaltung

Konzeptionen zur Prozeßgestaltung des Wandels sind also insofern von besonderer Bedeutung, als die Ziele der Veränderung, nämlich Servicequalität und Dienstleistungsorientierung - zumindest auf dem bisherigen Stand der praktischen Erfahrungen und der theoretischen Debatten - nur sehr unspezifisch formuliert werden können. Es geht um einen Veränderungsprozeß nicht nur der Organisation, sondern auch ihrer Beschäftigten, der von ihnen selbst bewußt gestaltet und aktiv getragen wird zur Erneuerung von Problemlösungspotential und zur Ausbildung von Selbsterneuerungsfähigkeit (Glasl/v. Sassen 1983: 26). Es muß ein Wandel der Prinzipien, der Identität erfolgen, und ein neues Bewußtsein von Zweckbestimmung und Sinngebung entwickelt werden. Entsprechend den sich verändernden Vorstellungen und Sichtweisen können mit dem gewandelten Blick auf die Ist-Situation hiernach Zukunftskonzeptionen und Strukturmodelle entworfen sowie auch ein neues Dienstleistungsverständnis generiert werden. Dementsprechend werden bestehende Prozeduren, Aufgabenzuschnitte, Koordinations- und Führungsformen, aber auch Arbeitsmittel und Serviceangebote umgestaltet, angepaßt oder ersetzt.

Nur bedingt lassen sich für die Initiierung und Gestaltung solcher Prozesse externe Vorgaben entwickeln, geschweige denn Patentrezepte. Dies verdeutlicht das verbandliche Unternehmenskonzept der Ortskrankenkassen ebenso wie die Erfahrung mit den zentral vorgehaltenen Unterstützungs- und Beratungsleistungen. Denn selbst die Inanspruchnahme solcher Serviceleistungen setzt einzelbetrieblich immer in Ansätzen bereits ein gesteigertes Problembewußtsein und eine grundsätzliche Akzeptanz von Unterstützungsangeboten ("Beratungskultur") voraus. Letztendlich muß die Umgestaltung und Selbsterneuerung "vor Ort" mit eigener Kraft vollzogen werden.

Aus den Erfahrungen konkreter Umbauprozesse zum "klientenzentrierten Produktionsmodell" bei den Ortskrankenkassen sowie aus den Bedingungen ihres Scheiterns lassen sich einige erfolgversprechende Elemente - wie auch spezifische Problemzonen - von Organisationsentwicklung und Leitbildtransformation zusammenfügen. Es handelt sich zunächst um eine **induktive Strategie** der Kundenzentrierung der Organisation, die nicht - wie an anderer Stelle vorgeschlagen (Dierkes/Marz 1992) - am Design eines großen Globalentwurfs, sondern vielmehr an

den "Primärprozessen" der Organisation und bei den kleinen organisatorischen Einheiten (Glasl/v. Sassen 1983: 40) ansetzt und sukzessive zu größeren Abteilungen, zur Gesamtstruktur, zur Angebotserweiterung und zu den generellen Prinzipien voranschreitet.

Weiter handelt es sich um eine **leitbildorientierte Strategie** des Wandels. Um traditionelle Werte, Handlungen und Rationalitäten der bürokratischen Kultur zu "delegitimieren" (Pettigrew u. a. 1988: 302) und neue Ideen zu entwickeln sowie Handlungsstile zu fördern, geht es in diesem Prozeß um die Konstruktion eines neuen Leitbildes des zukünftigen Verwaltungshandelns. Einem Leitbild werden hierbei verschiedene Funktionen zugesprochen (vgl. genauer hierzu Dierkes/Marz 1992: 229 ff.) wie kollektive Projektion und Adaptation der Organisationsmitglieder auf das zukünftig wünschbare und kognitive Aktivierung der Kreativität sowie Mobilisierung des ganzen Menschen im Zuge des Wandlungsprozesses.

Zugleich geht es um einen **iterativen Prozeß**, in dem die veränderte Konfiguration von Elementen der Organisation daraufhin überprüft wird, inwieweit tatsächlich nicht nur den technischen, rechtlichen und wirtschaftlichen, sondern auch den sozialen, humanen und kulturellen Anforderungen nach innen wie im Außenverhältnis besser entsprochen werden kann bzw. inwieweit Modifikationen des ursprünglichen Konzeptes erforderlich werden. Mit neuen Organisationsprinzipien und einem veränderten sozialen Gefüge können wiederum neue Erfahrungen im Umgang mit der Außenwelt und gewandelte Perspektiven zu einem erweiterten oder spezifischeren Verständnis von Klientenorientierung und Servicequalität führen. Verschiedene Prozeßtypen greifen dabei grundsätzlich ineinander bzw. bedingen sich gegenseitig: Diagnose und Analyseprozesse, Willensbildungs- und Konzeptionsprozesse, Lern- und psychosoziale Prozesse, Konflikt- und Aushandlungsprozesse.

Dieser Prozeß läßt sich folgendermaßen rekonstruieren:

- Zunächst wird das tradierte, tief verankerte Leitbild des "vorgangsorientierten Verwaltungsapparates" als dysfunktional für die Organisation und ihre Mitglieder diagnostiziert. Die bürokratische Struktur der Leistungserstellung und die kontrollorientierte Kultur im Umgang mit den Versicherten bewirkt bei ihnen nicht nur Unzufriedenheit und kritische Distanz, so die Erklärung; sie prägt zugleich ein negatives Bild in der Öffentlichkeit und trägt mit zu dem beklagten Mitgliederverlust bei (mit den Folgen verringerter finanzieller Spielräume, Arbeitsplatzabbau etc.).
- Den Beschäftigten wird ein neues Leitbild von "Klientenzentrierung" vorgestellt, das zunächst die sehr globale Haltung vermitteln soll, daß der Kunde die wichtigste

Person im Unternehmen ist und es in seiner Bestandsfähigkeit nicht zuletzt von ihm abhängt und nicht umgekehrt. Der Kunde hat durch seine Beitragszahlungen einen Anspruch auf eine Reihe von Leistungen im Bedarfsfall erworben sowie ein gesetzlich verbrieftes Recht auf vollumfängliche Informations- und Beratungsleistungen zur Umsetzung dieser Ansprüche.

- Begonnen wird mit einem ersten Reorganisationsschritt innerhalb des Bereiches mit den häufigsten Kundenkontakten, zunächst bei gegebener Hierarchie- und Stellenstruktur, aber mit verändertem Aufgabenzuschnitt: nach der Maßgabe, die Qualifiziertesten stehen für den direkten Kundenkontakt und alle seine Anliegen zur Verfügung.
- Dieses Konzept zieht Lernprozesse nach sich wie Requalifizierung hinsichtlich zuvor brachgelegter Qualifikationsbestandteile oder Trainingsprogramme zur Gesprächsführung und Sachermittlung; es müssen nicht nur neue Verhaltensweisen angenommen werden, es geht zugleich um "Abbauprozesse", das Ablegen alter Einstellungen und Arbeitsstile.
- Durch den ganzheitlichen und fachlich kompetenten Kundenkontakt und die leitbildbezogene Sensibilisierung für die Anliegen und Bedürfnisse der Klienten entsteht ein erweitertes Potential an Ideen und Visionen darüber, wie den Anforderungen des Umfeldes besser Rechnung getragen werden kann.
- Indem dieses Erfahrungswissen diskursfähig gemacht und reflektiert wird, läßt sich das ursprüngliche Leitbild der Kundenorientierung ausdifferenzieren. Gemeinsame Überlegungen zur Kundensegmentierung (z. B. nach einfachen Auskunftsbegehren einerseits und komplexen Informations- und Beratungsanliegen andererseits) zur Differenzierung des Leistungsspektrums nach neuen und nicht mehr nur auf reibungslosen Vollzug gerichteten Qualitätsmaßstäben (etwa danach, ob diese Leistungen im direkten Kundenkontakt abschließend bearbeitbar sein sollten), werden gefördert und kanalisiert.
- Eventuelle neue Reorganisationsentscheidungen können durch gezielte Einbeziehung der Klienten in Gesprächen oder eine Erhebung und Analyse der Inanspruchnahme von Serviceleistungen und konkreter Bedarfe abgestützt werden.
- Weitere Reorganisationsmaßnahmen zur kundenzentrierten, ganzheitlichen Leistungserstellung erfordern im nächsten Schritt übergreifende und grundlegendere Umbaumaßnahmen (z. B. Umschichtung hochdotierter Stellen, Abbau von Hierarchie), die mit Besitzstandsinteressen anderer Abteilungen kollidieren können. Tra-

dierte Aufgabenzuschnitte und Kompetenzen, vor allem auch von Führungskräften, müssen zur Disposition gestellt werden. Aushandlungs- und Ausgleichsprozesse müssen unter Bezugnahme auf das neue Leitbild initiiert werden.

- Mit der Delegation von Entscheidungsspielraum und dem Abrücken von hierarchischer Kontrolle und bürokratischen Bewilligungsgrundsätzen zugunsten der einfallorientierten Ausfüllung von Ermessensspielräumen müssen gemeinsam getragene Leitlinien und Toleranzbereiche der Leistungsgewährung diskutiert und die Effekte unter dem Aspekt der sozialpolitischen Verträglichkeit und finanzieller Auswirkungen bewertet werden. Das Gefühl der Unsicherheit ebenso wie riskante Entscheidungen lassen sich hierdurch begrenzen und die widersprüchlichen Prinzipien von Gleichbehandlung und Einzelfallgerechtigkeit balancieren.
- Die Freisetzung von Personal im Zuge von Aufgabenintegration und Verflachung von Hierarchie erfordert wiederum eine kollektive Analyse- und Konzeptionierungsphase von vordringlich zu bewältigenden, bisher vernachlässigten Aufgaben, deren sozialpolitische Relevanz und konkrete Ausgestaltung, die sinnvollerweise mit dem verfügbaren Potential (unter Berücksichtigung von Qualifizierungsmöglichkeiten) auf- oder ausgebaut werden können (der ehemalige Gruppenleiter wird z. B. zum Rehabilitationsfachberater).
- Erforderlich ist in diesem Zusammenhang auch eine bedingte Neudefinition und Umwertung von Qualifikationen und Kompetenzen sowie deren Verankerung in der gesamten Organisationsphilosophie: weg von den eng versicherungsrechtlich- und kontrollorientierten hin zu klientenrelevanten, fachunspezifischen Qualifikationen wie soziale Kompetenz, Kreativität oder Risikobereitschaft etc.
- Diese Umwertung muß ihren Niederschlag in der Ausbildung, im Beurteilungswesen und zumindest mittelfristig auch im Anreiz- und Karrieresystem finden, um dem leitbildorientierten Wandel zu einem neuen Dienstleistungsbeußtsein zum Durchbruch zu verhelfen und die neue Organisationsphilosophie auch auf Dauer zu stabilisieren.

Abgeschlossen ist der iterative Prozeß damit keineswegs; indem etwa sukzessive weitere Funktionen und Teilaufgaben als kundenrelevant erkannt werden, sind z. B. herkömmliche Abteilungsgrenzen in Frage gestellt, zugleich wächst aber auch die Gefahr der Überfrachtung von Leistungserstellungskonzepten und der Überforderung der Beschäftigten. Dies aber bedeutet, daß die Differenzierung und Präzisierung des neuen Leitbildes und dessen schrittweise Umsetzung im Arbeitsalltag beständig zu evaluieren sind. Besonders in Anbetracht der Umfeldturbulenzen, der Komplexitäts-

steigerung von Anforderungen und Aufgaben, der Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnik ebenso wie der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und des Arbeitskräftepotentials werden solche gelenkten Prozesse dauerhaft zur Voraussetzung von Qualitätssicherung und Kundenverantwortung.

5.2 Akteure des Umbaus

Die Initiatoren und Promotoren solcher leitbildorientierter Umbaustrategien, einer schrittweisen Umpolung der gesamten Organisation vom versteinerten Behördencharakter zur verschütteten Dienstleistungsorientierung, sind zweifelsohne an der Spitze der Verwaltungspyramide zu verorten. Entweder die Geschäftsführung selbst oder die Leitung z. B. des Organisationsreferates, ideell unterstützt durch die Geschäftsführung, sind die zentralen Triebkräfte, denen eine Selbsterneuerung weder von oben (Selbstverwaltung) verordnet noch von unten (Beschäftigte) oktroyiert werden kann.

Die entscheidenden Träger der angeführten Entwicklungsprozesse zur Selbsterneuerungsfähigkeit und zur Leitbildtransformation sind die Beschäftigten auf allen Ebenen der Hierarchie. Es handelt sich - das ist aus dem Vorangegangenen bereits deutlich geworden - um einen partizipativen Ansatz, um kommunikative und interaktive Prozesse, in die zumindest partiell auch die Kunden/Klienten einbezogen werden müssen. Die sporadische und/oder selektive Beteiligung der Beschäftigten als vordergründige Strategie der Akzeptanzsicherung von Modernisierung ist nicht hinreichend. Denn um selbst die Träger eines neuen Dienstleistungsverständnisses alltagspraktisch durch veränderte Wahrnehmungen, Handlungsstile, Kompetenzen und Entscheidungsprämissen sein zu können, müssen die Beschäftigten individuell und kollektiv entsprechende Potentiale entfalten, Lernprozesse durchlaufen und Hemmnisse und Barrieren abbauen durch Mitwirkung und praktische Erfahrungen. Die angestrebten Ziele können nicht detailliert vorgegeben werden und die Anpassungsleistungen zu deren Erreichung sind nicht einklagbar und vielfach kaum kontrollierbar. Wie bedeutungsvoll die längerfristige Lenkung und Moderierung der sozialen Dynamik für das Gelingen grundlegender Umorientierungen ist, zeigt sich empirisch besonders an kritischen Schnittstellen, in besonderen Unsicherheitszonen oder Krisensituationen. An dem Management solcher Situationen erweist sich, wie tragfähig die einmal eingeleiteten Reformprozesse sind, oder ob sich hier regressive Tendenzen bei den Mitgliedern der Organisation Bahn brechen, die im Extremfall sogar zum Scheitern des gesamten Projektes führen können. Typische Problemzonen sind:

- **Interessenkonflikte** zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen beim Neuzuschnitt von Aufgabenbereichen und Kompetenzen; hier müssen faire und attraktive

Lösungen auch für die scheinbaren Verlierer ausgehandelt werden, wie etwa im Falle der "entmachteten" Führungskräfte, um deren Kooperativität gewinnen und professionelle Kompetenz erhalten zu können.

- **Divergenzen** zwischen Beschäftigten- und Klienteninteressen; dies wird beispielsweise an Debatten um Öffnungszeiten virulent, deren Ausdehnung Gleitzeitregelungen sowie insgesamt die individuelle Zeitökonomie in der Arbeitseinteilung beschränkt durch die beständige Verfügbarkeit und Auskunftsbereitschaft im Zuge der neuen Dienstleistungsorientierung, mit der Folge
- **inkonsistenter Anforderungen**, sich jederzeit den Klienten zu widmen und damit in teils komplexen und Konzentration erfordernden Arbeitsvorgängen unterbrochen zu werden. Als eklatanter stellt sich das Problem strukturell unvereinbarer Anforderungen in der Entscheidungssituation dar, wie z. B. zwischen kostenbegrenzender Leistungsbewilligung und großzügiger Auslegung von Vorschriften im Interesse der Einzelfallgerechtigkeit. Sofern hier nicht angemessene Verhaltensleitlinien entwickelt werden, führt ein solches Dilemma schnell zur alltäglichen Zerreißprobe.
- **Unsicherheit** im Zuge von "Abbauprozessen" gewohnter Haltungen und Routinen und von Aufbauprozessen neuer Motive und Arbeitsstile; das Ineinandergreifen beider Prozesse, eine zuweilen nicht unerhebliche Destabilisierung kann zu Ängsten und Abwehr führen, die die Rückkehr zu alten Mustern und Traditionen nahelegen, wenn hier nicht gezielt gegengesteuert wird, indem z. B. ausdrücklich Raum zum Experimentieren, für riskante und sogar falsche Entscheidungen zugestanden wird. Eine besondere Sprengkraft erhält diese Problemkonstellation durch
- **Überforderung** qualitativer und/oder quantitativer Art. Auslöser hierfür können überzogene Integrationskonzepte (verschärft möglicherweise durch ungenügende Qualifizierungsmaßnahmen) ebenso wie eine quantitativ erweitertes Arbeitsvolumen sein, das faktisch nicht zu bewältigen ist. Auch soziale Spannungen in ungewohnten teamförmigen Kooperationsstrukturen können Ursache hierfür sein.

Zur Ausbalancierung, Ausgleichung oder Auflösung solcher konflikthaltiger Konstellationen, wovon das Gelingen von Innovationsprozessen abhängt, müssen über einen längeren Zeitraum stabil und kalkulierbar Unterstützungsstrukturen und -ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Unter dem Primat der kurzfristigen Personalkostenreduzierung oder mit einer insgesamt engen Personaldecke sind solche ambitionierten Strategien, deren Effizienz sich erst auf längere Sicht erweisen kann, fast mit Zwangsläufigkeit zum Scheitern verurteilt. Auch können Beschäftigte nicht

nach einer Anschubphase sich selbst überlassen werden. Die weitere Förderung von Lernfähigkeit und Teamfähigkeit sowie Konfliktaustragungsfähigkeit muß im gesamten Verlauf des organisatorischen und kulturellen Umbaus begleitet werden. Sofern sich hierbei zunächst unlösbare Probleme oder dysfunktionale Effekte erkennen lassen, ist auch die Rücknahme einmal getroffener Entscheidungen in Betracht zu ziehen. Gerade induktive und iterative Veränderungsprozesse erscheinen für die Umkehr eingeschlagener Pfade, für trial-and-error-Verfahren günstige Bedingungen zu schaffen, ohne zugleich zu Resignation oder zur Aufgabe des gesamten Vorhabens zu führen.

Ein weiterer Vorteil dieser Strategie gegenüber Entwurf und Implementierung eines "Idealmodells" liegt darin, daß die Erreichung erster Teilziele schon in einem relativ frühen Stadium sichtbar werden kann. Durch kleine Erfolge lassen sich möglicherweise Skeptiker des Umbaus umstimmen. Zugleich scheint dies eine "kostengünstige" Lösung zu sein. Weder gerät das gesamte System zeitgleich in Turbulenzen und Instabilitäten mit der Gefahr einer flächendeckenden "Zerstörung der Funktionsbedingungen" einer bisher intakten Organisation (Scharpf 1987: 142), noch müssen organisationsweit die erforderlichen Zeitkontingente für Lern- und Beteiligungsprozesse zur Verfügung gestellt werden.

Ein nicht zu unterschätzender Vorteil liegt in den schrittweisen Anpassungsmöglichkeiten von Prozessen und Zielen entsprechend den vorhandenen personellen Kapazitäten. Denn nicht nur ein akuter Mangel an formal adäquat qualifiziertem Personal kann eine unüberwindbare Barriere für Globalumstellungen darstellen. Das mehr oder weniger stillschweigend den Konzepten zur Organisationsentwicklung zugrunde gelegte Bild von dem entwicklungsfähigen und -willigen Menschen erweist sich in der Praxis oft als wenig hilfreich. Und ebensowenig können neue Arbeitsansprüche wie ganzheitliche und anspruchsvollere Aufgabenzuschnitte, Verantwortungsbeteiligung und Mitbestimmung generell vorausgesetzt werden. So ist etwa davon auszugehen, daß ältere, bürokratischen Traditionen verpflichtete Beschäftigte (und damit viele Führungskräfte) größere Widerstände gegenüber Reformprozessen aufbauen als jüngere. Durch langjährige Sozialisations- und Anpassungsprozesse und durch Arbeitserfahrungen geprägte "perfekte Bürokratenpersönlichkeiten" - vor allem wenn die Pensionierung bereits absehbar ist - sind Lern- und Umorientierungsprozessen weniger zugänglich. Weiter ist zu berücksichtigen, daß zumindest einem Teil der beschäftigten Frauen - und sie stellen in aller Regel die Mehrheit des Verwaltungspersonals - aufgrund ihrer doppelten Verankerung in Berufs- und Familienarbeit zusätzliche Belastungen insbesondere in zeitlicher Hinsicht nicht zugemutet werden können. Mit der dargestellten Strategie ist ausreichend Spielraum für Übergangspas-

sagen, Nischenlösungen oder Einzelfallregelungen vorhanden, mit dem die Perspektiven sehr unterschiedlich motivierter und aktivierbarer Beschäftigtengruppen mit neuen Organisationszielen in Übereinstimmung gebracht werden können.

Die konsequente Einbeziehung der Beschäftigten in den Prozeß der Organisationsentwicklung und Leitbildtransformation ist aber nicht nur "zur Formulierung und Kommunikation identifikationsfähiger Strategien" (ebenda: 138 f.), zur breiten Verankerung neuer Organisationsziele und zur Absicherung von Akzeptanz und Kooperativität erforderlich. Unabdingbar angewiesen ist das Management auf das Erfahrungswissen zumindest der Beschäftigten mit jeder Form von Publikumskontakt. Denn es geht um die generelle Umorientierung weg von den tradierten Bedürfnissen eines stabilen und funktionsfähigen Apparates hin zu denen der Klienten und ihren sozialpolitisch intendierten Ansprüchen und Erwartungen. Grundsätzlich verfügt das Personal über ein besonderes Know-how und detaillierte Kenntnis der Ist-Situation von Schwachstellen und Kritikpunkten, auch aus der Sicht der Klienten. Dies gilt auch für die Stärken des bisherigen Systems, für die wünschenswerten Sollzustände und möglichen Hindernisse auf dem Weg dorthin. Sie sind diejenigen, die in der täglichen Konfrontation mit den Unsicherheiten, Ängsten und Ärgerissen der Klienten am ehesten ein "Gefühl" für deren Anforderungen und Präferenzen, bezogen auf ein modernes Dienstleistungsunternehmen, entwickeln können. Sie können in den Interaktionsprozessen gezielt herausfinden, in welchen Bereichen die größten Informationsdefizite und die akutesten Probleme auf seiten der Klienten liegen, z. B. in Bezug auf Kompetenzüberschneidungen der Administration, komplizierte Leistungsvoraussetzungen oder die Adäquatheit von Verwaltungsbescheiden. Die im Publikumsverkehr geübten Beschäftigten sind grundsätzlich ebenso fähig, oft unspezifische Bedarfslagen und nicht konkret formulierbare Beratungserfordernisse "aufdecken" zu helfen. Auf dieser Grundlage sind sie unersetzbare Experten für Entwurf, Gestaltung oder Modifizierung von arbeitsorganisatorischen, sozialen und technischen Voraussetzungen der Dienstleistungsproduktion im Interesse der Klienten. Sie stellen eine besondere Ressource dar, insofern sie als Sensoren der Organisation in Bezug auf veränderte Umfeldanforderungen sowie auf mögliche ungeplante Nebeneffekte und Dysfunktionen im Ergebnis von Restrukturierungsprozessen fungieren. Ihre alltäglichen Arbeiterfahrungen sind notwendige Voraussetzung für kontinuierliche Korrekturen und einen beständigen Re-Definitionsprozeß, bezogen auf Qualitätsstandards und Klientenorientierung.

Umstandslos vorausgesetzt werden kann jedoch eine "Interessenkoinzidenz" oder die Fähigkeit der Mitvertretung von Klientenbelangen im Umbauprozeß durch die Beschäftigten nicht von vornherein. Sie muß vielmehr im Zuge kommunikativer Dia-

gnose-, Lern- und Entwicklungsprozesse aufgedeckt und mobilisiert werden, bevor sie mit Perspektive auf leitbildorientierte Veränderungsprozesse des Verwaltungshandelns systematisch nutzbar gemacht werden kann. Denn entsprechende Handlungsorientierungen sind im bürokratischen Alltag, durch hohe Arbeitsteiligkeit, hierarchische Kontrollen und Verantwortungszentralisierung, durch regelorientierte Handlungsstile, das Vorherrschen der Innenperspektive und ein Klima des Mißtrauens gegenüber den Klienten verschüttet worden.

Reformen, die sich nur programmatisch auf mehr Klientenorientierung und Dienstleistungsqualität beziehen oder die von der vollen Ausschöpfung der technischen Potentiale oder auch von effizienteren Arbeitsabläufen und ganzheitlicheren Aufgabenschnitten oder von der wettbewerblich orientierten Ausweitung des Serviceangebotes quasi automatisch die Erreichung dieser Ziele erhoffen, ohne daß Prozesse der Entwicklung von Selbsterneuerungsfähigkeit und eines erweiterten Problemlösungspotentials in Gang gesetzt werden, scheitern nicht nur tendenziell mit diesem begrenzten Anspruch. Sie scheinen systematisch zu Lasten der in besonderem Maße auf Sozialeleistungen angewiesenen Bevölkerungsgruppen, zur Verschärfung von sozialer Ungleichheit statt zur administrativen Herstellung einer - politisch zumindest bedingt intendierten - größeren Verteilungsgerechtigkeit beizutragen. Eine Rückbesinnung auf die sozialpolitischen Ziele, auf die Effektivierung der präventiven, gestaltenden Elemente des Aufgabenspektrums im administrativen Kassenalltag ist nicht nur zur Unterstützung der Selbstverwirklichung des Einzelnen, sondern auch zur gesamtwirtschaftlichen Produktivitätssteigerung notwendig und Sozialstaatsgebot.

6 Erfolgsbedingungen klientenzentrierter Restrukturierungsprozesse

Unter Bezugnahme auf einzelbetriebliche Reorganisationsprojekte, die sich zumindest auf dem Wege zu hochleistungsfähigen, klientenzentrierten Produktionskonzepten befinden, soll zusammenfassend nach den besonderen innovationsfördernden Rahmenbedingungen wie nach den hemmenden Faktoren gefragt werden, bevor abschließend Entwicklungsperspektiven der Krankenkassen im "neuen Wettbewerbsmodell", wie es das Gesundheitsstrukturgesetz vorsieht, diskutiert werden.

Im Bereich der Krankenversicherung läßt sich als eine relevante Problemdruckzone nicht so sehr das ständig wachsende Arbeitsvolumen als vielmehr die Ausdifferenzierung und Ausweitung des **Aufgabenspektrums** identifizieren. Der gesetzgeberische Auftrag, gesundheitsgerechtes Verhalten der Versicherten (und bedingt auch gesundheitsadäquate Verhältnisse, z. B. am Arbeitsplatz) und die Beteiligung an präventiven und Früherkennungsmaßnahmen zu fördern, der sukzessive Zuwachs an

Steuerungs-, Kontroll- und Sicherungsfunktionen hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wie auch die gewandelten Qualitätsansprüche der Klientel sind unter Bedingungen eines traditionell bürokratischen Verwaltungsaufbaus, Arbeitsablaufs und Personaleinsatzes immer weniger zu erfüllen. Neue Formen der Kommunikation und Kooperation im Binnen- wie im Außenverhältnis, Höherqualifizierung, Kompetenzerweiterung und eine stärkere Professionalisierung, ein Mehr an Verantwortungsübernahme und Risikobereitschaft in fast allen Bereichen sind erforderlich, um nicht nur den Prinzipien rechtsstaatlicher Legalität, sozialstaatlicher Effektivität und demokratischer Legitimität im administrativen Alltag Rechnung tragen zu können, sondern auch um mit Lern- und Innovationsfähigkeit dem gesellschaftlichen Wandel begegnen zu können.

Diesen Außenanforderungen verleiht der **Konkurrenzmechanismus** ein höheres Durchsetzungspotential für eine kreative und zukunftsorientierte Umgestaltung, als dies in monopolistischen Verwaltungen üblich ist. Die quasi wettbewerbliche Position der Ortskrankenkassen gegenüber der privaten Versicherung und gegenüber anderen gesetzlichen Krankenkassen erfordert Anstrengungen zur Gewinnung und Erhaltung des wahlberechtigten Mitgliedersegmentes. Durch die bisherige Erfahrung mit dem schmerzlichen Schrumpfungsprozeß und die beständig drohende Abwanderung vor allem der sogenannten guten Risiken, die die Konkurrenzfähigkeit der Beitragssätze in Frage stellt, entsteht potentiell die Notwendigkeit, die Bedürfnisse und Präferenzen ebenso wie die Unzufriedenheiten und Defizitwahrnehmungen auf seiten der Versicherten systematischer für die klientengerechte Wahrnehmung von Servicefunktionen und Gestaltung von "Produktions"prozessen der Dienstleistungen ins Kalkül zu ziehen, als dies üblicherweise in öffentlichen Verwaltungen notwendig erscheint. Denn andernfalls bleiben von negativen "Geschäftsergebnissen" Aspekte wie Arbeitsplatzsicherheit, Aufstiegs- und (vor allem im Falle leistungsbezogener Entlohnungsbestandteile) Einkommenschancen nicht unberührt.

In diesem Zusammenhang kommt den **verbandlichen Unterstützungsfunktionen** erhebliche Relevanz zu. Hier sind zum einen zentrale Leitvorstellungen für die grundlegende Umgestaltung des Behördencharakters in ein modernes Dienstleistungsunternehmen entwickelt worden. Diese integrierte "Unternehmensphilosophie" einer neuen Kunden- und Marktorientierung umfaßt über die Außendarstellung sowie die "Produktinnovationen" im Service- und Beratungssektor hinaus auch "prozeß- und sozialinnovatorische" Elemente der arbeitsorganisatorischen Restrukturierung und Organisationsentwicklung. Über die wissenschaftlich fundierte Konzeptionsarbeit hinaus sind zum anderen praktische Unterstützungsangebote für die einzelbetriebliche Umsetzungsarbeit "vor Ort" entwickelt worden. Hierzu zählt der Aufbau eines eigenen

AOK-Consultings (beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen) für die Organisations- und "Markt"analyse, Strategieentwicklung und Umsetzungsberatung ebenso wie Qualifizierungs- und Informationsangebote für das Kassenmanagement. Es wird z. B. eine interne Managementzeitschrift herausgegeben sowie ein regelmäßiger Betriebsvergleich durchgeführt, im Rahmen dessen Marktentwicklungen von strukturell vergleichbaren Krankenkassen dargestellt sind.

Dem ebenfalls verbandlich entwickelten **Technisierungskonzept** werden dagegen nicht nur erhebliche Arbeitsentlastung und Einsparpotentiale, sondern auch kontraproduktive Effekte zugeschrieben. Der einheitlichen Struktur der integrierten Datenverarbeitung werden dezentral und je nach Größe der Kasse und vorgängiger einzelbetrieblicher EDV-Erfahrung divergierende Anforderungen und Bedürfnisse geopfert. Im Zuge der längerfristigen und aufwendigen Planungs- und Entwicklungsprozesse können weder technische Neuerungen und Anwenderinteressen vor Ort, noch die sich schnell wandelnden Außenanforderungen angemessen, zügig und flexibel berücksichtigt werden. Der Perfektionierungsdrang auf seiten der Kassenspezialisten, technisch jeden Einzelfall in das Gesamtsystem zu integrieren, habe dazu geführt, daß der gegenwärtige Stand des EDV-Konzeptes keine gute Grundlage für die Kundenbeziehung bilde, in der Fallbearbeitung dysfunktionale Aspekte wie Mehrarbeit und hohe Präzisierungserfordernisse produziert habe und im Statistikbereich wie hinsichtlich der Führungsdaten deutlich unterbelichtet sei.

Die ansonsten rechtlich weitreichende **Autonomie** der Kassen in Verbindung mit einem **Dekonzentrationsgrad** (und überwiegend geringer Organisationsgröße) erscheint in vieler Hinsicht als günstige Konstruktion für qualitätsorientierte Modernisierungsprozesse. Die Entscheidungshoheit der einzelnen Selbstverwaltung über Beitragssätze, Kann-Leistungen, Sonderausgaben z. B. für die Beauftragung von Unternehmensgutachten und über Personalplanung und Stellenpläne schafft grundsätzlich auch für kurzfristig kostenintensive und absehbar erst mittelfristig produktivitätssteigernde Maßnahmen (z.B. umfassende Investitionen in die Qualifikation) erweiterte Gestaltungsspielräume gegenüber der öffentlichen Verwaltung allgemein, zumal der staatliche Zugriff in Form von pauschalen Haushaltskürzungen oder Einstellungs- oder Wiederbesetzungssperren hier nicht greift. Die konkreten Chancen einer innovationsorientierten Ausfüllung der Handlungsspielräume wird aber wesentlich von den Kräfteverhältnissen und Aushandlungsprozessen zwischen Vorstand und Geschäftsführung bestimmt. Der paritätischen Selbstverwaltung und hier insbesondere der Arbeitgeberseite, die an der strukturellen Weiterentwicklung der Kasse weniger Interesse habe als an der Beitragssatzstabilisierung oder -senkung, wird hierbei eher eine bremsende Wirkung zugeschrieben. Der hohe Dekonzentrationsgrad der Orts-

krankenkassen an sich hat aber auch innovationshemmende Implikationen; die teilweise sehr kleinen Einheiten mögen zwar für Umorientierungsprozesse aufgrund geringerer Spezialisierung und Hierarchisierung sowie unbürokratischer, direkter Informationswege und Kooperationsformen günstige Voraussetzungen mit sich bringen. Umgekehrt sind aber die Möglichkeiten begrenzt, hochqualifizierte 'professionals' für Spezialaufgaben zu qualifizieren, zu rekrutieren und zu halten. Nur am Rande sei hier vermerkt, daß der den Krankenkassen von seiten der Politik entgegengehaltene Vorwurf, z. B. gesetzliche Steuerungsaufgaben nicht kompetent und effektiv wahrnehmen zu können, in der Debatte um das Gesundheitsstrukturgesetz als Argument für eine gesetzliche Beschneidung von Dezentralisierung bzw. Autonomie-spielraum genutzt wurde.

Ein nicht unwichtiger Faktor ist die lokale **Arbeitsmarktsituation** in Verbindung mit dem bestehenden **Tarifgefüge**. Hiervon hängt es ab, inwieweit qualifiziertes Personal rekrutiert und vor allem auf Dauer betrieblich gebunden werden kann. Trotz neuer Vergütungstarife seit 1991 (BAT/OKK), schon mit der verbandlichen Entwicklung des neuen Unternehmenskonzeptes angestrebt, mit zusätzlichen Gruppen im Bereich der Führungskräfte und flexibleren und leistungsgerechteren Ein-gruppierungsmöglichkeiten, ist die Fluktuation vor allem von Sozialver-sicherungsfachangestellten eine bedeutsame Barriere für qualitätsorientierte Gestal-tungsvarianten, die im Einzelfall sogar mit zum Scheitern des Modells ganzheitlicher Arbeitsstrukturen geführt hat. Verschärft hat sich die Situation regionsspezifisch z. T. durch den Einigungsprozeß, den Aufbau der Krankenversicherung in den neuen Län-dern und den dort gebotenen günstigeren Verdienstchancen. In der Konkurrenz wie-derum vor allem mit anderen Kassenarten, die günstigere Konditionen bieten, um das enger werdende, qualifizierte Arbeitskräftesegment, ist dementsprechend die Förde-rung attraktiver Arbeitsbedingungen hinsichtlich anderer Merkmale wie Anforderungsstrukturen, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten oder Partizipati-onschancen ungebrochen Dreh- und Angelpunkt einer bestandsfähigen Organisationsentwicklung.

Ausgehend davon, daß aber nach wie vor strukturkonservative Konzepte der Produk-tion sozialpolitischer Dienstleistungen massiv vorherrschen, ist zu konstatieren, daß die nicht erst neuerdings bestehenden, vergleichsweise günstigeren Rahmenbedingun-gen und Handlungsspielräume für das **einzelbetriebliche Management** der Ortskrankenkassen in keiner Weise eine flächendeckende und grundlegend innovative Entwicklungsdynamik in Gang gesetzt haben. Weder durch die integrativen Technisie-rungsprojekte noch durch die Umweltturbulenzen sind tradierte bürokratische Organi-sations- und Arbeitsstrukturen derart unter Druck geraten, um eine generelle

Neuorientierung zur Erschließung von Produktivitätsreserven zu bewirken. Ebenso wenig scheint der Druck auf Personalkosten oder der Konkurrenzmechanismus die Entstehung qualitäts- und klientenorientierter Umstrukturierungsprozesse allein erklären zu können. Solche Triebkräfte werden offensichtlich durch den "Bedarf nach struktureller Stabilität" und durch die "begrenzte Belastbarkeit von Verwaltungssystemen" (Grimmer 1990: 47) überkompensiert. Insbesondere scheint die jahrzehntelang bürokratisch kontrollorientierte Verwaltungsspitze und ihre Führungsmannschaft, rekrutiert überwiegend aus den Reihen altbewährter Sozialversicherungsfachangestellter oder Juristen, nicht nur mit Design und Implementation neuer effizienter Produktionskonzepte mit einer erweiterten sozialpolitischen Dienstleistungsfunktion, sondern bereits mit einer veränderten Problemwahrnehmung überfordert.

Insofern die 'Wächter über die alte Kultur' offensichtlich weder durch die Entwicklung neuer Ideen und Modernisierungsstrategien noch durch das Angebot von Qualifizierungsprogrammen und Beratungskapazitäten auf zentraler Ebene dazu zu "überreden" sind, die Verantwortung zu Innovations- und Qualitätsmanagement zu übernehmen, haben sich entsprechende Überlegungen auf Verbandsebene zu neuen Formen der Vertragsgestaltung auf Managementebene inzwischen in gesetzlichen Neuregelungen niedergeschlagen. Dies wird als wichtige Voraussetzung für die Rekrutierung von Führungskräften gesehen, denen unternehmerisches Denken und Handeln nicht fern liegt und die in der Lage sind, Kundenorientierung wie auch die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu fördern (Waldeyer-Jeebe 1991; Paffrath/Biller 1991). Der entscheidende Faktor ist das Management; denn - wie ein Consultant zuspitzt - "solange oben keine Umorientierung erfolgt, bewegt sich gar nichts".

Für die gegenwärtige Debatte zur Modernisierung des öffentlichen Sektors, dem 'redesign' staatlicher Aufgabenerfüllung nach Ansätzen des "new public management", läßt sich aus den dargestellten Ergebnissen und Überlegungen zugleich folgende Zwischenbilanz ziehen. Die Analyse von Modernisierungsprozessen bei den Krankenkassen, die im Rahmen zentralstaatlicher Leistungs- und organisationsrechtlicher Vorgaben als Organisationen des "Dritten Sektors" gleichwohl erhebliche Autonomiespielräume besitzen, zeigt eindringlich, daß die Übertragung öffentlicher Aufgaben und die relative Staatsferne verselbständigter Träger nicht selbstverständlich zu einer wirtschaftlicheren und qualitätsbewußteren "Produktions"organisation von Dienstleistungen führt. Für den Modernisierungsprozeß des öffentlichen Sektors ist von daher eine Verringerung der "Fertigungstiefe" des Staates, die Schaffung von autonomen Einheiten mit dezentraler Gestaltungskompetenz und Verantwortungsübernahme in Bezug auf Kosten und Leistungen sowie die Einführung marktähnlicher oder quasi-wettbewerblicher Elemente zunächst erst der Einstieg in die

Entbürokratisierung. Die praktische Nutzung neu gewonnener Flexibilität und die Herausbildung von innovationsbezogener Kreativität ist dagegen nach vorliegenden Erfahrungen - übrigens auch im privaten Dienstleistungsgewerbe - Ergebnis mühsamer, mit Unsicherheit behafteter und vor allem langwieriger Organisationsentwicklungsprozesse. Hierbei geht es um einen Veränderungsprozeß nicht nur der Arbeitsstrukturen, sondern auch ihrer Mitglieder, der von ihnen bewußt gestaltet und aktiv mitgetragen werden muß und für den es keine Patentrezepte gibt.

7 Perspektiven: mehr Markt und mehr Staat?

Die Frage danach, wie aussichtsreich eine weitere Verbreitung erfolgreicher "Produktions"konzepte ist, mit denen die sich wandelnden Anforderungen ökonomisch effizient und sozialpolitisch effektiv bewältigt werden können, hängt zumindest in der gesetzlichen Krankenversicherung eng mit der Reichweite politischer Vorgaben bzw. rechtlicher Regulierungen zusammen. Konzeptionelle Arbeiten zum "Dritten Sektor" bieten hier die Entwicklungshypothese einer "Pendeldynamik" an, einer zyklischen Bewegung zwischen mehr und weniger Staatsferne, zwischen "Konglomeration" und "Deglomeration" (Hood/Schuppert 1988: 254). Denn beobachtbar ist ein gewisser Vereinheitlichungsdruck für verselbständigte Verwaltungseinheiten etwa durch Gerichte, die auf strikte Einhaltung gemeinsamer Verfahrensregeln drängen, durch Aufsichtsorgane und Rechnungshöfe, die auf umfassender Dokumentation bei der Rechnungslegung bestehen oder durch zentrale oder Querschnittseinheiten, auch durch Gewerkschaften, die vergleichbare Beschäftigungsverhältnisse, Kompetenz- und Organisationsstrukturen oder Wirtschaftlichkeitsorientierungen verlangen. Ähnliches gilt auch für die Legislative, die tendenziell bestrebt ist, einzelbetriebliche Managementautonomie dort zu beschränken, wo sie der Durchsetzung tagespolitischer Forderungen entgegensteht. Die Umsetzung der Vereinheitlichungstendenz mit dem Nebeneffekt entsprechender Bürokratisierungserscheinungen erzeugt dann wiederum eine Gegenbewegung in Richtung von erweiterter Autonomie oder Anreizen für einen weitergehenden Rückzug in dezidiert staatsunabhängige oder private Organisationsformen.

Ich will hier abschließend der Frage nachgehen, wie der Staat seine Rolle als Aufgaben bzw. Leistungen definierende, als rahmensetzende Instanz und als Moderator für Modernisierungsprozesse der "Produktion" öffentlicher Leistungen und Güter ausfüllt und ob sich hierin eine spezifische Entwicklungsperspektive in Richtung "mehr Staat" oder "mehr Markt" festmachen läßt. Im Bereich der Gesundheitspolitik hat der Gesetzgeber für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit der "neuen Wettbewerbsordnung" durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) nach weitverbreiteter Ex-

pertenmeinung entweder halbherzig interveniert oder widersprüchliche Signale gesetzt: Anreize und Erfordernisse zu weiteren produktivitätsorientierten, einzelbetrieblichen Reformmaßnahmen ergeben sich durch erweiterte regulative wie auch durch erweiterte wettbewerbliche Elemente.

Mit dem GSG sind seit Januar 1993 u. a. eine Reihe gesetzlicher Veränderungen für die Organisationsstruktur des gegliederten Krankenkassensystems in Kraft getreten, die auf eine "neue Wettbewerbsordnung" gerichtet sind. Neben der unmittelbaren Begrenzung der Ausgaben in einzelnen Leistungsbereichen durch Budgetierung soll die am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientierte Selbststeuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems im Zusammenwirken zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern, Versicherten und Gesetzgeber erhöht werden. Neben Strukturelementen wie Neuordnung des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Begrenzung der Arztzahlen u. a. kommt hierbei der Organisationsreform des Kassensystems erheblicher Stellenwert zu. Im folgenden sollen zentrale Neuerungen vorgestellt und Auswirkungen auf einzelorganisatorische Anpassungserfordernisse und Innovationspotentiale erörtert werden.

Unter dem Leitmotiv "so viel Wettbewerb wie möglich, so wenig Regulierung wie nötig" (Seehofer 1993) sollen simultan Ziele erhöhter Wirtschaftlichkeit, größerer Gerechtigkeit und erweiterter Entscheidungsfreiheit für die Versicherten bzw. Kunden verfolgt werden. Als positive Effekte des Wettbewerbs, die kreativ nutzbar zu machen seien, werden genannt (ebenda):

- der permanente Ansporn zur Innovation
- der ständige Druck auf Preise und Beitragssätze
- die Notwendigkeit günstigen Einkaufs
- der Anreiz zu mehr Kundenorientierung und
- der Zwang zur effizienteren Verwaltungsführung.

Hierbei sollen erklärtermaßen die Grundprinzipien des Solidarsystems wie einkommensproportionale Beiträge und beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gewahrt bleiben. Eine ordnungspolitische Flankierung ist erforderlich, damit funktionsfähiger Leistungswettbewerb zwischen den Kassen nicht zu Risikoselektion und Zugangsproblemen zur sozialen Krankenversicherung sowie zu kostentreibenden Leistungsangeboten und steigenden Ausgaben (und damit Beiträgen) führt.

Die wesentlichen Elemente der veränderten Wettbewerbsordnung sind:

- Die Kassenwahlfreiheit für den Großteil der Versicherten der GKV (ca. 80 Prozent nach Cassel 1993) bedeutet eine Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten. Ab Januar 1997 haben alle Mitglieder der Betriebs-, Innungs- und Ortskrankenkassen den gleichberechtigten Zugang zu Ersatzkassen. Ebenso sind nicht nur die letzteren, sondern auch Innungs- und Betriebskrankenkassen regional frei wählbar, sofern sie satzungsmäßig eine entsprechende Öffnung vorsehen. Für die frei wählbaren Kassen besteht Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Mit dem Wegfall von Zuweisungs- und Ausschlußregelungen für spezifische Mitgliedergruppen werden die Kassenarten hinsichtlich ihrer Klientel zu unbeschränkt miteinander konkurrierenden "Universalkassen" (ebenda).
- Mit Januar 1994 erfolgt ein permanenter, bundesweiter, kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich. Ziel dieser Regelung soll es sein, vor Einführung der Wahlfreiheit die bisher bestehenden systembedingten "Wettbewerbsverzerrungen" zwischen den Kassen und ungerechten Beitragsbelastungen der Versicherten abzubauen, die auf die unterschiedlichen Risikostrukturen nach Alter, Geschlecht, Einkommen und "Familienlastquote" (dem Anteil mitversicherter Familienmitglieder) beruhen. Damit werden diejenigen Beitragssatzdifferenzen ausgeglichen, die aus dem unterschiedlichen Beitrag der Kassen zur Erfüllung der Solidaraufgaben resultieren (Jacobs 1993). Die interregionale Umverteilung - so wird befürchtet (Cassel 1993) - ist insofern wettbewerbsverzerrend, als Kassen mit regionalem Beitragssatz mit solchen vor Ort konkurrieren, die eine überregionale Mischkalkulation haben.
- Vor dem Hintergrund einer in der Vergangenheit sukzessiven Vereinheitlichung des Leistungsrechts innerhalb der GKV, einem faktisch "homogenen Produkt" (Paquet 1992) aller Kassen, sind auch mit dem GSG keine neuen Wettbewerbsparameter vorgesehen, und ebensowenig sind den Kassen neue Handlungsspielräume hinsichtlich der Beitragsgestaltung (z. B. Wahltarife) eröffnet worden. Im Gegenteil wird die Autonomie der Kassen verschiedentlich eingeschränkt, etwa durch aufsichtsrechtliche Prüfungen von Schiedsentscheidungen und Vergütungsvereinbarungen oder durch das Gebot gemeinsamer und einheitlicher Budgetvereinbarungen (Cassel 1993).
- Das GSG regelt auch den Marktein- und austritt sowie den Zusammenschluß von Krankenkassen z. T. neu: die Neugründungen (von Betriebskrankenkasse und Innungskrankenkasse) werden durch Heraufsetzung der Mindestmitgliederzahl (von 450 auf 1000) erschwert und Auflösungen von "Universalkassen" bei Unwirtschaftlichkeit können nur durch die Aufsichtsbehörde erfolgen. Orts- und

Ersatzkassen sowie Innungs- und Betriebskrankenkassen (sofern sie allen Versicherten den Beitritt per Satzung zugestehen) - können sich freiwillig oder auf Anordnung der Landesregierung zusammenschließen. Auf Antrag etwa einer Ortskrankenkasse oder eines Landesverbandes kann die Landesregierung die Fusion einzelner oder aller Kassen eines Landes zwangsweise zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit durchsetzen.

- Flankierend wird den Kassen eine "wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung" (ebenda) mit der Neuordnung der Selbstverwaltung durch das GSG verordnet. Vorstand und Vertreterversammlung werden zu einem Verwaltungs- bzw. Aufsichtsrat zusammengefaßt, der einen hauptberuflichen Vorstand auf Zeit bestellt, der aus höchstens drei (bei über 500.000 Mitgliedern) fachlich qualifizierten Personen bestehen soll. Die Selbstverwaltung wird auf Kontroll- und Aufsichtsfunktionen gegenüber dem Vorstand begrenzt und das Kassenmanagement somit mit erweiterten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten ausgestattet. Weiter entfällt das beamtenähnliche Dienstordnungsrecht für neueingestellte Beschäftigte, zusammengenommen ein klares Abrücken von hoheitlich orientierten Traditionen.

Die mit dem Gesetzeswerk in Gang gesetzte Organisationsreform des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch eine deutliche strukturelle Ambivalenz gekennzeichnet: der Stärkung von wettbewerblichen Elementen insbesondere durch weitgehende Kassenwahlfreiheit für die Versicherten sowie durch eine neue Managementstruktur auf einzelorganisatorischer Ebene stehen staatsdirigistische und wettbewerbshemmende Faktoren gegenüber, womit auf dem Weg zur angestrebten Selbststeuerungsfähigkeit nur partiell Boden zu gewinnen ist. Bilanzierend bemerkt etwa Cassel (1993: 24) hierzu, daß die zukünftige Entwicklungsrichtung der GKV zwischen den Optionen eines funktionsfähigen und dem Solidarprinzip verpflichteten Wettbewerbsmodells und der faktischen "Einheitskasse - einem engen Oligopol aus bundesweit operierenden Kassen mit nahezu identischem Leistungs- und Tarifangebot - ganz und gar von den künftigen gesetzgeberischen Weichenstellungen abhängt".

Ähnlich gelagerte, widersprüchliche Implikationen lassen sich auch für die Anpassungs- und Innovationserfordernisse und -prozesse auf der Ebene der einzelnen Kassenorganisation erkennen. Bezogen auf das System der Ortskrankenkassen sollen abschließend einige Überlegungen dazu angestellt werden, welche Anreize und welche Hemmnisse oder ungeplanten Negativeffekte die "neue Wettbewerbsordnung" für produktivitätsorientierte Restrukturierungsprozesse hat; Innovationen also, die auf die Optimierung einer "zweckmäßigen, wirtschaftlichen, qualitativ hochwertigen

medizinischen Versorgung für jeden Versicherten, auch in Zukunft" (Seehofer 1993) gerichtet sind und Fehlallokationen abbauen bzw. neue verhindern.

Zunächst zwingt die Kassenwahlfreiheit die Ortskrankenkassen, denen bisher ein relevanter Anteil ihrer Versicherten per Gesetz zugewiesen wurde, stärker als schon in der Vergangenheit ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen, wenn sie ihren gegenwärtigen "Marktanteil" stabil halten wollen. Eine Neuorientierung der Unternehmensstrategie und Restrukturierung der Leistungserstellungsprozesse, die Entwicklung neuer "Produktions"modelle müßte nunmehr flächendeckend erfolgen. Zumindest Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen könnten ansonsten durch erhebliche Mitgliederverluste in ihrem Bestand gefährdet sein. Die Stärkung der Konsumentenmacht durch die 'exit'-Option für die große Mehrheit dürfte so theoretisch einen erheblichen Modernisierungsschub bewirken. Offen ist dabei die substantielle und organisatorische Zielrichtung des Wandels.

Indem der kassenübergreifende Risikostrukturausgleich als "technischer Kern" der neuen Wettbewerbsordnung die fehlgeleitete und zugleich kostentreibende Konzentrierung des Wettbewerbs auf die "günstigen Versicherungsrisiken" obsolet macht, müßten sich die Kassen verstärkt auf Handlungsfelder jenseits von einer Demonstration vordergründiger Versichertennähe und Imagepflege besinnen. Da auch nach dem Ausgleichsverfahren nach Vorausberechnungen drastische, wahlentscheidungsrelevante Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen bestehen bleiben werden, wird die Beitragssatzsenkung im Zentrum der Unternehmensstrategie stehen müssen. Da solche Differenzen zukünftig wesentlich durch die Leistungsausgaben bedingt sein werden, müßte die "Preis-" oder "Vertragspolitik" einen relevanten Stellenwert erhalten. Hierzu zählen all die Maßnahmen, die sich auf die Steuerung von Volumen, Preisgestaltung, Struktur und Qualität des Angebots an Gesundheitsgütern und -leistungen beziehen. Angesichts der vertragsrechtlichen und verhandlungstechnischen Vereinheitlichungstendenzen durch gesetzgeberische Interventionen sind den Kassen aber für kreative, wettbewerbsorientierte Innovationen - von Ausnahmen abgesehen - die Hände gebunden. Die subtile Einschränkung der Handlungsautonomie durch bürokratische, aufsichtsrechtliche Prüfungen und Kontrollen beschränkt und demotiviert zudem die Entwicklung unternehmerischer Einstellungen und Aktivitäten.

Das zweite Wettbewerbsfeld läßt sich unter dem Begriff "Produktpolitik" zusammenfassen. Hierunter fällt vor allem die aktive sozialpolitisch sinnvolle Ausgestaltung all derjenigen Aufgabenbereiche und Serviceangebote, die den Kassen weitgehend auch bisher schon vom Gesetzgeber in Form von Kann-Vorschriften in wenig spezifizierter Weise übertragen waren: neben Informations- und Beratungsleistungen über das gene-

relle Leistungsspektrum, über kostengünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, über Präventions-, Krankheitsfrüherkennungs- und Rehabilitationsmaßnahmen geht es dabei auch um die Entwicklung neuer Angebote, z. B. im Bereich betrieblicher, kommunaler oder individueller Gesundheitsförderung und Prävention, entweder in eigener Regie oder in Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern und -erbringern. Auch im Bereich der Versorgung chronisch Kranker und der Rehabilitation haben die Krankenkassen mit dem GSG explizit die Möglichkeit erhalten, Netzwerkstrukturen und -kooperationen zu etablieren. Der damit erfahrungsgemäß verbundene hohe Zeit- und Personalaufwand, das erforderliche, zu entwickelnde Know-how sowie insbesondere die erst mittelfristige Kostenwirksamkeit - und damit mögliche positive Effekte auf den wettbewerbsrelevanten Beitragssatz - dieser gesundheitspolitisch längst geforderten Aktivitäten läßt befürchten, daß unter verschärften Wettbewerbsbedingungen die Verbreitung eines auf die umfassende Vertretung und Stärkung der Interessen und Schutzbelange der Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen orientierten "Produktions"modells bei den Krankenkassen auch zukünftig wenig Chancen haben wird.

Stattdessen wird das dritte Wettbewerbsfeld der "Marketingpolitik", das auch in der Vergangenheit bei den Ortskrankenkassen schon Konjunktur hatte, verstärkt Bedeutung gewinnen. Die Kassen werden gerade im Standardservice, im Marketing, in ihrem "Randsortiment" (Cassel 1993) sowie in der Mitgliedergewinnung und -bindung konkurrieren, was tendenziell eher kostentreibend als beitragsatzsenkend zu Buche schlagen wird. Denn die Attraktivitätssteigerung der Kasse für aktuelle oder potentielle Mitglieder - auch wenn sie sich nicht mehr in erster Linie auf die Zielgruppe der "guten Risiken" bezieht - wird allein aus Gründen der Bestandssicherung steigende Bedeutung erhalten. Hierzu zählt die Unterhaltung des Geschäftsstellennetzes ebenso wie der flächendeckende Aufbau des Außendienstes zur Intensivierung des "Vertriebs", die Öffentlichkeits- und PR-Arbeit oder Verbesserung der Konkurrenzabwehr "durch einheitliche Kampagnen und spezielle task forces" (Okoniewski 1993).

Die letzte Möglichkeit, konkurrenzfähige Beitragssätze anbieten zu können, wird viertens in der organisatorischen "Rationalisierungspolitik des "AOK-Systems" gesehen. Hier wird gegenwärtig in erster Linie auf Fusionierung gesetzt, die als Mittel der Wahl angesehen wird, dem wachsenden Konkurrenzdruck standzuhalten und die AOK "schlagkräftiger und wettbewerbsfähiger" (ebenda) zu machen. Um insbesondere Kassen mit überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen vor einer bankrotträchtigen Mitgliederflucht zu bewahren, hat in mehr oder weniger allen Bundesländern eine Fusionsdebatte eingesetzt, die in vielen Fällen bereits zu Großkassen auf Landesebene geführt hat. Ziel ist nicht nur die Bildung größerer, konkurrenzfähiger Beitragssatzregionen,

sondern auch die Verbilligung der Verwaltungsprodukte und Leistungen durch Größenvorteile und Synergieeffekte. Durch die zunächst befristete, gesetzlich verordnete Budgetierung der Verwaltungskosten bei zugleich erhöhtem Ressourcenbedarf für Marketingstrategien werden Rationalisierungsmaßnahmen im Sinne der Zusammenlegung von bisher mehrfach vorgehaltenen Administrationen forciert. Besonders problematisch erscheint hierbei, daß der Staat diese Tendenzen auf dem Verordnungswege durch "Zwangszusammenschlüsse" verstärken und sich damit nicht nur eine administrativ immer besser handhabbare Kassenstruktur schaffen kann (Cassel 1993), sondern direkt in Organisationsfragen der Kassen hineinregieren kann.

Vor dem Hintergrund geringer unternehmerischer Handlungsspielräume im Bereich von Beitrags- und Leistungsgestaltung steht resumierend zu befürchten, daß unter dem programmierten Zeitdruck bis zum Greifen der Wahlfreiheit der Wettbewerb auf Gebiete focussiert wird, die kurzfristig attraktive Beitragssätze und Mitgliederzuwachs oder zumindest Bestandssicherung versprechen. Eher mittel- bis langfristig - auch unter Kostenaspekten - wirksame Aktionsfelder wie regionale und betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation können hierbei leicht ins Hintertreffen geraten. Rationalisierungsgewinne unter Bedingungen der Budgetierung der Verwaltungsausgaben werden tendenziell in vordergründige Maßnahmen zur Stabilisierung der Wettbewerbsposition sowie in die sichtbare Optimierung des Standardkundenkontaktes reinvestiert statt in aufwendige und zudem noch riskante Modellprojekte oder Produktinnovationen. Die wettbewerbsorientierte Krankenversicherung könnte sich "noch schwerer tun als schon bisher, sozialpolitische Intentionen der Politik oder auch ihrer eigenen Selbstverwaltung ... aufzunehmen und umzusetzen" (Balzer 1993). Eine vordergründig auf Imagepflege orientierte Servicegestaltung kann zu Lasten der sozial Schwächeren gehen. Denn sozialpolitisches Handeln erfordert eben nicht nur das Eingehen auf artikulierte Wünsche und Bedürfnisse der "Kunden"; auch verdeckte Bedarfe und Ansprüche müssen Ziel kompensatorischer und präventiver Strategien sein. Es scheint, daß der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung durch gesetzliche Vorgaben wie auch durch Nichtentscheidungen in einer Weise kanalisiert wird, daß durch ihn gerade nicht Fehlentwicklungen, Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsprobleme - wie intendiert (Seehofer 1993) - beseitigt werden können. Verdrängungswettbewerb wird vermutlich den Prozeß der Austarierung einer neuen "Kassenlandschaft" begleiten.

Risikostrukturausgleich, Kassenwahlfreiheit und Fusionsprozesse lösen in ihrem Zusammenwirken die Frage der innerorganisatorischen Lernfähigkeit und Entwicklung von Innovationspotentialen nicht. Ein marktorientierter Modernisierungsprozeß läßt sich auf die "Ränder", auf die werbewirksamen, neu aufgesattelten oder ausgebauten

Aufgabenfelder und Arbeitsbereiche einer Krankenkasse beschränken, wie die Darstellung des gegenwärtig vorherrschenden Produktionsmodells gezeigt hat (vgl. Abschnitt 4.1). Der Kern der Dienstleistungserstellung, die Wahrnehmung der gesetzlich verankerten Aufgaben kann dabei durchaus traditionellen bürokratischen Leitbildern verhaftet bleiben. Die organisatorische, soziale und kulturelle Erneuerung der Kassen wird aber nötig sein zur Stärkung nachhaltiger Wettbewerbsfähigkeit auf längere Sicht und zur kontinuierlichen Anpassungsfähigkeit an sich auch zukünftig wandelnde Aufgaben und Anforderungsstrukturen. Die gegenwärtig verfolgten Fusionspläne sowie die Verlautbarungen zu deren Umsetzung verweisen aber auf eine Reihe von Innovationshemmnissen und Bürokratisierungsrisiken, die diesen Erfordernissen gerade entgegenstehen.

Konzentrations- und Zentralisierungsprozesse sind nicht per se innovationsfeindlich: weder in wirtschaftlicher noch in qualitativer Hinsicht noch unter Aspekten von Gerechtigkeit und Solidarität in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung lassen sich hier schnelle Schlußfolgerungen ziehen. Qualitätsorientierte Rationalisierungen mit dem Ziel der Einsparung von Verwaltungsaufwand sind durchaus im Interesse von Versicherten und Arbeitgebern, sofern sie denn durch Zusammenschlüsse zu realisieren sind. Ein Blick auf die Verwaltungsausgaben der bundesweit organisierten Ersatzkassen oder der großen Ortskrankenkassen läßt allerdings vermuten, daß Konzentrationsprozesse allein eine solche Produktivitätssteigerung nicht bewirken können (Knöb 1993). Ebenso ist zu berücksichtigen, daß das Motto 'small is beautiful' keineswegs für beliebig kleine Organisationseinheiten spricht. Denn die Beschaffung und Vorhaltung von Spezial-Know how kann bei kleineren Kassen schnell an Budgetgrenzen stoßen. Außerdem sind es nicht allein Zusammenschlüsse, die zu Zentralisierungsprozessen führen. Die gesetzliche Festschreibung von Zuständigkeiten, die eigentlich originär unternehmenspolitischen Entscheidungen vorbehalten bleiben sollten, haben schon bisher keine der Ebenen: regionale Kassen, Landesverbände und Bundesverband umfassend handlungs- und strategiefähig gemacht (Jacobs 1993). Die gesetzliche Verpflichtung der Kassen, Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern im wesentlichen einheitlich auf Landes- oder Bundesebene zu führen, hat insbesondere die regionale Ebene in ihrer Autonomie zunehmend unterspült. Auch vorangegangene Modernisierungs- und Rationalisierungsprozesse im Zuge des Einsatzes integrierter Datenverarbeitungssysteme haben bereits zu einer Zentralisierung spezifischer Aufgaben und Funktionen auf Verbandsebene geführt, allerdings bei Aufrechterhaltung dezentraler, klientennaher Entscheidungskompetenz und Kreativitätspotentiale der bisher autonomen Kassen.

Mit der absehbaren Fusionierung zu Großkassen weitgehend auf Landesebene werden nun wichtige Eckpfeiler der vormals dezentralen Strukturen der Krankenkassen zur Disposition gestellt, die oben als besonders günstige Vorbedingungen für qualitätsorientierte und klientennahe Innovationsstrategien identifiziert wurden. Die Selbstverwaltung auf Ortsebene wird aufgelöst, die Geschäftsführung zu Geschäftsstellenleitern degradiert mit erheblich eingeschränkten Funktionen und Befugnissen. Exemplarisch liest sich das für eine geplante Fusionierung etwa folgendermaßen: "Die Hauptverwaltung ist die zentrale Planungs-, Steuerungs-, Service- und Überwachungsinstanz der neuen AOK. Sie ist die Ebene, auf der die gemeinsame und verbindliche Unternehmensstrategie bestimmt wird" (Okoniewski 1993). Zu den Aufgabenbereichen der Hauptverwaltung gehören hiernach neben der Beitragssatzpolitik, Haushaltsplanung und -durchführung sowie Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern:

- die Weiterentwicklung der Grundstrukturen des neuen Unternehmens und die Erarbeitung und Durchsetzung der Geschäftspolitik;
- die Festlegung von Rahmenrichtlinien für die Hauptgeschäftsstellen (Errichtung von Geschäftsstellen, Personalbemessung und Stellenbewertung, Entwicklung von Qualifizierungskonzepten);
- die einheitliche Kommunikation des Unternehmens mit den Medien u. ä. (ebenda).

Dies bedeutet gegenüber der jetzigen Situation einen erheblichen Macht- und Bedeutungsverlust nicht nur des Managements der früher selbständigen Kasse, sondern auch ihrer Mitglieder wie zugleich ein systematisches Brachlegen des vor Ort angesammelten Erfahrungswissens, der entwickelten Problemlösungskompetenz und der zumindest in einigen Vorreiterkassen aufgebauten gesundheitspolitischen Netzwerkstrukturen; letzteres insbesondere vor dem Hintergrund, daß spezifische Aufgaben auf der örtlichen Ebene völlig obsolet werden.

Die Selbstverwaltung ist nicht mehr örtlich und damit problemnah verankert, sondern auf Landesebene angesiedelt. Mit der Straffung und Professionalisierung der Selbstverwaltung durch das GSG wird zugleich deren Handlungsfähigkeit und Durchsetzungspotential gegenüber den Geschäftsstellen gestärkt. Es besteht die Gefahr, daß am grünen Tisch, in der Zentrale, fernab von der sozialpolitischen Realität vor Ort entschieden wird, was auf der Ebene der Geschäftsstellen umzusetzen ist. Bürokratische Steuerungs- und Kontrollmechanismen von Großorganisationen mit dem Ziel der Einheitlichkeit der Geschäftspolitik und der Gleichartigkeit der gesundheitlichen Versorgung sind aber dysfunktional für flexible Lösungen der je spezifischen Problemlagen. Und sie entsprechen immer weniger gesellschaftlichen Entwicklungs-

trends zur Regionalisierung von Ungleichheit und zur Pluralisierung von Lebensstilen. Lange Kommunikations- und Entscheidungswege - typische Problempunkte von Großorganisationen - werden verschärft durch Bürokratisierungstendenzen, die im Gefolge der neu eingeführten Regreßpflicht für Vorstandsmitglieder im Falle von Leistungsgewährung ohne Rechtsgrundlage und der Erweiterung schon genannter aufsichtsrechtlicher Kontrollbefugnisse zu erwarten sind. Die Beschränkung der lokalen Handlungsspielräume auf die operative Erfüllung vorgegebener Ziele bei festgelegten Budgets erscheint vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Debatte um Dezentralisierung von Kosten- und Leistungsverantwortung vom Zentrum auf die Peripherie keineswegs als "the one best way".

Beharrungstendenzen und Widerstandspotentiale auf der örtlichen Ebene können durch Zentralisierung von Planungs- und Entscheidungskompetenz mobilisiert werden; dies insbesondere, wenn die Entwicklung gemeinsamer, tragfähiger organisatorischer Lösungen durch Verhandlungen und Kompromisse ersetzt wird durch staatsdirigistische Zwangsmaßnahmen im innerorganisatorischen Reformprozeß. 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, sofern eine rechtzeitige und umfassende Beteiligung bzw. Information in allen Stadien des Planungsprozesses nicht ernst genug genommen wird. Der interne qualitätsorientierte Wandel, eine Daueraufgabe der Administration, wird aber nur durch motivierte und engagierte Beteiligung aller Organisationsmitglieder zum Erfolg führen. Eine neue Wettbewerbsorientierung unter Einschluß von Zielen wie Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Klientenzentrierung kann nicht von oben verordnet werden, auch nicht durch zentral entwickelte "Musterorganisationen" (Okoniewski 1993), die dezentral "mehr Kundennähe, besseren Kundenservice" und die "Motivation der Mitarbeiter" fördern sollen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen, bezogen auf die zu erwartenden Auswirkungen des GSG auf die Innovationsfähigkeit der Krankenkassen und damit auch auf die Entwicklung von Steuerungskompetenz im Gesundheitswesen, läßt sich bilanzieren, daß das "neue Wettbewerbsmodell" im Gegensatz zu dem zitierten Leitmotiv eher durch "zuwenig Wettbewerb" (insbesondere fehlende Wettbewerbsparameter) und "zuviel Regulierung" (insbesondere zuviele Eingriffe in originär unternehmerische Handlungsautonomie der Krankenkassen) gekennzeichnet ist. Offensichtlich sehen sich die Mehrzahl der Ortskrankenkassen, unterstützt durch ihre Verbände, die Gewerkschaften und mehrheitlich auch durch die Landespolitiker, veranlaßt, zu Großbürokratien zu fusionieren, um bei Einsetzen der

Kassenwahlfreiheit dem Verdrängungswettbewerb wenigstens mit konkurrenzfähigen Beitragssätzen gewachsen zu sein. Bei gesetzlich festgelegter Terminierung scheinen die Spielräume für die Entwicklung von alternativen Organisationskonzepten oder modellhafter Erprobung von Fusionsprojekten zu gering gewesen zu sein. In der Konsequenz droht - zumindest ohne gesetzliche und unternehmerische Gegensteuerung - eine Entwicklung für die Ortskrankenkassen als Organisationen des "Dritten Sektors", die nicht der anderweitig beobachteten zyklischen "Pendeldynamik" zwischen "mehr Staat" und "mehr Markt" entspricht. Vielmehr könnte sie sich als Beispiel einer besonders ungünstigen Entwicklungsdynamik von Drittsektororganisationen erweisen, die nicht die Vorteile (Etzioni 1973), sondern die Nachteile staatlicher und marktlicher Organisations- und Koordinierungsformen öffentlicher Aufgabenerledigung in sich vereint: funktionsinadäquater, fehlgesteuerter Wettbewerb bei gleichzeitiger Tendenz zur Rebürokratisierung, zusammengenommen wirtschaftlich ineffizient und sozialpolitisch ineffektiv.

Literatur

- Baethge, M./Oberbeck, H.*, Zukunft der Angestellten, Frankfurt a.M./New York 1986
- Balzer, D.*, AOK - Partner der Versicherten und Arbeitgeber - Gemeinsam und leistungsstark in die Zukunft, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 3-4, 1984
- Balzer, D.*, Gesundheitsstrukturgesetz - was ist eigentlich so neu daran? In: DOK 1/2, 1993
- Becker, U.*, Aufgabenerfüllung durch verselbständigte Betriebseinheiten aus der Sicht der Großstadt. In: Wagener, F. (Hg.), Regierbarkeit? Dezentralisation? Entstaatlichung? Bonn 1976
- Bell, D.*, Die nachindustrielle Gesellschaft, Frankfurt a.M./New York 1985 (The Coming of Post-Industrial Society. A Venture in Social Forecasting, New York 1973)
- Berger, U./Offe, C.*, Das Rationalisierungsdilemma der Angestelltenarbeit, in: Offe, C., Arbeitsgesellschaft: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Frankfurt a.M., New York 1984
- Beyer, L./Brinckmann, H.*, Kommunalverwaltung im Umbruch. Verwaltungsreform im Interesse von Bürgern und Beschäftigten, Köln 1990
- Brückel, S./Klein, R.*, Gesundheitsreform und Prävention. Gesetzliche Verankerung der AOK-Praxis, in: DOK 10-11, 1989
- Bundesminister für Wirtschaft*, Bericht der Bundesregierung zur Zukunftssicherung des Standortes Deutschland. Bonn 1993
- Cassel, D.*, Anspruch und Wirklichkeit. Zur Organisationsreform des GKV. In: Soziale Sicherheit 1, 1993
- Crosby, L.A. u.a.*, Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective, in: Journal of Marketing, Heft 3, 1990
- Damkowski, W./Luckey, K. u.a.*, Neue Formen lokaler Sozial- und Gesundheitspolitik. Eine Bestandsaufnahme, Hamburg: Institut für Gesundheits-, Umwelt- und Sozialplanung e.V. (IGUS) 1989
- Dt. Bundestag*, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommision des 11. Deutschen Bundestages. Zur Sache 3/90, Bde. 1 und 2, Bonn 1990
- Dierkes, M./Marz, L.*, Umweltorientierung als Teil der Unternehmenskultur, in: Steger, U. (Hrsg.), Handbuch des Umweltmanagements. Anforderungs- und Leistungsprofile von Unternehmen und Gesellschaft, München 1992
- Docherty, P./Stjernberg, T.*, Computergestützter Strategiewechsel im öffentlichen Sektor Schwedens, in: Karlsen, Th.K./Kühn, H./Oppen, M. (Hrsg.), Informationstechnologie im Dienstleistungsbereich. Arbeitsbedingungen und Leistungsqualität, Berlin 1985

- Dunkel, W.*, Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personalbezogener Dienstleistungstätigkeiten, in: Soziale Welt, Heft 1, 1988
- Eberle, G.*, Prävention und AOK - Diskussionsgrundlage für eine strategische Orientierung, in: Rosenbrock, R./Hauß, F. (Hrsg.), Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985
- Ehlert, W./Kantel, D.*, Der Computer als "bürgerfreundliches Make-up" der kommunalen Sozialverwaltung, in: SoTech-Rundbrief Nr. 10, 1988
- Etzioni, A.*, The Third Sector and Domestic Missions. In: Public Administration Review 1973: 314-323
- Ferber v., Chr.*, Kassen und Prävention: Handlungsbereitschaft, Handlungsmöglichkeiten und Chancen, in: Rosenbrock, R., Hauß, F. (Hrsg.), Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985
- Fürst, D.*, Die Neubelebung der Staatsdiskussion: Veränderte Anforderungen an Regierung und Verwaltung in westlichen Industriegesellschaften, in: Ellwein, Th. u.a. (Hrsg.), Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1, Baden-Baden 1987
- Gartner, A./Riessman, F.*, Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. Zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors. Frankfurt 1978 (The Service Society and the Consumer Vanguard, New York 1974)
- Glasl, F./v. Sassen, H.*, Reformstrategien und Organisationsentwicklung, in: Glasl, F. (Hrsg.), Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung, Bern/Stuttgart 1983
- Greve, G.*, Jenseits von Parkinson. In: Die Mitbestimmung, Heft 5, 1993
- Grimmer, K.*, Dienstleistungsfunktion öffentlicher Verwaltungen und die Verwendung von Informationstechnik, in: Die Verwaltung, Heft 1, 1990
- Gross, P./Badura, B.*, Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen, in: Ferber, Ch.v./Kaufmann, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik. Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1977
- Grunow, D.*, Bürgernähe der Verwaltung als Qualitätsmaßstab und Zielbezug alltäglichen Verwaltungshandelns, in: Hesse, J.J. (Hrsg.), Politikwissenschaft und Verwaltungswissenschaft. Politische Vierteljahreszeitschrift, Sonderheft 13, Opladen 1982
- Grunow, D.*, Bürgernahe Verwaltung. Theorie, Empirie, Praxismodelle, Frankfurt/New York 1988
- Hague, D.C. et al.*, Conclusions. In: Hague, D.C. et al. (Hg.) (1975): Public Policy and Private Interest. The Institution of Compromise. London 1975
- Hauß, F.*: Verpaßte Gesundheit - Herausbildung und Wirkungsweisen präventiver Maßnahmen der Kassen. In: Rosenbrock, R.; Hauß, F. (Hg.): Krankenkassen und Prävention. Berlin: edition sigma 1985
- Hentschel, V.*, Die Bundesrepublik Deutschland als Sozialstaat - Grundzüge der Politik sozialer Sicherung in vier Jahrzehnten, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 5, 1989

- Hood, Chr.; Schuppert, G.F.*, Verselbständigte Verwaltungseinheiten in Westeuropa: die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch Para-Government-Organizations (PGOs). Baden-Baden 1988
- Jacobs, K.*, Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV. In: Wirtschaftsdienst XI, 1993
- Jacobs, K.*, Zur Zukunft des wettbewerblichen Krankenkassensystems. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 5, 1993
- Jürgens, U.; Naschold, F.* (1994): Arbeits- und industriepolitische Entwicklungsengpässe der deutschen Industrie in den neunziger Jahren. Erscheint in: Dierkes, M.; Zapf, W. (Hg.), Institutionendynamik und Institutionenvergleich, WZB-Jahrbuch 1994
- Kaufmann, F.X./Schäfer, P.*, Das Problem bürgerner Sozialpolitik, in: Kaufmann, F.X. (Hrsg.), Bürgernahe Sozialpolitik. Planung, Organisation und Vermittlung sozialer Leistungen auf lokaler Ebene, Frankfurt a.M., New York 1979
- Kirschner, K.*, Regionalität versus Zentralismus. Politische Anmerkungen zu einem polemischen Streit nicht nur über Organisationsfragen, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3/4, 1992
- Klages, H./Haubner, A.*, Qualitäts- und Erfolgsmerkmale von Organisationen im öffentlichen Bereich 1. und 2. Teil, in: VOP Hefte 4 und 5, 1990
- Knöß, P.*: Großbürokratien als Antwort auf die Alterungsdynamik? Die Bildung von Landes-AOK's: ihre Voraussetzungen und Auswirkungen. In: Die Organisationsreform der Krankenkassen: eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren. VdK-Forum in der Evangelischen Akademie Tutzing am 17./18.2.1993. München: VdK Landesverband Bayern e.V.
- Korinthenberg, W.*, Bürgerorientierung von Verwaltungen. Organisatorische Voraussetzungen, in: VOP, Heft 6, 1990
- Kraemer, K.L.*, Warum von der Technik getragene Verwaltungsreformen wahrscheinlich nicht zustande kommen werden, in: Reiner mann, H. u.a. (Hrsg.), Neue Informationstechniken - Neue Verwaltungsstrukturen? Heidelberg 1988
- Kühl, J.*, Koordinationsaufgaben bei regionalisierter Arbeitsmarktpolitik, in: Garlich, D. u.a. (Hrsg.), Regionalisierte Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, Frankfurt/New York 1983
- Kühn, H.*, Der automatisierte Sozialstaat. Arbeit und Computer in Sozialverwaltungen, Berlin 1989
- Lampert, H.*, 20 Jahre Arbeitsförderungsgesetz, in: MittAB, Heft 2, 1989
- Lange, K./Sippel, F.*, Verwaltungsautomation und Bürgerservice. Ansätze zur Aufhebung eines Widerspruchs. Opladen 1986
- Liesenfeldt, J.*, IuK-Technologien im öffentlichen Dienst. "Computer Aided Bureaucracy", in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), SOTECH Rundbrief, Computer in der öffentlichen Verwaltung: Zum Wohle der Bürger und Beschäftigten, 1989
- Lillrank, P./Kano, N.*, Continuous Improvement. Quality Control Circles in Japanese Industry, Ann Arbor 1989

- Maier, F.*, Beschäftigungspolitik vor Ort. Die Politik der kleinen Schritte, Berlin 1988
- Mascarenhas, R.C.*, Building an Enterprise Culture in the Public Sector: Reform of the Public Sector in Australia, Britain and New Zealand. In: Public Administration Review, No. 4, 1993
- Mayntz, R./Schumacher-Wolf, C.*, Verwaltungspolitische Strategien technischer Innovationen, in: Ellwein, Th./Hesse, J.J. (Hrsg.), Verwaltungsvereinfachung und Verwaltungspolitik, Baden-Baden 1985
- Müller, R. u.a.*, Forschung mit Prozeßdaten der gesetzlichen Krankenversicherung als Informationsbasis und Impuls für eine präventive Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt, in: Rosenbrock, R., Hauß, F. (Hrsg.), Krankenkassen und Prävention, Berlin 1985
- Murray, K.B.*, A Test of Services Marketing Theory: Consumer Information Acquisition Activities, in: Journal of Marketing, Heft 1, 1991
- Naschold, F.*, Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors. Berlin 1993
- Okoniewski, U.*, Gesetzliche Krankenversicherung in Bewegung. In: Soziale Sicherheit, Heft 11, 1993
- Oppen, M.*, Zukunft der Büroarbeit - Frauenarbeit mit Zukunft? Veröffentlichungsreihe der Abteilung Regulierung von Arbeit des Forschungsschwerpunkts Technik-Arbeit-Umwelt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Berlin 1989
- Oppen, M.*, Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Klientenorientierte Gestaltungsvarianten sozialpolitischer Administrationen, Berlin 1991
- Otter, C. von:* The Public Sector in Sweden - At the Crossroads. (Mimeo) 1993.
- Paffrath, D./Biller, M.*, Erfolgsfaktoren auf Herz und Nieren geprüft. Erfahrungen aus dem AOK-Consulting, in: AOK-Management Heft 2, 1991
- Pappermann, E.*, Anforderungen an die Qualifikation des höheren Dienstes, in: Reiner mann, H. u.a. (Hrsg.), Neue Informationstechniken - Neue Verwaltungsstrukturen?, Heidelberg 1988
- Paquet, R.*, Umverteilung und Wettbewerb in der GKV. Schriftenreihe Strukturfor schung im Gesundheitswesen, Bd. 19, Berliner Arbeitsgruppe Strukturfor schung im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, 1987
- Paquet, R.*, Eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV. Position der Betriebskrankenkassen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. In: Arbeit und Sozial politik, Heft 11-12, 1992
- Parasuraman, A. u.a.*, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, in: Journal of Marketing, Vol. 49, 1983
- Pettigrew, A./McKee, L./Ferlie, E.*, Understanding Change in the NHS, Public Administration Vol. 66, 1988
- Pifer, A.:* The Quasi-Non-Governmental Organisation. In: Hague, D.C. et al. (Hg.) (1975)

- Pollit, Chr.*, Doing Business in the Temple? Managers and Quality Assurance in the Public Services, in: Public Administration, Vol. 68, 1990
- Potter, J.*, Consumerism and the public sector: how well does the coat fit? in: Public Administration, Vol 66, 1988
- Reichard, Chr.*, Internationale Ansätze eines "New Public Management". Univ. Ms. Berlin 1993
- Reinermann, H.*, Vor einer 'Verwaltungsreform'? Informationstechnisch motivierte Ziele und 'Systemkonzepte' der Verwaltungspolitik, in: Reinermann, H. u.a. (Hrsg.), Neue Informationstechniken - Neue Verwaltungsstrukturen? Heidelberg 1988
- Riedmüller, B.*, Die Rolle der Kommune in der Sozialpolitik, in: Opielka, M./Ostner, I. (Hrsg.), Umbau des Sozialstaats, Essen 1987
- Sauter, E.*, Ansätze zur Qualitätssicherung in der beruflichen Weiterbildung. Maßstäbe und Maßnahmen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 6, 1992
- Scharpf, F.W.*, Grenzen der institutionellen Reform, in: Ellwein, Th. u.a. (Hrsg.), Jahrbuch Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1, Baden-Baden 1987
- Schmähl, W. u.a.*, Soziale Sicherung 1975 - 1985. Verteilungswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a.M. u.a. 1986
- Schnapp, F.E.*, Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. In: Mutius, M. (Hg.) (1983): Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft. Festgabe zum 70. Geburtstag von Georg Christoph von Unruh. Heidelberg 1983
- Seehofer, H.* Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. In: Die Sozialversicherung, Heft 10, 1993
- Seibel, W.*, Entbürokratisierung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Verwaltung, Heft 2, 1986
- Seibel, W.*, Gibt es einen dritten Sektor? Ein Forschungsüberblick. In: Journal für Sozialforschung, Heft 2, 1990
- Seibel, W.*, Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheiternde Organisationen im "Dritten Sektor" zwischen Markt und Staat. Baden-Baden 1992
- Sinus: Folgen des Bürokratismus: Einstellungen der Wahlbevölkerung zur öffentlichen Verwaltung in der Bundesrepublik Deutschland (vervielf. Ms.). München 1978*
- Waldeyer-Jeebe, R.*, Neue AOK-Vergütungstarife, in: DOK 15, 1991
- Walsh, K.*, Competition and Contracts in Government: The British Case. Univ. Ms.: Report for the Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1993
- Weber, M.*, Dimensionen der Bürokratiepolitik, in: VOP-Fachzeitschrift für die öffentliche Verwaltung, Heft 3, 1989
- Weltz, F./Bollinger, H./Ortmann, R.G.*, Qualitätsförderung im Büro. Konzepte und Praxisbeispiele, Frankfurt/New York 1989
- Wendl, M.*, Modernisierung oder Zukunftsgestaltung? Zur gesellschaftspolitischen Debatte der ÖTV, in: Sozialismus, Heft 7/8, 1989

- Westermann, K.*, Die Unternehmensberater entdecken den öffentlichen Dienst. In: Die Mitbestimmung, Heft 5, 1993
- Will, R.*, Bürgernahe Gesundheitsförderung. Eigenverantwortliches und gesellschaftliches Anliegen, in: DOK 4-5, 1992
- Wulf-Mathies, M.*, Fortschritt durch Wandel, in: Hauptvorstand der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (Hrsg.), Zukunft des öffentlichen Dienstes, Frankfurt a.M. 1988
- Wurster, W.*, Moderne Datenverarbeitungstechniken - Verbesserte Dienstleistungen der AOK durch Automatisierung der Betriebsabläufe - Wege in die Zukunft, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 23-24, 1983