

Ein Paradigmenwechsel von der Bearbeitung der Anliegen von
Pflichtversicherten zu einer Orientierung am Kunden:
Sozialwissenschaftliche Rekonstruktion der Geschichte und des
Organisationswandels der AOK Bayern auf der Grundlage
neoinstitutionalistischer Annahmen und des New Public Management

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades einer Doktorin bzw. eines Doktors der
Philosophie der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der
Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg

vorgelegt von

Kathrin Julia Mayr
Kempten (Allgäu)

Hamburg 2019

1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. Bender
2. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. Matiaske

Vorwort:

Dank der Unterstützung und Zustimmung des Vorstandes der AOK Bayern konnte die Geschichte durch Archivarbeit aufgearbeitet werden. Aufgrund der räumlichen Nähe wird das Archiv der AOK Kempten-Oberallgäu häufig als Quelle herangezogen, daneben konnten auch Unterlagen der Organisationsabteilung in Ingolstadt genutzt werden. Die AOK Bayern hat die Arbeit geprüft und keine Einwände gegen die Veröffentlichung erhoben.

Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Neoinstitutionalismus	12
2.1 Grundlagen	12
2.2 Institutionalisierung und Institutionen	15
2.3 Organisation	19
2.4 Organisationales Feld	20
2.5 Isomorphie, Legitimität und Rationalität	24
2.6 Zusammenfassung, Kritische Würdigung und Ausblick	33
3 New Public Management	39
3.1 Strategie im Sinne des NPM	40
3.2 Führungs- und Organisationsstruktur	42
3.3 Humanpotenzial und technische Infrastruktur	43
3.4 Kritik am NPM	43
4 Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung	45
4.1 Die Anfänge der Sozialversicherungen	47
4.2 Weimarer Republik und Nationalsozialismus	56
4.3 Geteiltes Nachkriegsdeutschland – Krankenversicherung in Ost und West	58
4.4 Wiedervereinigung bis Gegenwart	62
4.5 Zusammenfassung und Ausblick	65
5 Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung	72
5.1 Der deutsche Sozialstaat	72
Leistungen des deutschen Sozialstaates	72
Vorteile der Sozialstaatsleistungen	74
Voraussetzungen für einen funktionierenden Sozialstaat	75
Architektur des deutschen Sozialstaates	75
5.2 Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung	77
5.3 Prinzipien der GKV	80
Versicherung	80

Solidarität	82
Zusammenarbeit und Wirtschaftlichkeit	87
Das Prinzip der Selbstverwaltung	88
Zusammenfassung	89
6 Rekonstruktion der Problemwahrnehmung	92
6.1 <i>Die Entstehung der AOK Bayern – Beurteilung der geschichtlichen Entwicklung</i>	92
6.2 <i>AOK als Behörde</i>	93
6.3 <i>Wettbewerb und gesellschaftliche Veränderungen</i>	96
Entwicklungen des Arbeitsmarktes	100
Gesellschaftlicher Wandel	100
Verfassungsmäßige Problematik der unterschiedlichen Behandlung von Arbeitern und Angestellten	101
6.4 <i>Wandel der AOK zum Dienstleistungsunternehmen</i>	102
6.5 <i>Veränderung durch Isomorphie</i>	104
6.6 <i>„AOK“ als Marke</i>	107
6.7 <i>AOK-Bundesverband als „Institutional Entrepreneur“</i>	109
6.8 <i>Auswirkungen auf die bayerische AOK-Gemeinschaft</i>	114
6.9 <i>Zusammenfassung</i>	122
7 McKinsey – Treiber der Veränderung?	123
8 Organisation der AOK Bayern	130
8.1 <i>Organisation auf regionaler Ebene</i>	130
8.2 <i>Organisation auf Landesebene</i>	135
8.3 <i>Führungsphilosophie der AOK Bayern</i>	137
8.4 <i>Zusammenfassung</i>	141
9 Auswirkungen der Veränderungen im organisationalen Feld „gesetzliche Krankenversicherung“ auf die Selbstverwaltung	142
9.1 <i>Allgemeines</i>	142
9.2 <i>Selbstverwaltung vor Gründung der AOK Bayern</i>	143
9.3 <i>Beurteilung der Selbstverwaltung der Einzel-AOK vor der Vereinigung</i>	146

9.4	<i>Zusammenarbeit mit den Verbänden</i>	148
9.5	<i>Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Verbänden</i>	149
9.6	<i>Konsequenzen des AOK-Bundesverbandes</i>	150
9.7	<i>Selbstverwaltung nach der Vereinigung zur AOK Bayern</i>	151
9.8	<i>Aufgaben des Verwaltungsrates</i>	152
9.9	<i>Aufgabe der Beiräte in den Direktionen</i>	153
9.10	<i>Besetzung der Selbstverwaltungsorgane bei der AOK Bayern</i>	154
9.11	<i>Beurteilung der durch das GSG bedingten Veränderungen in der Selbstverwaltung</i>	156
10	Die Rolle des Marktes innerhalb der GKV – die AOK als Marke	159
10.1	<i>Spannungsfeld Sozialgesetzbuch V und Wettbewerb</i>	161
10.2	<i>Exkurs: Regulierung im Gesundheitsmarkt</i>	166
10.3	<i>Der Behandlungsmarkt</i>	166
10.4	<i>Versorgungsmarkt</i>	169
10.5	<i>Versicherungsmarkt</i>	172
10.6	<i>Exkurs: Managed Care</i>	175
10.7	<i>Positionierung der AOK Bayern auf dem Gesundheitsmarkt</i>	177
11	Resümee und Fazit	180
11.1	<i>Ableitung für die AOK Bayern</i>	183
11.2	<i>Ableitung für den Neoinstitutionalismus</i>	186
11.3	<i>Ausblick</i>	189
12	Literaturverzeichnis	194
13	Quellen AOK Bayern (Archivnachweise)	205
14	Internetquellen	208
15	Anhang	210
15.1	<i>Rede Doktor Platzer: „Hersbrucker Gespräche 2005 – Begrüßung und Einführung“</i>	210
15.2	<i>Übersicht DOK Fundstellen</i>	224
	Eidesstattliche Erklärung	226

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „The origins and elaboration of formal organizational structures“ (Meyer & Rowan, 1991, S.46).....	25
Abbildung 2: „Organizational Survival“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 27).....	26
Abbildung 3: „The effects of institutional isomorphism on organizations“ (eigene Darstellung nach Meyer & Rowan, 1991, S. 60).....	27
Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Aktivität, Leistung und Wirkung (eigene Darstellung nach Schedler & Proeller, 2009, S. 73).....	41
Abbildung 5: Auszug der Kaiserlichen Botschaft (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014, S. 7).....	49
Abbildung 6: Schaubild der Arbeiterversicherung (Wikipedia https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/67/Bundesarchiv_Bild_146-1980-091-21%2C_Schaubild_der_Arbeiterversicherung.jpg abgerufen am 09.06.2019).....	50
Abbildung 7: Gliederung der AOK Kempten in den 1960er Jahren (eigene Darstellung nach Unterlagen aus dem Archiv AOK Kempten-Oberallgäu).....	61
Abbildung 8: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (Statistisches Bundesamt, 2018 https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html abgerufen am 09.06.2019).....	69
Abbildung 9: Die Gliederung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (eigene Darstellung nach § 217b SGB).....	78
Abbildung 10: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all abgerufen am 09.06.2019).....	83
Abbildung 11: Ziele des Sozialgesetzbuches (eigene Darstellung nach Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–12).....	84
Abbildung 12: Der RSA – Finanzierung (eigene Darstellung nach Nopper, 2002).....	86
Abbildung 13: Der RSA – Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht (Nopper, 2002, S.141).....	86
Abbildung 14: Das Budget der GKV im Vergleich (http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?It=AAA088 abgerufen am 27.02.2011).....	90
Abbildung 15: Organisatorische Bestandsaufnahme (McKinsey & Company, 1994, S. 14).....	117
Abbildung 16: Ausgabendeckender Beitragssatz bei sieben Regierungsbezirken in Prozentpunkten (McKinsey & Company, 1994, S. 31).....	120
Abbildung 17: Regierungsbezirks-AOKs im „Holding“-Verbund (McKinsey & Company, 1994, S. 33).....	121
Abbildung 18: McKinsey in Zahlen (Müller & Papendick, 2011, S. 52).....	125

Abbildung 19: Guiding Principles (McKinsey & Company, 2011, http://www.mckinsey.de/html/profil/unsere_werte/unsere_werte.asp abgerufen am 05.11.2011).....	126
Abbildung 20: 7-S Framework (eigene Darstellung nach Waterman, Peters & Phillips, 1980, S. 18)	127
Abbildung 21: Struktur und Aufgaben einer Direktion (McKinsey & Company, 1994, S. 41)	131
Abbildung 22: „Partner“-Modell (McKinsey & Company, 1994, S. 37).....	132
Abbildung 23: Kernaufgaben der Selbstverwaltung (McKinsey & Company, 1994, S. 43)	133
Abbildung 24: Organigramm AOK Kempten-Oberallgäu (eigene Darstellung)	134
Abbildung 25: Gliederung Vorstand AOK Bayern Stand 1996 (eigene Darstellung).....	135
Abbildung 26: Zielsetzungen des Projekts „PERSONALENTWICKLUNG“ (Bezirkliche Arbeitstagung der Direktoren am 26.06.1997, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu, Punkt 3).....	140
Abbildung 27: Steuerungsmechanismen in der GKV bis 1996 (Schroeder, 2008, S. 25)	144
Abbildung 28: Prinzipal-Agenten-Beziehung (eigene Darstellung).....	163
Abbildung 29: Erweiterte Prinzipal-Agenten-Beziehung (eigene Darstellung)	164
Abbildung 30: Die drei Märkte der GKV (eigene Darstellung nach Scheffold, 2008, S. 34)	165
Abbildung 31: Mitglieder und Versicherte GKV-PKV (http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox abgerufen am 12.03.2013).....	173
Abbildung 32: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf - Konzentrationsprozess durch Fusionen, Angaben zum Stichtag 1.1. (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp abgerufen am 09.06.2019).....	175

Abkürzungsverzeichnis

ACA	Arbeitsgemeinschaft Christlicher Arbeitnehmer
ALR	Preußisches Allgemeines Landrecht (1794)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
DAG	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
DO	Dienstordnung
DOK	Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“ (siehe Anhang 7)
Doku	Dokumentation
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKK	Ersatzkrankenkasse
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV (2011)
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz (1992)
IKK	Innungskrankenkasse
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVG	Krankenversicherungsgesetz (1883)
LdOiB	Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern
LdOiB-GF-Rschr.	Rundschreiben des LdOiB an die AOK-Geschäftsführer
LdOiB-ID	Informationsdienst des LdOiB
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
NPM	New Public Management

RSA	Risikostrukturausgleich
Rschr.	Rundschreiben
RVO	Reichsversicherungsordnung (1911)
SGB	Sozialgesetzbuch
SVG	Gesetz über die Sozialversicherung (1990)
WHO	World Health Organization

„Wenn man eine Weile in der Welt gesehen hat, wie die gescheitesten Dinge mißlingen und das Absurdeste oft zu einem glücklichen Ziele führt, so kommt man wohl davon zurück, jemandem einen Rat erteilen zu wollen. Im Grunde genommen ist es auch von dem, der einen Rat verlangt, eine Beschränktheit, und von dem, der ihn gibt, eine Anmaßung.“

Goethe an Eckermann, 1831

1 Einleitung

Ähnlich wie Goethe in der hier zitierten Passage gegenüber seinem engen Vertrauten Johann Peter Eckermann formuliert, ist es nicht Aufgabe der Sozialwissenschaften, Ratschläge an die Leser zu erteilen. Das wird auch in der hier vorliegenden Arbeit nicht beansprucht. Es geht in dieser Arbeit vielmehr um die Untersuchung eines gesellschaftlichen Prozesses, der zu einem erheblichen Wandel von Organisationen und ihren Strukturen geführt hat, die bislang als selbstverständlich gegeben und quasi als unveränderlich angesehen wurden. Eine sozialwissenschaftliche Rekonstruktion eines solch einschneidenden organisationalen Wandels, wie er hier ex post analysiert und dargestellt wird, kann allerdings zum Verständnis von gesellschaftlichen Entwicklungen beitragen und beteiligte wie unbeteiligte Akteure in die Lage versetzen, die Zusammenhänge zu erkennen, welche zu den beschriebenen Veränderungen und dem Wandel geführt haben, der noch heute das untersuchte organisationale Feld prägt. Die Resultate der vorliegenden sozialwissenschaftlichen Untersuchung bieten außerdem Ansatzpunkte, darüber nachzudenken, wie verallgemeinerungsfähig die identifizierten Ursachen und Abfolgen sein können und wie weit die Ergebnisse über die dargestellten Kontexte hinaus von allgemeingültiger Relevanz sind.

1.1 Womit also beschäftigt sich die hier vorliegende Arbeit? Sie rekonstruiert in groben Zügen die Institutionalisierung der Krankenversicherung in Deutschland. Der Schwerpunkt liegt auf einem

epochalen Wandel, der sich in den Jahren 1993 bis 1995 vollzogen hat. Dieser Wandel wird anhand der Veränderung der Organisationsstrukturen der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) in Bayern dargestellt. Die AOK war und ist eine der zentralen Einrichtungen, die in Deutschland die Risikoabsicherung eines großen Teils der Bevölkerung im Krankheitsfall leisten. Als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt die AOK im deutschen Sozialstaat eine wichtige Rolle ein, denn sie sichert auf solidargemeinschaftlicher¹ Grundlage ihre Mitglieder gegen das finanzielle Risiko einer Erkrankung ab. Seit der Einführung der Sozialversicherung unter Otto von Bismarck hat die Krankenversicherung eine Evolution von Rechten und Pflichten durchlaufen. Es gelang dadurch, immer größere Teile der Bevölkerung gegen immer mehr soziale Risiken im Krankheitsfall abzusichern. Somit wirken sich alle organisationalen Veränderungen immer auch auf die Versicherten aus und werden von ihnen als relevant wahrgenommen. Vor allem in diesem sensiblen Feld, welches den Großteil der Bevölkerung betrifft, wird jede strukturelle Änderung mit besonders großer Aufmerksamkeit betrachtet. Schließlich geht es um eine Veränderung der „Agenturen der sozialen Sicherheit“, von denen die Betroffenen wissen, dass sie von diesen abhängig sind. In der vorgelegten Arbeit wird am Fallbeispiel der AOK Bayern in den Jahren 1993 bis 1995 eine deutliche Zäsur der Organisationsentwicklung in einer Feinanalyse untersucht und dargestellt. Dabei geht es um ihre Gründung im Jahr 1995 durch Fusionen der damals 39 bestehenden AOKn. Dargestellt wird, welche Faktoren zur Zusammenlegung der eigenständigen Allgemeinen Ortskrankenkassen in Bayern und damit zur Gründung der AOK Bayern geführt haben.

Warum AOK Bayern? Die AOK Bayern ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes und nimmt somit vom Staate zugewiesene Aufgaben wahr, welche im Sozialgesetzbuch V verankert sind. Sie handelt nach dem Solidarprinzip, welches nicht auf Gewinnvermehrung ausgerichtet ist, sondern auf die bestmögliche Fürsorge der Versicherten. Diese

¹ Der Begriff Solidargemeinschaft wird im Folgenden genauer erläutert und definiert.

Organisationsform mit der Besonderheit der Selbstverwaltung wird in der Literatur selten angemessen beschrieben. Aufgrund ihrer recht jungen Geschichte, der sich ständig wandelnden Gesundheitspolitik sowie der daraus resultierenden Auswirkungen gibt es kaum Literatur, die sich explizit mit den Entwicklungen einer Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung wie jener der AOK Bayern beschäftigt (vgl. dazu auch Bode, 2002). Weder existieren wissenschaftlich fundierte Texte über die organisationale Entwicklung von Krankenversicherungen noch ein gesammelter geschichtlicher Überblick über die Geschichte der AOK im bayerischen Raum.

1.2 Mit welchen sozialwissenschaftlichen Kategorien und Begriffen lassen sich empirische Verläufe, die eine Veränderung von Organisationsstrukturen bewirken, rekonstruieren und in einer Feinanalyse sequenziell darstellen? Diese Rekonstruktion erfolgt auf der Grundlage von Kategorien und Begriffen des Neoinstitutionalismus. Der Neoinstitutionalismus beschäftigt sich mit der Frage, warum Organisationen sich verändern und welche Rolle institutionalisierte Erwartungen und Institutionen bei der Entwicklung von Organisationen spielen. Der Neoinstitutionalismus bietet Erklärungsmöglichkeiten, warum Organisationen sich entwickeln, verändern oder anpassen. Hierbei löst er sich vom leitenden Paradigma der Effektivität bzw. Effizienz, welches in der Organisationsforschung einen herausgehobenen Stellenwert einnahm, und bietet alternative Erklärungsmöglichkeiten. Die Vertreter des Neoinstitutionalismus betonen die Bedeutung von Institutionen, Erwartungshaltungen der Umwelt und weiteren externen Einflüssen. „Bei der Betrachtung formaler Organisationsstrukturen ist die Annahme leitend, dass diese weniger die Bemühungen um eine rationale und effiziente Aufgaben- und Problembearbeitung widerspiegeln als vielmehr Ergebnis der Adoption von institutionalisierten Regeln und Anforderungen sind.“ (Schaefers, 2002, S. 837) Aufgrund der Loslösung vom Theorem des rational handelnden Akteurs und der Etablierung des Paradigmas des Organisationwandels innerhalb eines institutionalisierten Felds ist der Neoinstitutionalismus

besonders geeignet, Organisationsstrukturen von Akteuren in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschreiben. Er bietet also Erklärungsmöglichkeiten, die sich von der ausschließlichen Ausrichtung an Gewinnmaximierung rationell gestalteter Strukturen lösen, und stellt Mechanismen wie institutionalisierte Erwartungen in den Vordergrund, an welchen sich Organisationen bei ihrem Wandel orientieren. Hierbei spielt der Begriff der Rationalitätsmythen eine zentrale Rolle. Daher eignet sich der Neoinstitutionalismus mit seiner Konzentration auf Organisationen im Bereich des Non-Profit-Sektors besonders gut, den organisationalen Wandel der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Bayern mithilfe seiner Kategorien und Begriffe zu rekonstruieren. Mit anderen Worten: Der Neoinstitutionalismus bietet kategoriale und begriffliche Instrumente, den organisationalen Wandel der AOK Bayern transparent und sozialwissenschaftlich zu erklären bzw. verständlich zu machen.

1.3 Warum kann außerdem das Konzept des New Public Management (NPM) hilfreich für die Untersuchung sein? NPM ist in den 1990ern Jahren in Deutschland vielerorts konzeptionell zur Reform der öffentlichen Verwaltung und der Organisationen im Non-Profit-Sektor herangezogen worden.² Zwar liegt dem keine einheitliche Reformidee zugrunde, aber die gemeinsame Idee bestand darin, betriebliche Strukturen einzuführen und öffentliche Einrichtungen auf eine Orientierung am Kunden auszurichten. Kritische Stimmen ordneten die konzeptionellen Vorschläge im Namen des NPM dem Neoliberalismus zu, während andere Sichtweisen auf das NPM betonten, dass hierbei wichtige Ansätze zur Dynamisierung „erstarrter“ Strukturen im öffentlichen Dienst entwickelt wurden. Für die Analyse des Strukturwandels der AOK Bayern ist eine Berücksichtigung der Konzepte des NPM aber unverzichtbar, da die kollektiven und individuellen Akteure in ihrem Selbstverständnis als Motoren der Reform sich legitimatorisch auf das NPM beziehen. Wichtig ist jedoch hervorzuheben, dass es sich nicht

²Das NPM in Deutschland hat internationale Vorläufer in den USA und Großbritannien in der Zeit von Ronald Reagan (USA) und Margaret Thatcher (GB).

wie beim Neoinstitutionalismus um eine „reine“ Theorie zur Analyse handelt, sondern um eine besonders stark am Handeln der Akteure ausgerichtete Realitätsdeutung. Das New Public Management beschäftigt sich mit der organisationalen Entwicklung von öffentlichen Verwaltungen und skizziert ein Konzept einer neuen Verwaltung, weg vom klassischen Bürokratiegedanken hin zur kundenorientierten Haltung. Das New Public Management widmet sich der Frage der Evolution von Organisationen, vor allem von Staat und Verwaltung, aber auch von Volkshochschulen und Universitäten. Es steht für eine Modernisierung von staatlichen Einrichtungen und Verwaltungen und beschreibt ein neues Rollenverständnis des Personals in diesen Bereichen. Es beschreibt also den Wandel der öffentlichen Verwaltung.

Es ist ein Resultat der Arbeit, dass in dem untersuchten Zeitraum das NPM mit seinen Vorstellungen von den Akteuren sowohl für ihre Handlungsorientierung als auch zur Legitimation verwandt wurde. Insbesondere hat das NPM zur Aufdeckung von Rationalitätsmythen der bürokratischen Organisation beigetragen, gleichzeitig aber neue Mythen hervorgebracht, so lautet ein Ergebnis der vorgelegten Analysen.

1.4 Welche Methode der sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion und sequenziellen Feinanalyse empirischer Prozesse wird angewandt?

Die vorliegende Arbeit bedient sich der Methode der Hermeneutik im Zuge der sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion der Geschichte der AOK Bayern. Die sozialwissenschaftliche Hermeneutik hat zum Ziel, in der Retrospektive von Ereignissen objektive Sinnstrukturen hervorzuheben und zu interpretieren.³

Im Zuge der Rekonstruktion der Geschichte der AOKn in Bayern bzw. der AOK Bayern wurden vor allem die Archive der AOK Bayern genutzt, aufgrund der räumlichen Lage im Schwerpunkt das der AOK-Direktion

³ Zur Vertiefung der Methodenfrage siehe auch Bohnsack, 2014, Kelle, 2008, Wernet, 2009.

Kempton-Oberallgäu. Sitzungsprotokolle sowie Artikel aus der AOK-internen Zeitung (siehe Anhang 16.7) stellen wesentliche Bezugsquellen für die Rekonstruktion von Entscheidungen und Entwicklungen dar. Die genutzten Texte und Unterlagen wurden im Sinne der geschichtlichen Rekonstruktion interpretiert. Hierbei wurden die im Folgenden beschriebenen Kategorien des Neoinstitutionalismus bei der Analyse der Geschichte der AOK Bayern genutzt.

1.5 Wie ist die Arbeit aufgebaut und welches Ziel verfolgt sie?

Die bereits dargestellte Rekonstruktion der Institutionalisierung der Sozialversicherung in Deutschland wird sukzessive präzisiert auf die Darstellung des Prozesses der Institutionalisierung der Krankenversicherung und schließlich zugespitzt auf den organisationalen Wandel der AOK in Bayern in den 1990er Jahren, jener Phase, in der die Reform der sozialstaatlichen und öffentlichen Einrichtungen vielerorts in Angriff genommen wurde. Die Arbeit gliedert sich in neun Hauptabschnitte. Das zweite Kapitel gibt in groben Zügen die Idee des Neoinstitutionalismus wieder. Anspruch der Arbeit ist es nicht, eine vollständige und umfängliche Zusammenfassung des theoretischen Aufbaus und der Verzweigungen des Neoinstitutionalismus darzustellen. Es werden vielmehr die zentralen Kategorien und Begriffe sowie die theoretischen Annahmen des Neoinstitutionalismus herausgearbeitet, die für die empirische Rekonstruktion und die Feinanalyse relevant sind. Um für die Feinanalyse ein tiefes Verständnis zu generieren, ist daher ein Kapitel über die Kategorien notwendig. Der Neoinstitutionalismus wird dementsprechend nur so weit behandelt, als es für die Analyse der empirischen Daten relevant und für das Verständnis der Aufarbeitung des empirischen Prozesses unverzichtbar ist.⁴

Daher werden vor allem das Konzept des organisationalen Feldes, die Rolle von Institutionen und Organisationen, die treibende Kraft der Isomorphie,

⁴ Für einen umfassenden Überblick über die Spielarten der Neoinstitutionalismus siehe Walgenbach, Neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie, 2006.

das Streben nach Legitimität und der Mythos von Rationalität vorgestellt. Jede Organisation bewegt sich in organisationalen Feldern, agiert mit anderen Organisationen in diesem Feld und wird von Institutionen und institutionalisierten Erwartungen beeinflusst (Isomorphie). Sie strebt nach Legitimität, um das eigene Überleben zu sichern. Der Neoinstitutionalismus hebt hervor, dass sich Organisationen an rational begründeten Strategien orientieren. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Strategien verdeutlicht in vielen Fällen, dass keineswegs die beabsichtigte Effizienz und Effektivität innerhalb der Organisation erreicht werden. Oftmals entwickeln sich Prozesse unter starken Rationalitätserwartungen gegenläufig.

Das dritte Kapitel erläutert das New Public Management, welches zeitlich in die Gründungsjahre der AOK Bayern fällt und den Wandel von öffentlichen Verwaltungen hin zu Dienstleistungsunternehmen beschreibt. Das NPM ist keine in sich zusammenhängende Theorie wie beispielsweise der Neoinstitutionalismus. Wie bereits betont, stellt es vielmehr ein strategisches Konzept dar, das gerade in dem untersuchten Zeitraum von den relevanten kollektiven und individuellen Akteuren als legitimatorische und rationalitätsversprechende Orientierung angesehen wurde. Die Verbreitung des NPM als unmittelbar wirksames Strategiekonzept in der Phase der Gründung der AOK Bayern erfordert eine intensive Darstellung dieses Konzeptes und eine Auseinandersetzung damit. Der Nachweis der Relevanz dieses Konzeptes stellt ein Ergebnis dieser Arbeit dar.

Das vierte Kapitel rekonstruiert die geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Es wird sich zeigen, dass der Begriff der Institutionalisierung entscheidend ist, um den Entwicklungspfad zu verstehen, der in Deutschland mit den Bismarck'schen Reformen eingeleitet und bis zum heutigen Tag nicht verlassen wurde. Zugleich wird in diesem Kapitel deutlich, dass die Institutionalisierung der Sozialversicherung mit ihrer Einführung in den 1880er Jahren zur Entstehung von mehreren Organisationen führte, wobei insbesondere die an der Sozialversicherung

beteiligten Organisationen der Krankenversicherung dargestellt werden, die ein neues und evolutionär äußerst starkes organisationales Feld abgeben. Mit anderen Worten: Mit der Einführung der Sozialversicherung entstand ein staatlich kontrolliertes und gesetzlich verankertes Absicherungssystem, welches weltweit eine Vorreiterrolle einnahm. Um die Besonderheiten und Eigenheiten des organisationalen Feldes „gesetzliche Krankenversicherung“ zu verstehen, ist eine historische Rekonstruktion notwendig.

Das fünfte Kapitel analysiert die Institutionalisierung des organisationalen Feldes der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorab sei hier schon darauf hingewiesen, dass es sich um einen äußerst komplexen Prozess handelt, der zu einer tiefgreifenden rechtlichen Verankerung von Prinzipien der Risikoabsicherung im Krankheitsfall führte. Der deutsche Sozialstaat als allumfassender Rahmen sowie zugleich Gesetzgeber – und damit wesentlicher Treiber von Veränderungen – wird daher in diesem Kapitel untersucht. Diese Untersuchung soll verdeutlichen, welche starke institutionelle Befestigung das organisationale Feld der Krankenversicherung im Laufe der Zeit erhalten hat. Es wird auf die Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Prinzipien eingegangen. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich an die im Sozialgesetzbuch V verankerten Grundsätze zu halten, weshalb sich diese auf jede Organisation in diesem organisationalen Feld auswirken. Sie beeinflussen deren Strukturen und Handeln und spielen daher für die Fallanalyse sowie Feinanalyse eine wichtige Rolle.

Die Kapitel sechs bis zehn bilden den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Sie beschäftigen sich mit der Feinanalyse des Reformprozesses der AOK und vor allem mit den Jahren von 1990 bis circa 1996. In diesen Kapiteln zeigt sich vor allem die Leistungsfähigkeit des Neoinstitutionalismus. Zum einen werden die Institutionalisierungsformen vor der Modernisierung dargestellt, sodann wird der Prozess selbst rekonstruiert und schließlich werden die Resultate vor dem Hintergrund der Rationalitätserwartungen diskutiert. In einer sequenziellen Feinanalyse wird der organisationale

Wandel ex post betrachtet und die Veränderungen nachvollzogen. Diese Kapitel stellen die Rekonstruktion der entscheidenden empirischen Vorgänge dar sowie die Ergebnisse der Auswertung der Dokumente, die in dem genannten Zeitraum die Prozesse beschrieben, interpretierten und strategisch auswerteten. Hier werden sowohl die Wahrnehmungsprozesse von entscheidenden Akteuren in Hinblick auf krisenhafte Entwicklungen der bayerischen AOK-Gemeinschaft als auch die Resultate einer vorläufigen Beendigung der Reformphase behandelt.

Das sechste Kapitel enthält die Rekonstruktion der Problemwahrnehmungen, die zur Veränderung der 39 eigenständigen AOK-Direktionen in Bayern führten. Die Rekonstruktion zeigt, dass ein erheblicher Selbstwahrnehmungswandel der eigenen Rolle als Krankenkasse hin zur Gesundheitskasse stattgefunden hat. Es fand ein Wandel von der selbstdefinierten Rolle als Behörde hin zu einem Dienstleistungsunternehmen statt, welches bewusst das Wohl ihrer Versicherten in den Vordergrund stellt. Damit kam bereits eine Änderung der Selbstwahrnehmung im Sinne des NPM ins Spiel, wie die vorliegende Auswertung der Dokumente und die Rekonstruktion der Prozesse zeigen.

Das siebte Kapitel fokussiert die Rolle eines neuen Players in dem organisationalen Feld: die Unternehmensberatung McKinsey. Deren Rolle ist als Treiber in dem hier untersuchten Prozess zu sehen. Hierzu gehört vor allem die Objektivierungsleistung, wie „der Blick von außen“, die Überwindung der „Betriebsblindheit“ und die scheinbar „reine“ Wissenschaftlichkeit, die mit der Analyse und den Strategieempfehlungen von McKinsey verbunden werden.

Das achte Kapitel rekonstruiert die Gründung der AOK Bayern. Die AOK Bayern stellte sich im organisationalen Feld neu auf und veränderte ihre komplette „Unternehmensstruktur“. In der Analyse wird herausgearbeitet, dass unter Anleitung der Beratungsfirma McKinsey eine Organisationsstruktur übernommen wurde, die auch mit betrieblichen Strukturen größerer Unternehmen Ähnlichkeiten aufweist. Sowohl

Strategien als auch Annahmen, die dem New Public Management zugrunde liegen, wurden implementiert. Ein Beispiel dafür ist, dass die Versicherten nun als Kunden in den Mittelpunkt des Handelns gestellt wurden.

Das neunte Kapitel analysiert eine gesetzliche Besonderheit der organisationalen Struktur der AOK Bayern – die Selbstverwaltung. Dargestellt wird, wie die AOK Bayern die neuen Bestimmungen des SGB V umsetzte.

Im zehnten Kapitel wird die Veränderung des organisationalen Feldes durch die Bedeutung erweiterter Wettbewerbsstrukturen und die damit verbundene zunehmende Vermarktlichung betrachtet. Aufgezeigt wird, dass die AOK Bayern sich nicht auf einem klassischen, freien Markt, in welchem Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen, bewegt, sondern sich aufgrund der institutionalisierten Beschränkungen auf einem sehr stark regulierten Markt durchsetzen muss. Dabei zeigt sich, dass die AOK Bayern nicht nur auf einem, sondern auf insgesamt drei Märkten agiert: Behandlungs-, Versorgungs- und Versicherungsmarkt. Neben dem offensichtlichen Werben um Versicherte (Versicherungsmarkt) verhandelt die AOK Bayern auf dem Versorgungsmarkt mit Leistungserbringern (z.B. Ärzten) über Leistungen für ihre Versicherten, was sich wiederum auf den Behandlungsmarkt (Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen) auswirkt. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass dieser Dreiklang, welcher staatlich stark reguliert wird, eine Liberalisierung vollzogen hat, der sich auf die AOK Bayern strukturell ausgewirkt hat. Identifiziert werden spezifische Handlungsmuster der AOK Bayern, wie beispielsweise deren Selbstverständnis, sich als „besondere“ Marke zu sehen, woraus konsequenterweise die Einrichtung von Marketing erfolgt.

Das elfte Kapitel resümiert die Ergebnisse der Analyse des Organisationswandels der AOK Bayern.

Das zwölfte Kapitel gibt einen Überblick über die verwendete wissenschaftliche Literatur. Außerdem werden die Dokumente, welche aus dem AOK-Archiv verwendet wurden, ausgewiesen.

Hauptfokus dieser Analyse liegt auf der Entwicklung der bayerischen AOK-Gemeinschaft einschließlich der Institutionalisierung und Gründung der AOK Bayern. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bilden den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. In diesem Kapitel wird auch auf die Rolle des Marktes der gesetzlichen Krankenversicherung eingegangen. Obwohl die Allgemeine Ortskrankenkasse eine Organisation ist, deren Hauptziel nicht Gewinnmaximierung ist, so muss sie sich dennoch auf einem Markt behaupten. Dieser entspricht aber nicht den klassischen Marktvorstellungen (Angebot und Nachfrage bestimmen den Preis), sondern ist eben geprägt durch die Sozialgesetzgebung. Die Sozialpolitik in Deutschland bestimmt dieses organisationale Feld und hat so Auswirkungen auf Struktur und Handeln der Akteure in diesem Feld.

Neoinstitutionalismus und New Public Management bieten den wissenschaftlichen Hintergrund der Arbeit. Aufgezeigt werden nicht nur die Angleichung der Strukturen innerhalb der bayerischen AOKn vor der Gründung der AOK Bayern, sondern auch die Übernahme von Handlungsmustern anderer Organisationen im Feld der gesetzlichen Krankenversicherung. Schließlich wird auch die Struktur der aus der Fusion der bisher selbstständigen AOKn hervorgegangenen AOK Bayern bewertet, in die Organisationsmerkmale marktwirtschaftlicher Unternehmen eingeflossen sind.

2 Neoinstitutionalismus

Die Fähigkeit des Erstaunens über den Gang der Welt ist Voraussetzung der Möglichkeit *des Fragens nach ihrem Sinn.*

(Max Weber, 1921)

2.1 Grundlagen

Der Neoinstitutionalismus entwickelte sich in den 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika. Aufgrund der verschiedenen Pfade, die der Neoinstitutionalismus genommen hat, entwickelte jede Variante ihre eigenen Vorstellungen über die Kernbegriffe. Dieses Kapitel hat nicht den Anspruch, eine vollständige und umfassende Kommentierung des Neoinstitutionalismus zu leisten, vielmehr sollen die wesentlichen Theoreme und Kriterien für die soziologische Ex-post-Analyse der Entwicklung der AOK Bayern dargestellt werden. Die Grundlagen und Ideen dieser Strömung der Organisationstheorie werden hier kurz dargestellt.

Der Neoinstitutionalismus ist keine in sich abgeschlossene Theorieströmung, vielmehr haben die verschiedenen Vertreter ein unterschiedliches Verständnis von den wichtigsten Kernbegriffen. Dennoch hat er sich in den letzten Jahren zu einen der „produktivsten Theorieeinrichtungen der Sozialwissenschaften“ (Hasse & Krüger, 2020, S. 9) entwickelt.⁵

Den Vertretern des Neoinstitutionalismus ist gemeinsam, dass sie sich mit dem klassischen Organisationsmodell von Max Weber befassen und die Vorstellung erweitern, dass Organisationen ausschließlich rational kalkulierte Mittel zur Erreichung von Zielen sind. Diese Vorstellung wird dadurch ergänzt, dass Organisationen „in hohem Maße in soziale und kulturelle Kontexte eingebettet sind und durch diese konstituiert werden“

⁵ Einen guten Überblick über alle Strömungen und Theorieansätze geben Hasse und Krüger in Hasse & Krüger, 2020 sowie Houben in Houben, 2022, um nur zwei Beiträge zur aktuellen Debatte zu nennen.

(Walgenbach & Meyer, 2008, S. 17). Sie lösen sich – wie eingangs erwähnt – vom leitenden Paradigma der Effektivität.

Max Weber stellte sich der soziologischen Frage nach sozialer Ordnungsbildung. Die unterschiedlichen Motive handelnder Akteure machen soziales Handeln aus seiner Sicht labil und unberechenbar. Für eine gemeinsame Zweckverfolgung sind strukturierende Normen und Werte Voraussetzung. Hierarchische Beziehungsstrukturen (Herrschaft),⁶ welche in einer Gesellschaft als legitim anerkannt werden, koordinieren das Verhalten der dort eingebundenen Akteure, ausgerichtet auf den gemeinsamen Zweck dieser Beziehungsstruktur. Diese Zweckverbände mit gesetzten Ordnungen, welche sowohl koordinierende als auch durchsetzende Wirkung haben, sind für Weber die rationalste Form der Zielerreichung. Der Idealtypus dieser Verwaltungsform ist für Max Weber die Bürokratie bzw. „die legale Herrschaft mit bureaukratischem Verwaltungsstab“ (Weber M., 1972, S. 124). Als reinste Form der legalen Herrschaft verwirklicht sich im Idealtypus der Bürokratie das Prinzip der Rationalität. Sie trägt zum Erfolg moderner Lebensverhältnisse bei. Sie vereint Sachlichkeit sowie Zweckmäßigkeit und erfolgt nach bestimmten gesetzten Regeln ohne Ansehen einer Person. Primäres Ziel des Bürokratieansatzes ist es, die Leistungsfähigkeit von Organisationen mithilfe von Aufgabenverteilung und sachlicher Aufgabenerfüllung aufrechtzuerhalten. Nach Max Weber waren die Organisationen mit der am besten funktionierenden Bürokratie am erfolgreichsten, also diejenigen, die sich durch „Präzision, Schnelligkeit, Eindeutigkeit, Aktenkundigkeit, Kontinuirlichkeit, Diskretion, Einheitlichkeit, straffe Unterordnung, Ersparnis an Reibung“ (Weber, 1972, S. 561 f.) auszeichneten.

Max Weber beschreibt hier einen Idealzustand einer Form von Herrschaft. Sie beruht auf der Leistungspflicht fachlich versierter Beamter, welche aufgrund ihrer Kompetenzen ihr Amt ausüben. Weber erfasst die positiven

⁶ Definition von Herrschaft nach Weber: „Herrschaft soll heißen die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden.“ (Weber M., 1972, S. 130). Er unterscheidet idealtypisch zwischen traditioneller, charismatischer und legaler Herrschaft.

Eigenschaften der Bürokratie, die „Formalismus‘ als Willkürvermeidung und [...] Anwendung des kleinsten Kraftmaßes“ (Fitzi, 2008, S. 79) in sich vereinigt. Für ihn ist die Berechenbarkeit der ausschlaggebende Faktor für eine erfolgreiche Gesellschaft: „So übt die bürokratische Herrschaft auch eine positive Wirkung auf die Wirtschaft aus, da sie die Verwaltungsverfahren berechenbar macht und die Innovation der Wirtschaftsformen über die Grenzen der Tradition fördert.“ (Fitzi, 2008, S. 79)

In den späten 1970er Jahren stellten Organisationsforscher in den USA fest, dass vor allem bei Organisationsformen des öffentlichen Sektors Strukturen vorherrschten, die sich zwar branchenübergreifend ähnelten, aber wenig effektiv waren. Diese beiden Fakten (ähnliche Strukturen sowie Ineffizienz) griffen die Vertreter des Neoinstitutionalismus auf und untersuchten die Ursachen. Bei ihrer Erklärung lösten sie sich von der funktionalen Perspektive des Weber'schen Bürokratiemodells und lieferten eine Erklärung für die Entstehung und Funktionsweise von organisationalen Strukturen jenseits der Zweckrationalität. „Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen Fragen der Legitimierung und der gesellschaftlichen Einbettung vorherrschender Grundüberzeugungen rationalen Handelns.“ (Hasse & Krücken, 2005, S. 13). In früheren Jahren war in der Organisationsforschung die Meinung vorherrschend, dass sich nur die effektivsten und effizientesten Strukturen in einer Organisation durchsetzen und behaupten können. Der Faktor der Effektivität wurde überbewertet. Mit der Entwicklung des Neoinstitutionalismus zeigte sich nun nach neueren Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Umwelteinflüssen und Organisationsstrukturen (vgl. Jörges-Süß, 2007, S. 68). Man erkannte, dass jede Organisation in einer Umwelt agiert und sich Organisation und Umwelt in hohem Maße gegenseitig beeinflussen. Wichtiger als die effektivste und effizienteste Struktur auf Grundlage rationaler Entscheidungen ist für das Überleben einer Organisation die Akzeptanz (Legitimierung) ihrer Umwelt. Die Organisationsumwelt besteht aus institutionalisierten Erwartungsstrukturen, die Organisationen bei ihren Handlungen und

Entscheidungen beachten müssen, um diese Legitimierung zu erreichen (vgl. Hasse & Krücken, 2005, S.13). Andererseits können aber auch die Organisationen durchaus Einfluss auf diese Umwelt ausüben.

Das beschriebene „stahlharte Gehäuse“, Max Webers Vorstellung von Bürokratie, wurde als Ausgangsbasis genutzt und überdacht. Die Diffusion zwischen Umwelt und Organisation wurde als wesentlicher Faktor für die Evolution von Organisationen neu bewertet. Das Erklärungsprogramm des Neoinstitutionalismus leitet soziale Ordnungsbildung aus dem wertegeliteten Handeln der Akteure ab. Anstelle der Zweckrationalität wird die Übernahme gesellschaftlicher Erwartungsmuster als leitendes Motiv in Organisationen angesehen.

Grundlegende Arbeiten zum Neoinstitutionalismus liefern John W. Meyer und Brian Rowan mit ihrem wegweisenden Beitrag zur Erklärung des Neoinstitutionalismus „Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony“. Weiterhin bilden neben dem oben genannten Aufsatz die makroinstitutionellen Ansätze von Paul J. DiMaggio und Walter W. Powell (1983) sowie Richard Scott (1995) „die zentrale[n] Ausgangs- und Bezugspunkte des organisationssoziologisch fundierten Neo-Institutionalismus “ (Chang, 2004, S. 9).⁷

Die allumfassende Hypothese des Neoinstitutionalismus lässt sich gekürzt dargestellt folgendermaßen beschreiben: Organisationen werden sich in ihren Strukturen immer ähnlicher, da sie sich nicht nur an ihrer Umwelt orientieren, sondern auch an vergleichbaren Organisationen. Neoinstitutionalisten versuchen also zu erklären, warum Organisationen sich immer ähnlicher werden.

2.2 Institutionalisation und Institutionen

Eine wesentliche Rolle im Neoinstitutionalismus spielen Institutionen. Sehr vereinfacht dargestellt, sind dies gesellschaftliche Erwartungshaltungen,

⁷Zusammenfassende Überblicke für den deutschsprachigen Raum geben unter anderem: Hasse & Krücken, 2005, Walgenbach, 2006 und Senge & Hellmann, 2006.

welche als dauerhaft verfestigte Regeln angesehen werden. Das Handeln von Organisationen wird durch solche Institutionen beeinflusst. Oder wie es Senge und Hellmann (2006) formulieren: „Institutionen sind wieder wichtig. Handeln ist nicht nur ein Ergebnis individueller Entscheidungsfindung, sondern auch bedingt durch institutionelle Rahmenbedingungen“ (Senge & Hellmann, 2006, S. 7). Solche institutionellen Rahmenbedingungen werden beispielsweise durch gesetzliche Vorgaben, gesellschaftlich-ethische Grundsätze, als verbindlich geltende Werte und Vorstellungen, Normen, Sitten und Gebräuche geschaffen.

Aber auch der Weg zur Institutionenbildung – als der Prozess der Institutionalisierung – ist nicht zu vernachlässigen. Peter L. Berger und Thomas Luckmann definierten Institutionalisierung und Institution in ihrem soziologischen Grundlagenbuch „Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“ sehr weitgefasst: „Institutionalisierung findet statt, sobald habitualisierte Handlungen durch Typen von Handelnden reziprok typisiert werden. Jede Typisierung, die auf diese Weise vorgenommen ist, ist eine Institution.“ (Berger & Luckmann, 1966, S. 58) Institutionalisierung als Prozess beschreibt also den Vorgang, wie Handlungen, Werte und Vorstellungen sich zu Selbstverständlichkeiten entwickeln und so „feste Rituale“ in den täglichen Abläufen werden. Im Laufe der Zeit werden diese als angenommenen Regeln und Werte als objektiv und allgemeingültig angesehen. Es lässt sich festhalten, dass die Wirklichkeit, welche von Menschen selbst erzeugt wird, von ihnen auf Grund des „kollektiven sozialen Konstruktionsprozesses als etwas Äußeres und quasi objektiv Gegebenes“ angesehen wird.

Walgenbach unterscheidet hierbei – verständlicher verfasst – den Prozess und den Zustand von Institutionalisierung (Walgenbach, 2006, S. 355):

1) „Institutionalisierung als Prozess bezieht sich auf den Vorgang, durch den sich soziale Beziehungen und Handlungen zu Selbstverständlichkeiten entwickeln, die nicht mehr hinterfragt werden.“

2) „Institutionalisierung als Zustand bezeichnet Situationen, in denen die in einer Gesellschaft bestehenden Vorstellungen bestimmen, was welche Bedeutung besitzt und welche Handlungen möglich sind.“

Klemens Millonig erweitert diese Zweiteilung und betont, dass Institutionalisierung übertragen auf den organisationalen Kontext in drei Phasen abläuft (Millonig, 2002, S. 41 f.): Der erste Schritt ist die Habitualisierung. Darunter wird „der Prozess der Generierung neuer struktureller Arrangements als Antwort auf bestimmte organisationale Probleme“ (Millonig, 2002, S. 42) verstanden. In der zweiten Phase, der Objektivierungsphase, „findet die Diffusion der neuen Strukturen innerhalb eines organisationalen Feldes statt.“ (Millonig, 2002, S. 43) Die dritte Phase ist die Sedimentierung. Sie ist Bedingung für eine vollständige Institutionalisierung. „Dazu müssen sich diese Strukturen nicht nur innerhalb der Gruppe der in Frage kommenden Adaptoren durchsetzen, sondern sich auch innerhalb dieser Organisation über Generationen von Mitarbeitern weiter vererben.“ (Millonig, 2002, S. 44 f.) Folge davon ist, dass nach Jahren Handlungen nicht mehr hinterfragt, sondern als richtig und angemessen betrachtet werden.

Im Rahmen der Organisationsforschung werden die institutionalisierten Elemente formaler Strukturen von Organisationen betrachtet. „Institutionalisierung meint hier gesellschaftlich geteilte Vorstellungen, dass ein bestimmtes Element [...] zu bestimmten Organisationen gehört. Institutionalisierung meint auch, dass diese Elemente nicht mehr hinterfragt werden. Sie werden als gegeben und richtig betrachtet.“ (Walgenbach, 2006, S. 355 f.) Nehmen Organisationen diese von Walgenbach angesprochenen Elemente, wie zum Beispiel Assessment-Center bei der Personalauswahl, nicht an, da diese für ihre Zielerreichung als nicht zweckmäßig erscheinen, werden sie als ineffizient und veraltet betrachtet. „Die Institutionalist argumentieren nun, dass nicht nur einzelne Elemente von Organisationen [...] institutionalisiert sind, sondern dass selbst Akteure und deren Interessen durch institutionalisierte Regeln und Erwartungen konstituiert werden.“ (Walgenbach, 2006, S. 356) Es besteht also eine

Wechselwirkung zwischen Akteur/Organisation sowie Institution und es findet eine gegenseitige Beeinflussung statt.

Institutionen entstehen und bestehen also nicht durch bewusste Handlungen, sondern das reproduzierende Verhalten der Akteure findet unbewusst statt. Institutionalisierte Handlungen und Verhaltensweisen verändern sich langsamer als solche, die es nicht sind. Scott betont, dass Institutionen nie in einem Vakuum entstehen, sondern immer im Zusammenhang mit bereits bestehenden Handlungsmustern stehen: „they always challenge, borrow from, and, to varying degrees, displace prior institutions“ (Scott, 2008, S. 94).

Ronald Jepperson hebt den Unterschied zwischen Institutionen und Institutionalisierung folgendermaßen hervor: „Institution represents a social order or pattern that has attained a certain state or property; institutionalization denotes the process of such attainment.“ (Jepperson, 1991, S. 145)

Institutionen spielen im Neoinstitutionalismus eine wichtige Rolle, da sie als Teil eines organisationalen Feldes Einfluss auf die Organisationen dieses Feldes ausüben. Trotz ihrer Wichtigkeit wird „Institution“ im Neoinstitutionalismus nicht einheitlich definiert. Sie repräsentiert soziale Ordnungsmuster, die als selbstverständlich erachtet werden, quasi automatisch aktualisierte Verhaltensmuster individueller oder kollektiver Akteure und als selbstverständlich gelten. Für die folgende Analyse der AOK Bayern und ihrer strukturellen Veränderungen soll die Definition von Konstanze Senge herangezogen werden, die Institutionen als soziale Regeln sieht, „aus denen sich typisierte Anweisungen für Handlungen ableiten lassen, die verbindlich, maßgeblich und dauerhaft Organisationen beeinflussen“ (Senge, 2005, S. 200). Die Wichtigkeit von Institutionen fassen Senge und Hellmann in ihrem Grundlagenwerk treffend folgendermaßen zusammen: „Institutionen sind wieder wichtig. Handeln ist nicht nur ein Ergebnis individueller Entscheidungsfindung, sondern auch

bedingt durch institutionelle Rahmenbedingungen.“ (Senge & Hellmann, 2006, S. 7)

Eine Erklärung des Mechanismus, wie Organisationen beeinflusst werden, wird in Kapitel 2.5 dargestellt.

Für die soziologische Analyse der Gründung der AOK Bayern sind „Institution“ und „Institutionalisierung“ Kategorien, die vor allem in der Analyse, aber auch schon in der Darstellung der Entwicklung der Sozialversicherung in Deutschland immer wieder eine wichtige Rolle spielen werden. Wie die folgenden Kapitel zeigen werden, ist mit der Einführung der Sozialgesetzgebung unter Reichskanzler Otto von Bismarck der erste Schritt der Institutionalisierung gegangen worden. Im Laufe der Geschichte wurden nicht nur die Sozialgesetze, sondern weitere Prozesse, Elemente und Regeln innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu festen Institutionen.

2.3 Organisation

In der Organisationsforschung werden Organisationen definiert als „soziale Strukturen, geschaffen von einzelnen in der Absicht, gemeinsam mit anderen bestimmte Ziele zu verfolgen“. Nach diesem Verständnis ergibt sich für alle Organisationen eine Reihe von gleichgelagerten Problemen. „Alle müssen ihre Ziele definieren (und umdefinieren); alle müssen ihre jeweils Beteiligten dazu bringen, gewisse Dienste zu leisten; alle müssen diese Dienste kontrollieren und koordinieren; Geldmittel und Ressourcen müssen beschafft und Produkte oder Dienstleistungen verteilt werden; Mitglieder müssen ausgewählt, geschult und ersetzt werden.“ (Scott nach Mense-Petermann, 2006, S. 62) In Organisationen werden Akteure geordnet und zielorientiert eingesetzt. Im Gegenzug treten Organisationen selbst aber auch als Akteure auf, die mit anderen Organisationen (Akteure) agieren. Im Neoinstitutionalismus selbst bleibt der Begriff der Organisation diffus und wird nicht einheitlich definiert. Dies liegt daran, dass hier nicht die Organisation selbst im Zentrum des Forschungsinteresses steht, sondern vielmehr ihr Verhältnis zu ihrer Umwelt. „Folgerichtig interessiert dann auch

nicht in erster Linie die Organisation, sondern die *Form* ‚Organisation‘, die Tatsache des Formal-Organisiert-Seins.“ (Mense-Petermann, 2006, S. 71). „Der Neoinstitutionalismus analysiert die formale Organisation [...] im Rahmen ihres institutionellen Kontextes und versteht diese nicht als rein technisch-rationale Werkzeuge zur Erfüllung eines Organisationszweckes.“ (Scherer & Pietsch, 2007, S. 68)

Die zu beurteilende Organisation ist die AOK Bayern. Bei der soziologischen Retrospektive werden zunächst die einzelnen AOKn in Bayern betrachtet, um die Gründe für strukturelle Veränderungen sowie die institutionellen Zwänge für die Gründung der Großorganisation AOK Bayern darzustellen.

2.4 Organisationales Feld

Das organisationale Feld nimmt im Neoinstitutionalismus eine zentrale Rolle ein. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es einen Zusammenhang zwischen Organisationen beschreibt, der sowohl inhaltlich als auch räumlich sein kann.

Paul J. DiMaggio und Walter W. Powell, die die grundlegenden Beiträge zum organisationalen Feld liefern, definieren dieses als jene Organisationen, die „in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products“ (DiMaggio & Powell, zit. nach Walgenbach & Meyer, 2008, S. 72). Meistens werden Organisationen in einem Feld zusammengefasst, die sich in Größe, Strategie oder geografischer Lage ähneln, unabhängig davon, ob sie miteinander kooperieren oder konkurrieren. Dies verleiht dem Konzept des organisationalen Feldes einen statischen Aspekt. „DiMaggio/Powell [...] zufolge existieren Felder nur dann, wenn sie institutionell definiert sind. Unter dem Prozeß der institutionellen Definition verstehen DiMaggio/Powell [...] die zunehmende Strukturierung eines Feldes, die durch vier Aspekte konstituiert ist:

1. eine Zunahme des Umfangs der Interaktionen unter den Organisationen eines Feldes;
2. die Entstehung eindeutig definierter interorganisationaler Herrschaftsstrukturen und Koalitionsmuster;
3. eine Zunahme des Informationsaufkommens, das die Organisationen eines Feldes verarbeiten und berücksichtigen müssen sowie
4. die Entwicklung einer wechselseitigen Wahrnehmung unter den Teilnehmern bzw. Organisationen eines Feldes.“ (Becker-Rittersbach & Becker-Rittersbach, 2006, S. 121 f.)

Eine Alternative zum organisationalen Feld von DiMaggio und Powell bieten John W. Meyer und Richard Scott. Angelehnt an den Feldbegriff definieren sie den gesellschaftlichen Sektor („societal sector“) folgendermaßen:

„A societal sector is defined as (1) a collection of organizations operating in the same domain, as identified by the similarity of their services, products or functions, (2) together with those organizations that critically influence the performance of the focal organizations: for example, major suppliers and customers, owners and regulators, funding sources and competitors. The adjective societal emphasizes that organizational sectors in modern societies are likely to stretch from local to national or even international actors. The boundaries of societal sectors are defined in functional, not geographical terms: sectors are comprised of units that are functionally interrelated even though they may be geographically remote. The concept of sector incorporates and builds on the economist’s concept of industry: all sellers of one type of product or service – or, more abstractly, all those firms characterized by a close substitutability of product usage who, as a consequence, exhibit demand interdependence. However, the concept of sector is broader than that of industry since it encompasses the different types of organizations to which these similar providers relate.“ (Scott & Meyer , 1991, S. 117 f.)

Scott und Meyer erweitern das organisationale Feld und legen ihren Schwerpunkt unter anderem auf Beziehungsstrukturen zwischen Organisationen. Sie betrachten Beziehungsgeflechte sowohl horizontal als auch vertikal und beschränken sich nicht nur auf den lokalen Gesichtspunkt. Die beschriebenen Konzepte ähneln sich, da sie beide den institutionalistischen Feldbegriff als Grundlage nutzen. Scott und Meyer erweitern allerdings das organisationale Feld, da sie Beziehungen sowohl zwischen ähnlichen als auch unähnlichen Organisationen untersuchen. „In beiden Konzepten müssen Organisationen nicht notwendigerweise in einem direkten Interaktionsverhältnis stehen, um zu einem Feld bzw. Sektor zu gehören. Trotz seiner Nähe zum Feldbegriff von DiMaggio/Powell ist der Sektorbegriff von Scott/Meyer explizierter hinsichtlich der räumlichen Struktur eines Sektors. So heben die Autoren sowohl die lokale, nationale als auch die internationale Ebene als mögliche geographische Ausdehnung von Sektoren hervor.“ (Becker-Rittersbach & Becker-Rittersbach, 2006, S. 124)

Weiterhin hat sich auch Richard Scott mit dem Konzept des organisationalen Feldes nach Meyer und Rowan beschäftigt. Hierbei orientiert er sich an den beschriebenen Konzepten. Ähnlich wie DiMaggio schreibt er der Idee des organisationalen Feldes eine Brückenfunktion zu, die es erlaubt, „Studien der Einzelorganisation mit Entwicklungen auf der gesellschaftlichen Ebene zu verbinden“ (Becker-Rittersbach & Becker-Rittersbach, 2006, S. 128).

„If one takes a sufficiently remote vantage point, one may be impressed by the amount of homogenization that characterizes the organization of a modern society, but if a more focused view is taken, it is apparent that there are great differences among fields or sectors, not only in their belief systems and institutional logics, but in their governance structures.“ (Scott nach Walgenbach & Meyer, 2008, S. 75) Was gleich aussieht, ist also nicht immer gleich, und Strukturen zweier Organisationen müssen nicht immer zu einhundert Prozent übereinstimmend sein. Dies ist kein Widerspruch,

solange die typischen Merkmale erhalten bleiben. Scott versucht nun, Kriterien zu identifizieren, anhand derer sich organisationale Felder unterscheiden. Angelehnt an sein Drei-Säulen-Modell⁸ erarbeitet er drei Dimensionen: a) die Regelungsdichte (jurisdiction of belief systems), b) die Art des Steuerungs- und Kontrollsystems (governance system) und c) den Strukturierungsgrad des organisationalen Feldes (field structuration).

Die Regelungsdichte formt und definiert organisationale Felder. Regel- oder Glaubenssysteme – diese Begriffe werden bei Scott redundant behandelt – sind Orientierungshilfen für die Akteure eines Feldes. Diese sind allerdings nicht immer zwingend eindeutig, sondern variieren. „Die einzelnen Systeme lassen sich nach Scott anhand ihrer jeweiligen Inhalte, des Ausmaßes, in dem sie von institutionalisierten Vorstellungen durchdrungen sind, der Enge der Verknüpfung eines Vorstellungssystems und den mit diesem assoziierten Aktivitäten [...] sowie der Verbundenheit eines Vorstellungssystems mit anderen Systemen und des Grads der Exklusivität des Vorstellungssystems unterscheiden.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 77)

Bei der Betrachtung der Art des Steuerungs- und Kontrollsystems verweist Scott auf den Einfluss des Staates. Je nach Feld kann dieser stark variieren. Als Letztes konzentriert sich Richard Scotts Analyse auf den Grad der Strukturation. Hierbei orientiert er sich an DiMaggio und Powell. Auch hier gilt: „Je höher der Grad der Strukturation des Feldes, desto größer ist das Ausmaß der Strukturgleichheit und desto unwahrscheinlicher ist institutioneller Wandel.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 77)

Trotz des Versuches Scotts, organisationale Felder anhand der hier kurz dargestellten Kriterien zu unterscheiden, bleiben seine Ausführungen auf einem sehr vagen Niveau.

⁸ Scott unterscheidet bei Institutionen drei Säulen, welche er als die tragenden Elemente von Institutionen ansieht, die deren Beständigkeit sichern. Er unterscheidet dabei nach regulativen, normativen und kognitiven Kriterien. Einen guten Überblick gibt Walgenbach, 2006, S. 379.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Organisationen sich in organisationalen Feldern bewegen. Innerhalb dieser Felder, welche räumlicher Natur sein können oder aufgrund der Profession von Organisationen definiert werden, beeinflussen zum einen Organisationen sich untereinander, aber auch Institutionen nehmen Einfluss auf Organisationen.

Welche Motive Organisationen verfolgen, sich diesen Institutionen anzupassen, und welche Mechanismen bei der Adaption bzw. Evolution von Strukturen in Organisationen wirken, wird im folgenden Kapitel aufgezeigt.

2.5 Isomorphie, Legitimität und Rationalität

Oberste Prämisse für Organisationen ist das Streben nach Legitimität. Hierzu übernehmen sie (scheinbar) rationale Handlungen anderer Organisationen (Isomorphie), um durch die Steigerung der Legitimität ihre Überlebenschancen zu erhöhen.

Meyer und Rowan kritisieren, dass Max Weber in seinem Bürokratiemodell den Aspekt der Legitimität vernachlässigt, und genau hier setzt das Überlebensmodell von Meyer und Rowan an.⁹ Allerdings ging es Max Weber in allen seinen Werken vor allem um die Erklärung von legitimer Herrschaft und Rationalität. Bürokratie ist für ihn deren reinste Form. Dagegen liefern Meyer und Rowan hier eine andere Erklärungsmöglichkeit organisationalen Handelns:

„Nach Meyer und Rowan spiegelt die formale Struktur einer Organisation weder notwendigerweise die effizientesten („best practice“) Lösungen für Koordinations- bzw. Steuerungsprobleme noch zwingend die effizientesten Formen der Gestaltung von Austauschbeziehungen wider.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 23) Formale Strukturen setzen sich demnach nicht durch, weil sie am effizientesten sind, sondern weil sie in intentionale Kontexte

⁹ Vergleiche zum Begriff der Legitimität nach Weber: Weber M., 1972 sowie Hellmann, 2006.

eingebunden sind und somit in diesem Zusammenhang als „best practice“-Lösung angesehen werden.

Daraus folgern Meyer und Rowan: „As rationalized institutional rules arise in given domains of work activity, formal organizations form and expand by incorporating these rules as structural elements.“ (Meyer & Rowan, 1991, S. 45)

„The more modernized the society, the more extended the rationalized institutional structure in given domains and the greater the number of domains containing rationalized institutions.“ (Meyer & Rowan, 1991, S. 46)

Die folgende Darstellung nach Meyer und Rowan zeigt die Ursprünge und Weiterentwicklung von formalen Strukturen:

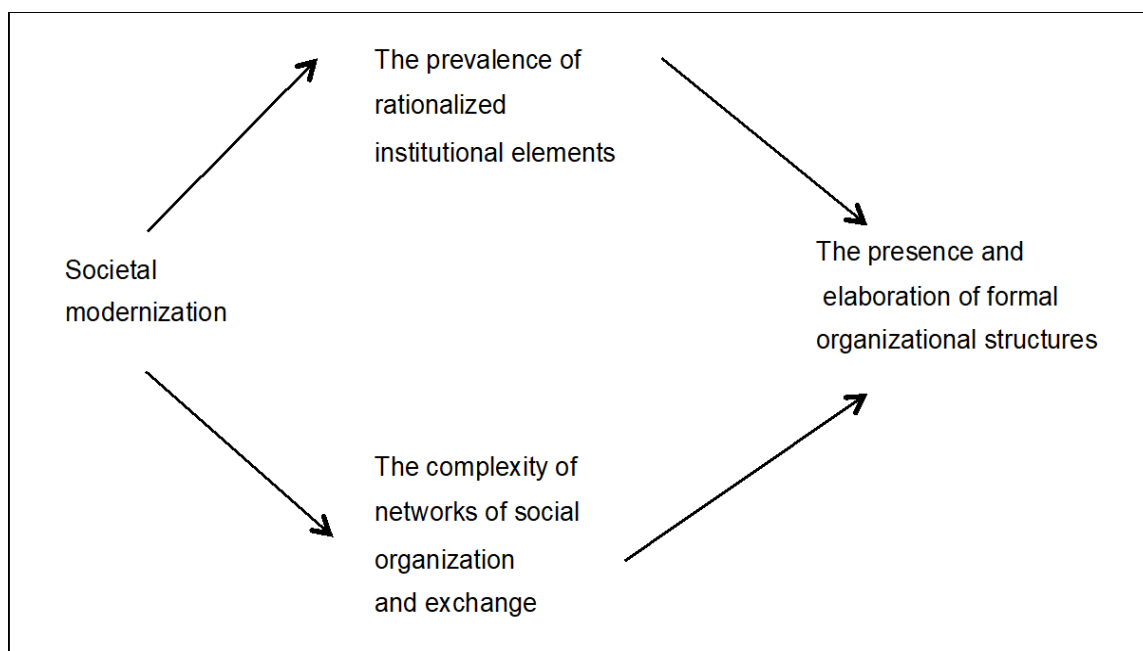


Abbildung 1: „The origins and elaboration of formal organizational structures“ (Meyer & Rowan, 1991, S.46)

„Die zunehmende Differenzierung moderner Gesellschaften führt nämlich dazu, dass immer neue Bereiche entstehen, die mit institutionalisierten Regeln und Anforderungen angefüllt sind.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 25) Dies hat zur Folge, dass Rationalität, wenn sie als allgemeine Norm gilt, „zu einem Mythos mit gewaltigem Organisationspotenzial“ (Walgenbach &

Meyer, 2008, S. 25) wird. Die Verbreitung von Rationalitätsmythen wird von Organisationen auch aktiv vorangetrieben. Dies findet auf zwei Wegen statt: „First, powerful organizations force their immediate relational networks to adapt to their structure and relations. [...] But second, powerful organizations attempt to build their goals and procedures directly into society as institutional rules.“ (Meyer & Rowan, 1991, S. 49)

Die Annahme und Übernahme solcher Rationalitätsmythen hat für Organisationen nicht nur positive Auswirkungen. Die adaptierten Strukturen sind nicht immer am effektivsten, aber sie bringen Stabilität. In diesem Zusammenhang kommt die dritte Annahme von Meyer und Rowan zur Geltung: „Organizations that incorporate societally legitimated rationalized elements in their formal structures maximize their legitimacy and increase their resources and survival capabilities.“ (Meyer & Rowan, 1991, S. 53)

Die folgende Darstellung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Rationalitätsmythos, organisationaler Effizienz und Legitimität.

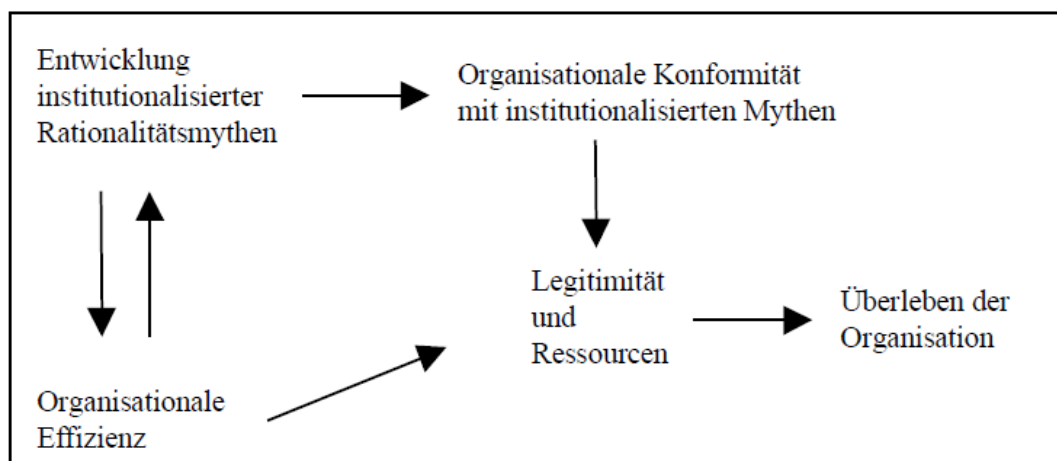


Abbildung 2: „Organizational Survival“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 27)

Trotz der Erhöhung der Überlebenschancen treten für Organisationen bei der Übernahme von Mythen zwei mögliche Probleme auf:

„Die aufgabenbedingten Anforderungen und die Effizienzerfordernisse, denen die Organisation genügen muss, können mit den Bemühungen der

Organisation, den institutionalisierten Regeln der Produktion zu entsprechen, in Konflikt geraten.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 28)

„Die institutionalisierten Regeln und Rationalitätsmythen können in unterschiedlichen Umweltbereichen der Organisation entstanden sein bzw. von unterschiedlichen Anspruchsgruppen stammen und deshalb in Widerspruch zueinander stehen.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 29)

Organisationen haben unterschiedliche Handlungsoptionen, um auf diese zu reagieren. Deren Betrachtung würde aber den Schwerpunkt der Arbeit verschieben, daher wird hier darauf verzichtet, weiter auf diesen Punkt einzugehen.

Es lässt sich festhalten, dass Meyer und Rowan nicht den Anspruch erheben, Organisationen vollständig zu erklären. Sie beschreiben die Effekte, die Isomorphismus auf Organisationen haben kann. Dies ist in der folgenden Darstellung zusammengefasst:

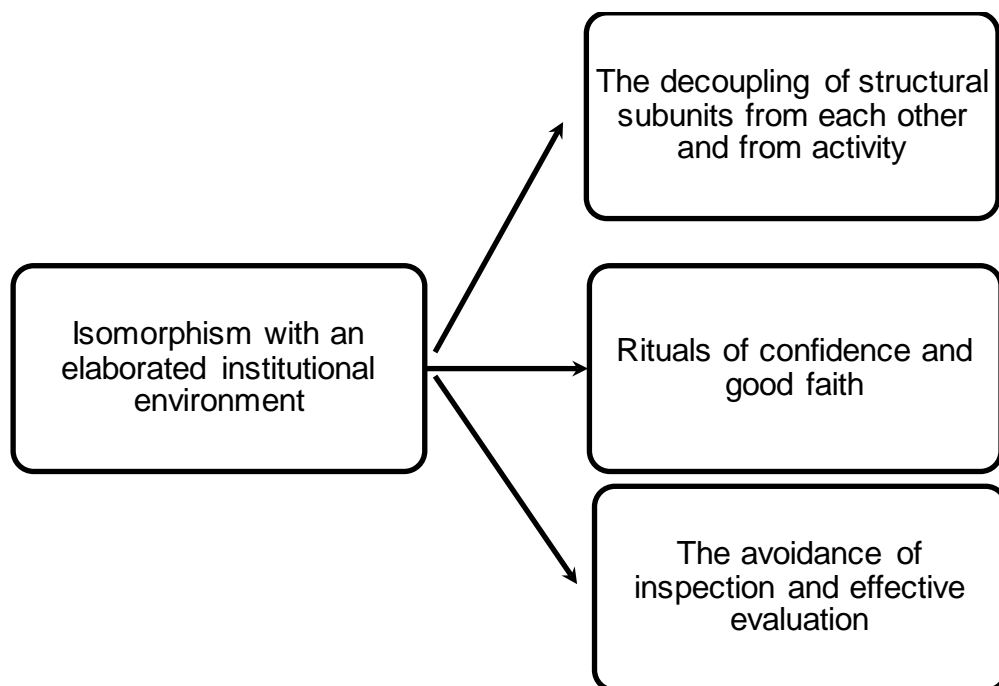


Abbildung 3: „The effects of institutional isomorphism on organizations“ (eigene Darstellung nach Meyer & Rowan, 1991, S. 60)

Auch DiMaggio und Powell kritisieren Max Webers Bürokratiemodell und führen die Idee des organisationalen Feldes fort.

Sie beschreiben die unterschiedlichen Strukturierungsmöglichkeiten eines Feldes und erklären anhand dieser die Idee der Isomorphie. Isomorphie führt zur Angleichung (Homogenisierung) der Strukturen einer Organisation an Strukturen anderer Unternehmen eines organisationalen Feldes. Hierbei identifizieren DiMaggio und Powell drei Mechanismen:

- Coercive Isomorphism (Strukturangleichung durch Zwang)
- Mimetic Process (Strukturangleichung durch mimetische Prozesse)
- Normative Pressure (Strukturangleichung durch normativen Druck)

„Coercive isomorphism results from both formal and informal pressures exerted on organizations by other organizations upon which they are dependent and by cultural expectations in the society within which organizations function.“ (DiMaggio & Powell, 1991, S. 67) Hierbei ist die Strukturangleichung Ergebnis formeller und informeller Regelungen und etablierter Erwartungen. Der Staat als größter Regulator gibt den Unternehmen in Gesetzen Vorgaben, an die sich alle Firmen eines organisationalen Feldes halten müssen, und beeinflusst somit das Layout einer Unternehmensstruktur. Beispiel hierfür sind die Umweltschutzgesetze. Sie nehmen zwar nicht direkt Bezug auf die Unternehmensstruktur, aber Organisationen richten zum Beispiel extra Stellen wie einen Umweltschutzbeauftragten ein, um so den Vorgaben zu entsprechen. Eine gemeinsame regulative Umwelt (z.B. eine gemeinsame Gesetzgebung) führt dazu, dass Organisationen eine gemeinsame Struktur annehmen.

„Strukturangleichung durch mimetische Prozesse resultiert aus Unsicherheit und Uneindeutigkeit. Unsicherheit und Ambiguität fördern Imitation und damit die strukturelle Angleichung von Organisationen in einem Feld.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 36) Organisationen, die in einem Feld als institutionell anerkannt gelten, dienen anderen Unternehmen als Vorbild. „Ziel der imitierenden Organisationen ist die Adaption von Lösungsmustern, die es ihnen – trotz Unsicherheit – erlauben, vorhandene

Probleme mit geringem eigenem Aufwand zu lösen. Imitationen erfolgen allerdings auch dann, wenn wichtige Kräfte in der Gesellschaft ein bestimmtes Verhalten erwarten, welches ihren kulturellen Werten entspricht. Solche Imitationen haben eher rituellen Charakter.“ (Milloning, 2002, S. 56 f.)

„Strukturangleichung durch normativen Druck steht in einem engen Zusammenhang mit der zunehmenden Professionalisierung in modernen Gesellschaften.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 38) DiMaggio und Powell betonen hierbei zwei Mechanismen im Rahmen der Professionalisierung: „One is the resting of formal education and of legitimation in a cognitive base produced by university specialists; the second is the growth and elaboration of professional networks that span organizations and across which new models diffuse rapidly.“ (DiMaggio & Powell, 1991, S. 71) Schwerpunkt bilden hierbei die Universitäten und Schulen der professionellen Managementausbildung.

An sein Drei-Säulen-Modell der Institutionen anknüpfend, unterscheidet Scott drei Arten der Legitimität.¹⁰ Bei seiner Idee der Legitimität orientiert er sich an Suchmans Definition: „Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions.“ (Suchman nach Scott, 2008, S. 59) Scott unterlegt seine drei Säulen mit den diversen Formen der Legitimität. Das Streben von Organisationen, sich an „Recht und Ordnung“ zu halten, ist pragmatisch und zweckrational. „Pragmatische Legitimität basiert insofern auf der Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Anpassung an institutionalisierte Regeln und dem Erfolg einer Organisation, der sich in wirtschaftlichem Erfolg, etwa Gewinn, oder in Form des Überlebens der Organisation zeigen kann.“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 64) Hier spiegelt sich die regulative Säule wider.

¹⁰ Scott unterscheidet zwischen der regulativen, normativen und kulturell-kognitiven Säule.

Die normative Säule zeigt sich in der Einhaltung von Werten und Normen innerhalb einer Profession. Organisationen erreichen Legitimität und erhöhen ihre Überlebenschancen, wenn sie sich an gültigen Wertvorstellungen orientieren. Weber spricht in diesem Zusammenhang von wertrationaler, Suchman von moralischer Legitimität. Organisationen passen sich nicht aus Kalkül an, „sondern aus einer inneren Überzeugung“ (Walgenbach & Meyer, 2008, S. 64).

Die kulturell-kognitive Säule erklärt, dass ein Unternehmen Legitimität über kulturelle Resonanz erreichen kann. Die Art und Weise des Zuspruchs einer Organisation hängt vom gemeinsamen kulturellen Kontext ab. Nach Mark Suchman hat eine Organisation zwei Möglichkeiten, kognitive Legitimation zu erwerben: Entweder erscheint eine Organisation innerhalb einer unregulierten Umwelt als Sinn- und Ordnungsstifterin und es wird ihr Verständlichkeit zugeschrieben – „Legitimacy, according to this view, stems mainly from the availability of cultural models that furnish plausible explanations for the organization and its endeavors.“ (Suchman, 1995, S. 582) Oder sie verhält sich so, dass ihre Strukturen und Aktivitäten den anerkannten Werten und Voraussetzungen der sozialen Welt entsprechen und somit unbezweifelbar sind. „To the extent that it is attainable, this kind of taken-for-grantedness represents the most subtle and the most powerful source of legitimacy identified to date. If alternatives become unthinkable, challenges become impossible, and the legitimated entity becomes unassailable by construction.“ (Suchman, 1995, S. 583)

Auch hier können, müssen aber nicht, alle drei Arten gleichzeitig zutreffen und können sich auch widersprechen. Legitimität ist ein Hauptwesensmerkmal von Institutionen, ist aber immer zugleich an Deutungsmuster gebunden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Organisationen in einem Feld nach Legitimität streben, um ihr Überleben zu sichern. Dies tun sie, indem sie organisationale Strukturen, Ideen, Handlungen etc. anderer Akteure eines Feldes übernehmen, adaptieren oder gar aufgezwungen bekommen, im

Glauben und in der festen Absicht, so ihre Überlebenschancen zu steigern, wodurch sich Strukturangleichungen zwischen den Organisationen ergeben (Isomorphie). Aber nicht immer stehen technische oder strukturelle Anpassungen im Vordergrund des Handelns von Organisationen. Auch Werte und Normen – wie Richard Scott beschreibt – sind Maßstäbe, unter denen Unternehmen gesehen und akzeptiert werden. Nicht immer das effektivste und effizienteste Handeln der Organisation wird durch Isomorphie bewirkt, sondern das in ihren Augen für die Steigerung ihrer Chancen wirkungsvollste.

Das alles beherrschende Paradigma ist also Legitimität.

Entscheidend für die folgende Untersuchung ist die durch den Einfluss der Umwelt bzw. des organisationalen Feldes entstehende Angleichung von Organisationen bezüglich ihres Handelns und Verhaltens bzw. ihrer Strategie und inneren Strukturen. Dass durch Isomorphie nicht völlig identische Organisationen entstehen, die eins zu eins gleich handeln und völlig einheitliche innere Strukturen vorweisen, die wie Blaupausen übereinandergelegt werden können, ist logisch und wird auch von keinem Vertreter des Neoinstitutionalismus behauptet.

Isomorphie soll Legitimität schaffen und somit das Überleben einer Organisation sichern. Schon in Webers Modell der Herrschaft wird deren Legitimität thematisiert. „Die Stabilität von Herrschaft setzt deshalb voraus, daß Herrschaft über ausreichende Rechtsgründe, also über Gründe der Legitimität im Sinn der Vorbildlichkeit und Verbindlichkeit einer Herrschaft verfügt, an die glauben müssen, über die geherrscht wird.“ (Hellmann, 2006, S. 75) Hieraus geht hervor, dass Legitimität, bzw. der Glaube an diese, für die Stabilität einer Ordnung zwingend notwendig ist. Berger und Luckmann führen diese Idee weiter und stellen vor die normative die kognitive Legitimation als unabdingbare Voraussetzung: „Legitimation sagt dem Einzelnen nicht nur, warum er eine Handlung ausführen soll und die andere nicht ausführen darf. Sie sagt ihm auch, warum die Dinge sind, was sie sind. Mit anderen Worten: bei der Legitimierung von Institutionen geht

das ‚Wissen‘ den ‚Werten‘ voraus.“ (Berger & Luckmann nach Hellmann, 2006, S. 77) Im Neoinstitutionalismus wird dem Legitimitätskonzept eine besondere Bedeutung zugemessen. Überspitzt ausgedrückt, ist auch eine gut funktionierende Organisation ohne Legitimität zum Scheitern verurteilt. Übernommene Strukturen müssen nicht immer effizient, rationell oder sinnvoll sein, schaffen aber Legitimität, wenn sie vom organisationalen Feld als legitim angesehen werden. Somit ist jede Organisation bestrebt, Legitimität zu gewinnen, zu erhalten oder wiederherzustellen, um ihr Überleben zu sichern.¹¹

Rationalität spielt den Neoinstitutionalisten zufolge in der Welt der Institutionen nur eine nachrangige Rolle. Es kommt hier also nicht „auf die sachliche Richtigkeit und faktische Genauigkeit, Transparenz und kontrollierende Inspektion, individuelle Kalkulierbarkeit und Effizienz des Handelns an; relevant sind vielmehr soziale Angemessenheit und symbolische Konformität des Handelns, kollektiv geteilte Glaubensvorstellungen und Vertrauenswürdigkeit, zeremonielle Regeltreue und die Sicherung von Legitimität“ (Tacke, 2006, S. 90). Der Organisation bzw. dem Akteur wird also jegliche Rationalität abgesprochen und er wird in Arbeiten früherer InstitutionalistInnen als unreflektiert und von Routinen geleiteter Handelnder beschrieben.

Dieses passive Verhaltensmuster von Organisationen, das ein strategisches Verhalten als Reaktion vermissen lässt, wird in neueren Arbeiten zum Neoinstitutionalismus bemängelt. Lynne Zucker sieht Organisationen nicht in der beschriebenen passiven Rolle, sondern gesteht Organisationen zu, selbst Elemente und Strukturen zu entwickeln. Werden solche innovativen Elemente als „legitim“ wahrgenommen, breiten sie sich im organisationalen Umfeld aus, werden so zu einem Teil des gesellschaftlichen System und nehmen als Institutionen Einfluss auf Akteure (vgl. Zucker, 1983, S. 14 f.).

¹¹ Vergleiche zu den verschiedenen Arten von Legitimität und den möglichen Handlungsstrategien Suchmann, 1995.

Selbst DiMaggio als ursprünglicher Vertreter der früheren Theorie kam 1988 zu der Überzeugung, dass die Frage nach der Entstehung, Reproduktion und Erosion institutioneller Elemente ohne die Betrachtung von Eigeninteressen von Individuen und von Machtverhältnissen nicht hinreichend beantwortet werden kann. Er bezeichnet Akteure, die ein spezifisches Interesse an der Veränderung der institutionellen Struktur haben und als Vorreiter Neuerungen hervorbringen, als „Institutional Entrepreneurs“: „New institutions arise when organized actors with sufficient resources (institutional entrepreneurs) see in them an opportunity to realize interests that they value highly.“ (DiMaggio, 1988, S. 14)

Weiterentwickelt wird dieser Gedanke durch Christine Oliver, die Strategien aufzeigt, wie Organisationen institutionellem Druck begegnen können. Die Spannbreite der Möglichkeiten reicht von erdulden, über Kompromisse schließen oder sich aktiv widersetzen und die Umwelt proaktiv manipulieren bis hin zu „dem Druck trotzen“. Hier werden Organisationen weit größere Reaktionsmöglichkeiten und Spielräume eingeräumt, um auf institutionellen Druck zu reagieren, als dies frühere Arbeiten im Neoinstitutionalismus nahelegen (vgl. Oliver, 1991, S. 145 ff.).

2.6 Zusammenfassung, Kritische Würdigung und Ausblick

Der Neoinstitutionalismus bietet eine Erklärungsmöglichkeit für die Entwicklung sowie Evolution von Organisationen, welche sich vom Motiv der effektiven Zielerreichung löst. Vor allem mit diesem Ansatz konnte er in der Organisationsforschung einen neuen Impuls setzen. (Scherer & Pietsch, 2007, S. 66)

Für Organisationen, die nicht nach marktwirtschaftlichen Zielen agieren, also nicht auf die Erzielung von Gewinn ausgerichtet sind, wie gesetzliche Versicherungen, ist er besonders geeignet, zu klären, wie diese Strukturen übernehmen und entwickeln. Institutionen, institutionalisierte Erwartungen sowie die Orientierung an Akteuren eines organisationalen Feldes spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Effektivität und Effizienz werden dem Streben nach Legitimität und somit dem im Sozialgesetzbuch verankerten

Gebot der Erhaltung der Organisation untergeordnet. Dennoch birgt dies immer wieder die Gefahr, dass Organisationen eben nicht rational handeln, sondern genau das Gegenteil eintritt. In der sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion der Entwicklung der AOK Bayern werden diese hier dargestellten Kategorien (Institutionalisierung, Institution, Organisation, organisationales Feld, Isomorphie, Legitimität und Rationalität) aufgenommen, um ex post die Entstehung und die Gründe für diesen Zusammenschluss darzustellen.

Der Neoinstitutionalismus ist dennoch einem kritischen Diskurs unterzogen worden. Eine häufig kritisierte Schwäche der neoinstitutionalistischen Theoriearchitektur ist der oft unterschiedliche und ungenaue Umgang mit zentralen Begriffen. Die Vagheit der Begrifflichkeiten und das „Problem terminologischer Unschärfe“ (Hellmann, 2006, S. 87) erklärt Veronika Tacke mit Weick und Thorngate folgendermaßen: „Theorien des Sozialen können nicht zugleich allgemein und einfach und genau sein, ohne dabei nichtssagend zu werden. Interessante und produktive Theorien erzeugen sich in der Verbindung von zwei der wissenschaftlichen Tugenden und opfern darüber zwangsläufig eine dritte.“ (Tacke, 2006, S. 89)

Weiterhin zeichnet er ein „übersozialisiertes Bild von Organisationen und dem Handeln der individuellen Akteure: Organisationen bleiben in ihrem Verhalten passiv und adaptieren soziale Erwartungen unkritisch.“ (Scherer & Pietsch, 2007, S. 75) Mit diesem Ansatz wird die Möglichkeit der aktiven Einflussnahme negiert, die Motivation von Streben nach Macht und Einflussnahme ausgeblendet und das strategische Denken und Handeln ausgeklammert.

Die theoretischen Debatten über den Neoinstitutionalismus haben nicht dazu geführt, dass sich der Neoinstitutionalismus als einheitlicher Theorieansatz etabliert hat. Die im Folgenden kurz dargestellten makro- und mikroinstitutionalistischen Arbeiten „sind nicht problemlos miteinander kombinierbar, und innerhalb einzelner Ansätze finden sich Widersprüche.“ (Scherer & Pietsch, 2007, S. 75) Zum Beispiel bieten Rationalitätsmythen

für Organisationen die Möglichkeiten, sich durch konformes Verhalten weiter zu legitimieren. Dies setzt aber intentionales Verhalten voraus.

Trotz allem ist der Neoinstitutionalismus in den USA eine führende Organisationstheorie und tritt auch in Deutschland verstärkt in Erscheinung. Der Anspruch eines einheitlichen Theorieansatzes ist kaum von einer gehaltvollen sozialwissenschaftlichen Theorie einzulösen, die dem sozialen Wandel ihres Gegenstandes Rechnung trägt. Dennoch, dass Organisationen nicht lediglich mit rational handelnden Akteuren ¹² gleichzusetzen sind, sondern dass ihr Wandel, die Veränderung von formalen Strukturen und von Handlungsrouinen durch Herausforderungen angeregt und befördert wird, die seitens der Erwartungen aus dem organisationalen Feld, in welches sie eingebettet sind, funktionieren oder eben nicht mehr funktionieren, trägt erheblich zum Erkenntnisfortschritt in der Organisationsanalyse bei. ¹³

Die Ansätze sind je nach der Ebene, auf der die Analyse ansetzt, spezifiziert. Zu unterscheiden sind die Makro-, Meso- und Mikroebene.

Der makroinstitutionalistische Ansatz geht davon aus, dass Institutionen der Organisationsumwelt, zum Beispiel staatliche Gesetzesvorgaben (vgl. DiMaggio & Powell, 1991, Scott 1987) bzw. Rechtssysteme (vgl. Zucker, 1987), Normen (vgl. DiMaggio, 1988), regelhafte Handlungsmuster oder Werte, sozusagen Schablonen des Organisierens bereitstellen, „prefabricated formulas“ (Meyer J. R., 1977, S. 344), die von Organisationen übernommen und angewandt werden. Wichtiger als effiziente Verwaltungsabläufe sind Konformität mit institutionalisierten Regeln und damit die Sicherung der Legitimität. Im makroinstitutionalistischen Ansatz kennen die Organisationen die regulativen, normativen und kognitiven Institutionen der gesellschaftlichen

¹² Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Akteursbild in Neoinstitutionalismus bietet Meier, 2011, Hericks, 2017, Kirchner & Meyer, 2016

¹³ Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Neoinstitutionalismus, Versuche von Präzisierungen von Begrifflichkeiten sowie konstruktive Vorschläge zur Weiterentwicklung beschreiben Hasse, Krüger et al in Hasse & Krüger, Neo-Institutionalismus. Kritik und Weiterentwicklung eines sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramms, 2020

Umwelt und wenden dieses Wissen automatisch an, ohne bewusste Reflexion. Das wesentliche Handeln in Organisationen ist demnach ein unhinterfragtes Routinehandeln.

Diese Feststellung gilt auch für den mesoinstitutionalistischen Ansatz. Dieser unterscheidet sich vom makroinstitutionalistischen Ansatz, der den Einfluss von Gesellschaft oder gesellschaftlichen Institutionen in den Mittelpunkt seiner Betrachtung stellt, durch die Bedeutung der organisationalen Felder für die Organisation. DiMaggio und Powell konzentrieren sich in ihren Analysen von Organisationen auf institutionelle Einflüsse innerhalb des organisationalen Feldes.¹⁴ Der mesoinstitutionalistische Ansatz schließt die Lücke zwischen der analytischen Betrachtung von „oben“ (Makro) und der analytischen Betrachtung des einzelnen Akteurs (Mikro).

Das von der makroinstitutionalistischen Theorie gekennzeichnete passive Verhaltensmuster von Organisationen, das ein strategisches Verhalten als Reaktion vermissen lässt, wird von Vertretern der Mikroperspektive des Neoinstitutionalismus bemängelt. Beim Mikroinstitutionalismus werden also die Organisationen aktiv, schaffen Veränderungen, die sich institutionalisieren und so das organisatorische Umfeld beeinflussen. Die Organisationen sind als Akteure „nicht nur beim Entstehen von institutionalisierten Regeln und Strukturen beteiligt, sondern tragen durch ihr Verhalten auch in ganz erheblichem Maße zu deren Übertragung und Erhaltung bei“ (Wilkins, Lang & Winkler, S. 231).

Diese unterschiedlichen Ansätze – Einfluss des organisationalen Feldes (Mesoinstitutionalismus) oder der Gesellschaft (Makroinstitutionalismus) auf die Handlungen und Strukturen von Organisationen und umgekehrt der Einfluss von Organisationen auf ihre Umwelt im Mikroinstitutionalismus – fügt Katharina Jörges-Süß in ihrem Modell des „Handlungsorientierten Neo-Institutionalismus“ zusammen. Sie löst so die „Entweder-oder“-

¹⁴ Auch in Scotts Sektorenkonzept, das eine große Nähe zum organisationalen Feld nach DiMaggio und Powell aufweist, ist der Einfluss von Institutionen auf Organisationen innerhalb des Sektors Ziel der Untersuchung.

Argumentation durch eine „Sowohl-als-auch“-Argumentation ab (vgl. Jörges-Süß, 2007, S. 88 f.). Nach diesem Modell „beeinflussen sich Umwelten und Organisationen gegenseitig und lösen Institutionalisierungsprozesse aus. Die Zuordnung der jeweiligen Umwelten zu einer Organisation hängt dabei von der Perspektive ab, d.h. welche konkrete Organisation bzw. welches organisationales Feld gerade im Mittelpunkt steht und welche der diversen Umwelten in diesem Fall relevant sind.“ (Jörges-Süß, 2007, S. 91) Um ihr Überleben zu sichern, sucht eine Organisation Lösungswege, die in der bereits beschriebenen Konformität durch Normenbefolgung oder auch in Imitation anderer, scheinbar erfolgreicher Organisationen bestehen können. Sie kann aber „zudem versuchen, Macht aufzubauen, um sie als Ressource und Potential gegenüber ihren Umwelten zu benutzen und bestimmte Strukturen, Prozesse und Erwartungen zu generieren. In diesem Fall bringt die Organisation selbst legitime Strukturen hervor, treibt ihre Verbreitung voran, beeinflusst als mächtiger Akteur die relevanten Umwelten und gewährleistet dadurch ihren Fortbestand.“ (Jörges-Süß, 2007, S. 90)

Das Zusammenführen makro- und mikroinstitutionalistischer Ansätze des Neoinstitutionalismus bei der Betrachtung der Entwicklung einer Organisation wie der AOK in Bayern ist sachgerecht und unerlässlich. Kapitel sechs wird zeigen, dass einerseits viele Änderungen in der Struktur und in den Handlungen der AOK auf Normenbefolgung und Imitation beruhen, dass die AOK andererseits aber auch selbst als Akteur auftritt, Regeln schafft und so ihre Umwelt beeinflusst.

Bei der vorliegenden Rekonstruktion werden daher die unterschiedlichen Erklärungsebenen in Form von Umwelteinflüssen (Makro) und von Eigeninteressen mächtiger Akteure (Mikro) parallel statt isoliert betrachtet, auch wenn dies eine Herausforderungen darstellt.

Kritiker bemängeln am Neoinstitutionalismus die geringe Genauigkeit. Selbst zentrale Begriffe wie zum Beispiel Institution und Organisation sind wie bereits festgestellt nicht eindeutig erläutert.

Auch existieren Theorien, die den Vorstellungen von Isomorphie eine Absage erteilen und lediglich von einer „Adaption“ der Organisationen innerhalb des organisationalen Feldes ausgehen oder den Isomorphiebegriff durch „Translation“ ersetzen (vgl. Becker-Rittersbach & Becker-Rittersbach, 2006, S. 113). Auf diese Diskrepanz wird im Laufe dieser Arbeit eingegangen.

Trotz der dargestellten Schwächen ist der Neoinstitutionalismus für die vorliegende Arbeit das geeignete kategoriale Mittel, die Gründung der AOK Bayern zu rekonstruieren und analysieren. Es wird sich zeigen, dass sich bei dieser Analyse sämtliche Facetten des Neoinstitutionalismus in unterschiedlichen Ausprägungen wiederfinden lassen.

3 New Public Management

Das New Public Management als weitere theoretische Grundlage für die Rekonstruktion der Entstehung und Entwicklung der AOK Bayern widmet sich der Frage der Evolution von Verwaltungen in öffentlichen Bereichen.

Der gesellschaftliche Wandel, wie er sich die letzten Jahre vollzogen hat, hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Knappe Haushaltskassen, Unzufriedenheit der Bürger mit den staatlichen Leistungen und vor allem mit der Art und Weise, wie diese Leistungen erbracht wurden, übten Druck aus, durch den die Politik Ende der 1980er bzw. Anfang der 1990er Jahre – übrigens nicht nur in Deutschland, sondern in vielen westlichen Industrieländern – zu Reformen der öffentlichen Verwaltung bewegt wurde. Die öffentliche Verwaltung setzt Entscheidungen der Politik um, sie repräsentiert den Staat, ist für den Bürger „erlebbares Aushängeschild“ des Staates (Schedler & Proeller, 2009, S. 28). Die Ansprüche der Bürger waren gestiegen, sie sahen als Beitrags- bzw. Steuerzahler die öffentlichen Verwaltungen als die von ihnen finanzierten Einrichtungen und erwarteten von ihnen eine stärkere Dienstleistungsmentalität und Effektivität (vgl. Jörges-Süß, 2007, S. 199). „Langsamkeit, Ineffizienz und Unpersönlichkeit sind Merkmale, die viele Menschen mit traditionellen Verwaltungen in Verbindung bringen.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 28) „Unzufriedenheit mit der öffentlichen Verwaltung schlägt auf die Politik zurück; diese fordert daher mehr Effizienz der Verwaltung, da die Wähler gegen einen weiteren Ausbau der Verwaltung sind, vielmehr eine Senkung der Steuer- und Abgabequoten erwarten.“ (Schröter & Wollmann, 1998, S. 60)

Die ersten weitreichenden Reformkonzepte erfolgten in Deutschland unter der Bezeichnung „Neues Steuerungsmodell“ und griffen einen Teilaspekt des New Public Management (NPM) auf, nämlich die Steuerung und Wirkungsorientierung. „NPM nach kontinentaleuropäischem Muster will jedoch mehr sein, es sucht eine umfassende Reform. [...] New Public Management (NPM) ist der Oberbegriff der weltweit terminologisch einheitlichen ‚Gesamtbewegung‘ der Verwaltungsreformen, die auf einer

institutionellen Sichtweise basieren. Charakteristisch für NPM-Reformen ist der Wechsel der Steuerung von der Input- zur Outputorientierung.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 5)

NPM sieht für eine Neuausrichtung der Verwaltung drei Bereiche, die „formell gestaltbar bzw. beeinflussbar sind und in denen Veränderung durch Beeinflussung formaler Elemente erreicht werden kann“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 20), nämlich die „Strategie“, die „Struktur“ und das „Potenzial“. Unter „Strategie“ sieht NPM die Ausrichtung auf bestimmte Visionen, Aufgaben oder Ziele. „Struktur“ ist die Ablauf- und die Aufbauorganisation der Verwaltung mit ihren formellen Regeln und das „Potenzial“ besteht im Personal mit seinem Wissen und seinen Kenntnissen sowie der technischen Infrastruktur.

3.1 Strategie im Sinne des NPM

Nach Bleicher stellt die „Vision“ den Ursprung jeder unternehmerischen Tätigkeit dar (vgl. Bleicher, 1991, S. 75). Die Vision des NPM ist die Neugestaltung der öffentlichen Verwaltung: weg von bürokratischen Behörden hin zu „menschlichen Verwaltungen“ mit zufriedenen Bürgern. Ziel ist es, die öffentlichen Verwaltungen „kundenorientiert“ auszurichten und die Verwaltungsabläufe, die sich bisher an den Erfordernissen einer gut funktionierenden Bürokratie orientierten, auf die Belange des Kunden¹⁵ umzustellen und den Kunden in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Ausrichtungsmaßstab des Verwaltungshandelns soll nach NPM nicht mehr allein das „Tätigwerden“ der Verwaltung, also das Erbringen von Leistungen (=Produkten) sein, sondern die dadurch erreichten Wirkungen.

¹⁵ Zum Kundenbegriff vgl. Klages, 1998, S. 125 f.

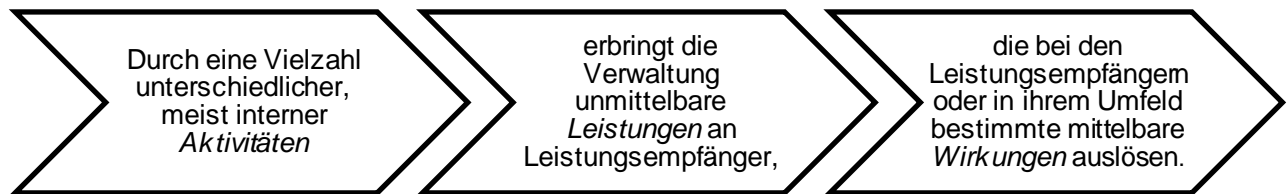


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Aktivität, Leistung und Wirkung (eigene Darstellung nach Schedler & Proeller, 2009, S. 73)

Zur Ergebnismessung der Wirkung hat sich das sogenannte 3-E-Modell herausgebildet. „Dabei wird von folgenden drei E’s ausgegangen:

Economy (Sparsamkeit) wird dann erreicht, wenn mit kleinstmöglichem Mitteleinsatz die notwendigen Ressourcen beschafft werden.

Efficiency (Wirtschaftlichkeit) wird dann erreicht, wenn vorgegebene Leistungen mit dem kleinstmöglichen Ressourceneinsatz erstellt werden.

Effectiveness (Wirksamkeit) wird dann erreicht, wenn vorgegebene Wirkungen mit dem kleinstmöglichen Leistungsvolumen ausgelöst werden.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 76)

„Grundsätzlich sollte sich das Verwaltungshandeln an Wirkungen orientieren, da die staatliche Aufgabe erst dann erfüllt ist, wenn die erwünschte Wirkung eingetreten ist.“ (Brinckmann, 1994, S. 173) Als unerlässlich sieht das New Public Management die Übernahme des Wettbewerbsgedankens in die Bereiche der öffentlichen Verwaltung. Da die AOKn im direkten Wettbewerb standen und stehen und ihr Handeln danach ausrichten, kann dieser Aspekt hier vernachlässigt werden, der in anderen staatlichen Bereichen vielfach zu einem „quasi-marktlichen Wettbewerb“ führte (vgl. Schedler & Proeller, 2009, S. 200)

3.2 Führungs- und Organisationsstruktur

„NPM strebt eine Organisationsform an, deren Struktur derjenigen eines Konzerns (bzw. einer Management-Holding) gleicht. Folgende Merkmale sind für sie idealtypisch:

[...]

- Zusammengehörende Aufgaben, Produkte, Produktionsprozesse, Teilmärkte und Zielgruppen werden in übersichtlichen Organisationseinheiten mit Ergebnisverantwortung zusammengeführt, um eindeutige Verantwortlichkeiten und optimale Verwaltungsabläufe zu schaffen.

[...]

- Die Steuerung erfolgt im wesentlichen über Leistungsvereinbarungen und Globalbudgetierung. Für die Überwachung deren Einhaltung sind Steuerungsdienste einzurichten.
- Ein gut ausgebautes und vermehrt auf Leistungs- und Wirkungsindikatoren basierendes Kontroll- und Informationssystem stellt die politische und administrative Führung der dezentralen Einheiten sicher.
- Eine flächendeckende Qualitätskontrolle wird bereits in den Leistungsvereinbarungen festgehalten und durch den Steuerungsbereich sichergestellt.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 87 f.)

Wie beschrieben, stellt die kundenorientierte Organisation den Kunden und nicht mehr den für die Verwaltung bequemsten Verwaltungsablauf in den Vordergrund. Die Verwaltungen werden durch Geschäftsplanungen, Zielvereinbarungen und Budgets gesteuert. Ein funktionierendes Controlling ist für die Einhaltung der Geschäftsplanung sowie Ziel- und Budgetvereinbarungen unerlässlich.

3.3 Humanpotenzial und technische Infrastruktur

Der Wandel der öffentlichen Verwaltung von der „Behörde“ zum „Dienstleister“ bedingt auch ein neues Selbstverständnis der Beschäftigten. Es erfordert umfangreiche Schulungen, ein neues Führungsverhalten der Vorgesetzten und ein neues Personalmanagement. Entscheidend ist die Auswahl der Führungskräfte, „denn nur über engagierte Führungskräfte kann eine Verwaltung errichtet werden, die effizient, effektiv, legal und legitimiert handelt.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 241) Die Auswahl der Führungskräfte erfolgt zunehmend über Assessment-Center. Aber auch die frühere, hierarchische Mitarbeiterführung muss einem modernen Personalmanagement weichen, das Personalentwicklung, Mitarbeiterbeurteilungen und -gespräche usw., wie wir sie aus der Privatwirtschaft kennen, vorsieht.

Neuzeitliche Kundenräume, in denen die Privatsphäre der Kunden und der Datenschutz gewährleistet sind, gehören ebenso wie der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien zur Grundausstattung einer modernen Verwaltung.

3.4 Kritik am NPM

Den Vertretern des New Public Management wird vorgeworfen, den Staat privatisieren und so dessen Autorität untergraben zu wollen. Auch der beständige Übertrag von Managementstrategien auf Verwaltungen der Regierungen ist nach der Meinung der Kritiker nicht zielführend, da die Intention von Organisationen des privaten Sektors (Gewinnmaximierung) sich nicht mit der Intention von Behörden und sonstigen staatlichen Einrichtungen (Sicherung des Gemeinwohles) decken kann.

Im Folgenden wird die geschichtliche Entwicklung des organisationalen Feldes der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt. Dies ist notwendig, da bereits dieser Abschnitt zeigen wird, dass die organisationalen Rahmenbedingungen der GKV einer dauerhaften

Evolution unterliegen. In dem daran anschließenden Kapitel 5 werden die wichtigsten Einflussfaktoren in der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt, da diese einen nicht unwesentlichen Effekt auf die organisationalen Strukturen haben.

Wie die AOK-Gemeinschaft in Bayern auf Veränderungen im Umfeld reagierte, neuen institutionalisierten Regeln Rechnung trug, sich neuen Umwelteinflüssen infolge gesellschaftlicher Veränderungen stellte und ihre Strukturen sowie ihr Handeln und Tun veränderte, wird sich dann im sechsten Abschnitt zeigen. Dabei werden alle Facetten der neoinstitutionalistischen Ansätze und Segmente aus dem New Public Management sichtbar werden.

4 Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung

“Alle menschlichen Einrichtungen sind unvollkommen, in höchstem Maße und am allermeisten staatliche Einrichtungen.“

Otto von Bismarck, 1884 in einer Reichstagsrede

Das vorliegende Kapitel soll die geschichtliche Entwicklung sozialer Absicherungen darstellen und zeigen, wie es zur sozialen Krankenversicherung in Deutschland kam. Dabei soll es sich lediglich um eine gestraffte Darstellung der Geschichte der Krankenversicherung – und damit verbunden jener der AOK – handeln.¹⁶ Die aufgezeigten Veränderungen sollen dann erst in Kapitel 6 unter den Gesichtspunkten des Neoinstitutionalismus und des New Public Management gewürdigt werden.

Der Wunsch nach sozialer Absicherung ist im Prinzip genauso alt wie die Zivilisation selbst. Es zählt zu den grundsätzlichen Bedürfnissen, den erworbenen Besitz zu erhalten und zu schützen. Die Wurzeln der Idee einer Versicherung reichen bis in die Antike zurück. Bereits im antiken Griechenland musste der Staat eingreifen, als eine kleine Schar Reicher einer großen Masse an notleidenden und arbeitslosen Mitbürgern und Sklaven gegenüberstand. So wurden im 5. Jahrhundert vor Christus bereits diverse Gesetze erlassen, um soziale Ungleichheit auszugleichen:

„Der Staat leistete

durch staatliche Einrichtungen, die auf dem Fürsorgeprinzip beruhten,

1. für Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene (seit Peisistratos um 560 v. Chr.) Unterhalt;

¹⁶ Einen ausführlichen Überblick über die Reformentwicklungen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren Auswirkungen von der Gründung bis 2014 geben Knieps & Reiners, 2015

2. bei Erwerbslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit von unbemittelten und nicht von Angehörigen unterhaltenen Bürgern Unterstützung mit Geld, Nahrung und Kleidung. Bedürftigkeitsbegriff und Leistungsumfang waren genau abgegrenzt;
3. bei Krankheit unbemittelter Kranker
 - a. ärztliche Behandlung durch Armenärzte, die aus einer von den wohlhabenden Bürgern aufgebrauchten Ärztesteuern bezahlt wurden;
 - b. Heilmittel.“ (Peters, 1978, S. 15 f.)

Auch im römischen Reich war bekannt, dass rechtzeitige Bildung finanzieller Rücklagen hilft, um harte Zeiten oder den sogenannten Fall der Fälle abzusichern. Sie wussten ebenfalls, dass diese Last des Absicherns umso geringer wird, je mehr Menschen sich daran beteiligen. So gab es im antiken Rom Krankenkassenvereine, bei denen auch Frauen und mit besonderer Genehmigung auch Sklaven Mitglied sein durften. Diese Vereine waren seit Marc Aurel per Gesetz vorgeschrieben und mussten sich an strikte Vorgaben halten (Mindestanzahl der Mitglieder, Höhe der Rücklagen). Neben Krankenkassenvereinen gab es auch Sterbekassenvereine:

„1. Collegia funeraticia – Sterbekassenvereine –

Leistungen der Mitglieder: Eintrittsgeld, Umlage bei jedem Sterbefall.

Leistungen des Vereins: Begräbniskosten, angemessene Gaben für den Hinterbliebenen, bei Waisen bis zum berufsfähigen Alter.

2. Collegia tenuiorum – Krankenkassenvereine –

a) Leistungen der Mitglieder: Eintrittsgeld, laufende Beiträge, bei Nichtzahlung Anspruchsverlust.

b) Leistungen des Vereins: bei Krankheit und Unfällen Ersatz des Verdienstausfalls durch Geld und Lebensmittel (Dauer ungewiß), ärztlich-ärztliche Pflege (ob durch besondere Vereinsärzte, Heilpersonen o. a. ungewiß).“ (Peters, 1978, S. 17)

Die Germanen trafen bis zum Mittelalter keine Regelungen, um soziale Risiken abzusichern. „Die Germanen waren Bauern, zusammengeschlossen zu blutmäßig verbundenen Sippen, die in Frieden und Krieg große Beistandsgemeinschaften darstellten. Aus diesen entwickelten sich nach und nach zur gemeinsamen Bebauung und Nutzung des Bodens Feldgemeinschaften, sowie zur gemeinsamen Verwertung der landwirtschaftlichen Erträge und zum Gütertausch Marktgenossenschaften. Schließlich entstanden zum Beistand im Krankheits- und Todesfalle Schutzgilden [...].“

Im Mittelalter lagen Fürsorge und Pflege für die Mittellosen und Kranken bei den Klöstern. „Einen besonderen Auftrieb erhielt die klösterliche Fürsorgetätigkeit (Caritas) im 12. Jahrhundert zur Zeit der Kreuzzüge, um dann an Bedeutung zu verlieren.“ (Peters, 1978, S. 19) An ihre Stelle traten im Laufe der Zeit Ritterorden, Spitalbruderschaften, Hospitäler und Selbsthilfe auf gemeinschaftlicher Grundlage wie Knappschaften, Zünfte und Innungen.

4.1 Die Anfänge der Sozialversicherungen

Das Prinzip „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ wurde in Deutschland während der Zeit der industriellen Revolution¹⁷ durch Reichskanzler Otto von Bismarck erstmals gesetzlich festgeschrieben. Auch wenn dies als relativ spät erscheinen mag, so waren die Deutschen mit dieser Entwicklung Vorreiter im europäischen Raum. Die industrielle Revolution bedeutete zwar einerseits „Wachstum und Bewegung“ (Stürmer, 2004, S. 20), andererseits aber auch „Heimatlosigkeit, Entwurzelung und vergebliche Suche nach neuer Identität“ (Stürmer, 2004, S. 20).

¹⁷ Definition

Die industrielle Revolution ist „im engeren Sinne die durch Erfindung der Dampfmaschine und neuer Arbeitsmaschinen (z. B. mechanischer Webstuhl) in Verbindung mit der Fabrikproduktion ausgelöste Periode der stürmischen Industrialisierung Ende des 18. Jahrhunderts in England. Im weiteren Sinne bezeichnet der Begriff den durch wissenschaftlichen Fortschritt und technische Entwicklung ausgelösten schnellen Wechsel der Produktionstechniken und die damit verbundenen Veränderungen in der Gesellschaft, z. B. den Wandel vom Agrarstaat zum Industriestaat“ (Duden, 2009).

Parallel fand mit dem Fortschreiten der Industrialisierung ein rasantes Bevölkerungswachstum statt (vgl. Halder, 2003, S. 32 f.), welches dazu führte, dass im 19. Jahrhundert in Deutschland eine sozial-wirtschaftliche Verschiebung stattfand – weg von der Agrargesellschaft hin zu einer Industrienation. Folge war, dass diejenigen, die die Möglichkeit hatten, vom Land in die Städte zogen, um so ein anderes und wie sie hofften auch besseres Leben zu erreichen, wobei hier trotz allen Fortschritts die Armen weiterhin ausgeschlossen waren. „Es ist daran zu erinnern, daß es nicht diese Ärmsten der Armen waren, die aufbrachen, um anderswo Arbeit und Land zu suchen. Das waren jene, die sich etwas zutrauten, Geschick und Unternehmungsgeist hatten und eine kleine Reserve besaßen, um andernorts die Existenz neu zu begründen. [...] Der Industriearbeiter war, verglichen mit der nach Hunderttausenden zählenden Armee der Armut, nicht arm. Es war allerdings Kennzeichen seiner Lage, daß er sich gegen jene Wechselfälle des Lebens, die die Armut brachten, nicht hinreichend schützen konnte. Irgendwann kam unweigerlich der Zeitpunkt, da die Dürftigkeit an seine Tür klopfen würde.“ (Stürmer, 2004, S. 41) Das ehemalige Band der Familie, der Zünfte und Gilden zerbrach im Zeitalter der industriellen Revolution und so musste ein neuer Mechanismus eingeführt werden, um die ehemaligen sozialen Bande zu kompensieren. Auch um soziale Unruhen, die daraus unweigerlich resultieren würden, und um die Macht der in dieser Zeit entstandenen Gewerkschaften zu schwächen, führte Otto von Bismarck ab den 1880er Jahren Stück für Stück die Sozialversicherung ein. Am 17. November 1881 verlas Bismarck die kaiserliche Botschaft (der Kaiser war verhindert) vor dem Reichstag. Sie gilt

als die „Magna Charta“ der deutschen Krankenversicherung.



Abbildung 5: Auszug der Kaiserlichen Botschaft (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014, S. 7)

„Zuerst brachte Bismarck die Krankenversicherung auf den Weg, 1883. Für die mit höchstens sechs Prozent des Arbeitslohns historisch niedrigen Beiträge gab es ärztliche Behandlung, Arzneimittel und mindestens die Hälfte des Einkommens als Krankengeld.“ (Lovens, 2002) Auch wenn bereits 1881 die oben genannte Botschaft verlesen wurde, wurde diese erst am 15. Juni 1883 umgesetzt.

Später folgten die Unfall- und Invalidenversicherung. So edel die Idee, die Arbeitnehmer abzusichern, auch gewesen sein mag, so verfolgte Bismarck auch politische Ziele: „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“ (Bismarck zit. nach Braun, 2008)

positive Effekte, diente aber daneben auch der politischen „Beruhigung“ der wachsenden Anzahl der Arbeitnehmer.

Dabei war die Idee der Krankenkassen nicht neu. Aufgrund des „Preußischen Allgemeinen Landrechtes“ (ALR) vom 05.02.1794 hatten sich Zunftkassen und Gesellenladen gebildet. Von den Gesellenladen erhielten erkrankte Gesellen „Kur und Verpflegung“ (§ 353 ALR). Für Bergleute wurden Knappschaftskassen ins Leben gerufen und für Seeleute hatten Mitte des 19. Jahrhunderts Matrosen in Bremen eine Seemannskasse gegründet. Die „Allgemeine Gewerbeordnung“ vom 17.01.1845 eröffnete die Möglichkeit zur Errichtung von Zwangshilfs- und Fabrikarbeiterkassen, vorausgesetzt, die jeweilige Gemeinde hatte entsprechende Ortsstatuten errichtet. Der Mangel an diesem System war, dass die Gemeinden solche Statuten errichten konnten, aber nicht mussten. Im Jahr 1880 betrug die Zahl aller Kassen 4.901 mit 839.602 Mitgliedern (vgl. Peters, 1978, S. 46). Nach der Begründung zum Gesetz vom 15.06.1883 hatte „seit dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung keine Vermehrung, sondern noch eine, wenn auch nicht erhebliche, Verminderung sowohl der Kassen als auch der Mitglieder stattgefunden.“ (Peters, 1978, S. 46)

Bismarck „schwebte eine kommunale Krankenversicherung für alle Arbeiter, Handwerker und Angestellten vor, in der die zahlreichen berufsständischen und betrieblichen Hilfskassen aufgehen sollten. Heraus kam eine Versicherungspflicht für alle Arbeiter und für Angestellte, deren Tagesverdienst unter 6 $\frac{2}{3}$ Mark lag. Aber eine einheitliche Krankenversicherung für diesen Personenkreis gab es nicht. Kernstück waren zwar örtliche Krankenkassen, die nunmehr von den Gemeinden errichtet werden mussten. Daneben blieben aber die alten Betriebs- und Hilfskassen bestehen, die im Reichstag eine starke Lobby hatten.“ (Reimers, 2008, S. 50) Die Finanzierung der Leistungen erfolgte über Beiträge, die zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern und zu einem Drittel von den Arbeitgebern aufgebracht wurden. Hatten die Krankenversicherungsbeiträge 1885 durchschnittlich bei etwa 1,8 Prozent

des Arbeitslohnes gelegen, so waren es 1919 schon 5 Prozent, 1923 sogar schon bis zu 10 Prozent (Bastian, 2008, S. 33).

Träger der Krankenversicherung waren nunmehr die Gemeindekrankenversicherungs-, Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen sowie die Knappschafts- und Hilfskassen, wobei die Ortskrankenkassen den „Kern des Krankenversicherungssystems“ (Knieps & Reiners, 2015, S. 58) bildeten.

Die Gemeindekrankenversicherung war ein Verwaltungszweig der jeweiligen Gemeinde. Bei ihr waren alle Versicherungspflichtigen versichert, sofern sie nicht einer anderen Krankenkasse angehörten. (vgl. Weber S., 1995, S. 3; Peters, 1978, S. 58)

Die Besonderheit für die Ortskrankenkassen lag darin, dass die Gemeinden durch das Krankenversicherungsgesetz das Recht verliehen bekamen, für einen Gewerbebezirk oder eine Betriebsart organisatorisch eigenständige Ortskrankenkassen zu errichten (vgl. Weber S., 1995, S. 3; Peters, 1978, S. 58). Mit den heutigen Allgemeinen Ortskrankenkassen hatten diese Ortskrankenkassen wenig gemein, sie waren berufsspezifische Krankenkassen.

Das Krankenversicherungsgesetz wurde in den darauffolgenden Jahren mehrmals angepasst. Am 19.07.1911 wurde hierzu das erste Buch der Reichsversicherungsverordnung (RVO) erlassen, am 01.01.1914 folgte das zweite Buch, das sich mit der Krankenversicherung beschäftigte. „In inhaltlicher Hinsicht wurde zunächst die Tendenz fortgesetzt, die Krankenversicherungspflicht auszudehnen sowie die Leistungen zu erweitern. Vornehmlich wurde durch die RVO aber in das Organisationsrecht eingegriffen, um der starken Zersplitterung des Kassenwesens zu begegnen.“ (Weber S., 1995, S. 5 f.) Allerdings brachte die RVO nur in Teilen die damals geforderte Vereinheitlichung der Sozialversicherung (vgl. Knieps & Reiners, 2015, S. 62).

Der 01.01.1914 war auch die Geburtsstunde der Allgemeinen Ortskrankenkassen, wie wir sie kennen. Die

Gemeindekrankenversicherung, deren Leistungen erheblich hinter den Mindestleistungen der Krankenkassen zurückgeblieben waren und daher als unzureichend angesehen wurden, wurde aufgelöst. An ihre Stelle traten nunmehr die – nicht mehr berufsständischen – allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Wie schon die vorangegangenen Gemeindekrankenkassen waren die allgemeinen Ortskrankenkassen für die Versicherungspflichtigen zuständig, die in keiner anderen Kasse versichert waren (§ 234 RVO). „Die örtlichen Krankenkassen, die für bestimmte Gewerbebezüge oder Betriebsarten errichtet worden waren, galten von nun an als besondere Ortskrankenkassen.“ (Weber S., 1995, S. 6) Die allgemeinen Ortskrankenkassen arbeiteten bereits damals nach dem Prinzip der Selbstverwaltung¹⁸, die Gemeinden übernahmen eine Garantie für den Bestand der Ortskrankenkasse.

Wie chaotisch die Einführung der AOK und die Abschaffung der Gemeindekrankenversicherung organisiert war, schildert der Geschäftsbericht der AOK Nürnberg für das Jahr 1914. Beklagt wird darin neben erheblichem Geldmangel vor allem der Umstand, dass der Verwaltung keine Möglichkeit gegeben war, für die kommenden Arbeiten die erforderlichen Vorbereitungen zu treffen. „Dieser Mangel hatte zur Folge, daß unmittelbar bei der Eröffnung des Betriebes am 2. Januar 1914 der Geschäftsverkehr mit solcher elementarer Gewalt einsetzte, daß es unmöglich erschien, die Ordnung unter dem Kassenpublikum aufrecht zu erhalten. Infolge des furchtbaren Andrangs, der noch wochenlang in der gleichen Stärke anhielt, mußten Polizei und Sanitätspersonal herbeigeholt werden, um das Publikum in Schranken zu halten und die Kranken aus den für einen solchen Massenverkehr gänzlich unzureichenden Räumen herauszuschaffen [...]“ (Geschäftsbericht der AOK Nürnberg in DOK, 1915, S. 300). Anders als die berufsspezifischen Ortskrankenkassen, die nunmehr zu „besonderen“ Ortskrankenkassen geworden waren, hatten die durch die RVO neugeschaffenen „allgemeinen“ Ortskrankenkassen, die für Städte und Kreise errichtet waren, eine gewisse Größe, für die die

¹⁸ Der Begriff der Selbstverwaltung wird in Kapitel 5.3 erläutert.

Selbstverwaltungsorgane zur Erledigung der Aufgaben einen Verwaltungsapparat brauchten.

Im Jahre 1919, nur vier Jahre nach Erlass der Reichsversicherungsordnung, ersetzten die Allgemeinen Ortskrankenkassen fast vollständig die berufsständischen Krankenkassen. Am 01.01.1914 existierten in Bayern insgesamt 803 Krankenkassen, davon 238 AOKn und (landesweit) nur acht besondere Ortskrankenkassen (vgl. Eichelsbacher, 1923). Ende des Jahres 1921 spielten Letztere bereits statistisch gesehen keine besondere Rolle mehr, und so wurden die besonderen Ortskrankenkassen, die sich aus den berufsspezifischen Krankenkassen entwickelt hatten, 1935 durch die 10. Aufbau-Verordnung aufgehoben und die Versicherten wurden entweder den Innungskrankenkassen oder den AOKn zugeordnet.

Betrachtet man den organisatorischen Aufbau einer damaligen AOK, stehen an der Spitze der Führung die Selbstverwaltungsorgane. Der Aufbau der Selbstverwaltung war im § 327 RVO gesetzlich geregelt und bestimmte als Organe Vorstand und Ausschuss. Sie setzten sich entsprechend der Beitragspflicht zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber zusammen und sollten die Geschäfte der jeweiligen Kassen besorgen. Zugleich war der Vorstand der gesetzliche Vertreter der Kasse und hatte die Krankenkasse zu verwalten. Dem Ausschuss war vorbehalten, über alles zu entscheiden, was nach Gesetz, Satzung oder Dienstordnung nicht Aufgabe des Vorstandes war, unter anderem Satzungsänderungen, Jahresrechnung, Auflösung oder Vereinigung der Krankenkasse (§ 345 RVO). Die Mitglieder der Organe der Selbstverwaltung übten ihre Tätigkeiten ehrenamtlich aus und erhielten lediglich Ersatz über finanzielle Auslagen oder entgangenen Arbeitsverdienst.

Die AOKn wurden durch § 4 RVO zu Körperschaften des öffentlichen Rechts ernannt und erhielten dadurch jenen korporativen Charakter, der für

den juristischen Begriff der Selbstverwaltung kennzeichnend ist (vgl. Kapitel 5.3 und 6.2).

Über den organisatorischen Aufbau einer AOK unterhalb der Selbstverwaltungsebene aus der Zeit vor der Reichsversicherungsverordnung ist in der Literatur nichts weiter zu finden. AOK-Geschäftsführer Eller verweist in einem Artikel darauf, dass es zu damaliger Zeit üblich war, ohne Geschäfts- oder Dienstanweisung die Kassengeschäfte abzuwickeln, da diese damals nicht vorgeschrieben waren. Vorgaben für einen organisatorischen Aufbau durch Aufsichtsbehörden verweigerten sich die Krankenkassen mit der Begründung des unrechtmäßigen Eingriffes in die Selbstverwaltung (vgl. Eller, DOK, 1920, 404 ff.). Mit Inkrafttreten der RVO wurden auf den Vorschlag von Geschäftsführer Eller in dessen AOK durch den Vorstand Dienst- und Geschäftsanweisungen erlassen, die den Arbeitsablauf klar regeln sollten. Nach dieser Anweisung gliederte sich die Kasse in fünf Abteilungen:

- Hauptverwaltung
- Meldestelle und Quittungskartenausgabe
- Unterstützungsabteilung
- Buchhalterei
- Kasse

An dieser durch Eller beispielhaft dargestellten Gliederung seiner AOK von 1920 orientierten sich sicherlich die bayerischen AOKn und weitestgehend wurde diese bis in die 1960er Jahre beibehalten.

Ein Problem der Selbstverwaltung war, dass die ehrenamtlich Tätigen in Vorstand und Ausschuss nicht aufgrund ihrer Fachkenntnisse im Bereich der Krankenversicherung ausgewählt wurden, sondern aufgrund ihres gewerkschaftlichen Engagements, ihrer Zugehörigkeit zu einer Innung oder eines Arbeitgeberverbandes gewählt worden waren. Dieser Sachverhalt führte immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen dem hauptamtlich

bestellten Geschäftsführer und vor allem dem Vorstand (vgl. Fräßdorf, DOK 1918, S. 203-205).

Erst 1951 wurde gesetzlich die Trennung zwischen der Führung und Vertretung der Krankenkasse fixiert. Der Geschäftsführer führte ab diesem Zeitpunkt die laufenden Verwaltungsgeschäfte selbstständig. Er gehörte dem Vorstand mit beratender Stimme an und unterstützte ihn bei Entscheidungen. Der Vorstand vertrat den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich, wobei auch hier der Geschäftsführer eine beratende Funktion innehatte.

Der Status der AOK als Körperschaft des öffentlichen Rechts und die besondere Stellung der Angestellten, die durch die Dienstordnung in ein beamtenähnliches Verhältnis gehoben waren (DO-Angestellte), verlieh der AOK den Charakter einer Behörde.

„Die Entstehung der Sozialgesetzgebung in den 1880er-Jahren markiert eine wesentliche Etappe der Herausbildung des modernen Interventions- und Sozialstaats. Stärker und deutlicher als zuvor wurde es als staatliche Aufgabe begriffen, in gesellschaftliche und wirtschaftliche Belange steuernd einzugreifen.“ (Halder, 2003, S. 63) Auch wenn die Eingriffe des Staates im Vergleich zu heute als gering anzusehen sind, so schuf Bismarck das organisationale Feld der gesetzlichen Krankenversicherungen, in welchem auch die Allgemeinen Ortskrankenkassen bis heute die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe der Absicherung von Erkrankten nach dem Solidarprinzip wahrnehmen. Dies war der erste Schritt einer gesetzlich verankerten Absicherung, welche durch den Staat geschaffen worden war, der damit eine flächendeckende Versicherung mit klaren Ansprüchen organisiert hatte.

4.2 Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Nach dem Ersten Weltkrieg, der Revolution von 1918 und der Gründung der Weimarer Republik wurde Deutschlands Sozialpolitik weiter ausgebaut. Aufbauend auf Bismarcks Anfängen eines Sozialstaates wurden in der

Weimarer Reichsverfassung soziale Grundrechte erstmals in einer Verfassung festgeschrieben. In Artikel 161 wurde die Arbeitskraft besonders geschützt: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“ (Artikel 161, Die Verfassung des Deutschen Reichs, 11. August 1919). Das Solidarprinzip wurde nochmals gestärkt, die Krankenversicherung verbessert und die von Bismarck eingeführte Versicherungspflicht ausgeweitet.

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland wurden alle Lebensbereiche der Bevölkerung durch deren Ideologie beeinflusst. Auch die Krankenversicherung stellte hier keine Ausnahme dar. „Insbesondere die von den Nationalsozialisten betriebene Entdemokratisierung aller Lebens- und Gesellschaftsbereiche sowie die politische rassistische Ausgrenzung fand Eingang in das Sozialversicherungsgesetz. So wurde in allen Sozialversicherungsbereichen an Stelle der Selbstverwaltung das Führerprinzip gesetzt.“ (Weber S., 1995, S. 8) Der Reichsarbeitsminister unterstellte den Hauptverband deutscher Krankenkassen seiner Aufsicht, die Vorsitzenden und Geschäftsführer wurden in Schutzhaft genommen und die Angestellten, außer die unersetzbaren Registratoren, wurden entlassen und durch NS-Funktionäre ersetzt. „Die Säuberung der Krankenkassen von ungeeigneten und unerwünschten Angestellten [...] dürfte inzwischen im Wesentlichen durchgeführt sein.“ (Knoll & Heller, 1933, S. 1093) Diese „Säuberungswelle“ in den Krankenkassen wirkte wie ein „Entprofessionalisierungsschub“, da auf die freigewordenen Stellen kein fachkundiges Personal gesetzt wurde, sondern „bewährtes“ Personal der NSDAP mit diesen Posten versorgt wurden.

4.3 Geteiltes Nachkriegsdeutschland – Krankenversicherung in Ost und West

Nach der Kapitulation des NS-Regimes 1945 und der Trennung Deutschlands lag das System der sozialen Absicherung zunächst am Boden. Die Besatzungsmächte erkannten aber schnell den Zwang einer Wiedereinführung. Nach anfänglichen Schwierigkeiten wurden in den beiden Teilen Deutschlands unterschiedliche Systeme der Krankenversicherung praktiziert. Das organisationale Feld der Krankenversicherung wurde geteilt und aufgrund der unterschiedlichen politischen Ausrichtungen der beiden Teilstaaten verschiedene Wege der Absicherung der Bürger gewählt.

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurden die Bürger staatlich und einheitlich versichert. 1947 wurde durch die sowjetische Besatzungsmacht eine Einheitsversicherung angewiesen und die einzelnen Sozialversicherungen in einer einzigen Gesamtversicherung zusammengefasst (vgl. Knieps & Reiners, 2015). „Das streng hierarchisch aufgebaute Gesundheitssystem der DDR hatte ursprünglich vor, Patienten regional den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen zuzuweisen. So hätte durch dieses territoriale Prinzip in den Bezirken ein Höchstmaß an Planbarkeit in der medizinischen Versorgung erreicht werden können, und das bei gleichzeitiger Kostenminimierung.“ (Ahrens, 2008, S. 42) Allerdings ließ sich dieses Programm nicht verwirklichen und so wurde es 1971 gelockert. „Alle ‚Werkstätigen‘ in der DDR waren pflichtversichert. Dazu bestanden zwei unterschiedliche Versicherungsträger. Arbeiter und Angestellte (etwa 88 Prozent der Bevölkerung) wurden von der Sozialversicherung des FDGB betreut. Für die wenigen Selbstständigen, aber auch Handwerker und Mitglieder von Produktionsgenossenschaften (etwa zwölf Prozent der Bevölkerung) gab es die staatliche Versicherung der DDR.“ (Ahrens, 2008, S. 43) Der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) war der Dachverband aller Gewerkschaften in der DDR und hatte unter anderem die Aufgabe, sich um die Sozialversicherung zu kümmern.

Im Westen Deutschlands nahmen nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges die Krankenkassen und ihre Verbände ihre Tätigkeiten wieder auf. Nationalsozialisten und Militaristen wurden aus dem Dienst entfernt und bei der Besetzung der Geschäftsführerstellen kam es im Sinne der Besatzermächte vor allem darauf an, dass der Bewerber sich nicht nationalsozialistisch betätigt hatte, und weniger auf die fachliche Eignung.

Die Sozialversicherung wird mit der Verabschiedung des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 25.05.1949 gesetzlich verankert. „Das Grundgesetz reiht die Sozialversicherung in die Rechtsgebiete ein, die der konkurrierenden Gesetzgebung unterliegen (Art. 74 Ziff. 12), es teilt die Versicherungsträger in bundesunmittelbare und landesunmittelbare Körperschaften (Art. 87 Abs. 2), es verlangt eine eigene, der ordentlichen Gerichtsbarkeit gleichwertige Sozialgerichtsbarkeit (Art. 96 Abs.1) und verpflichtet den Bund, die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu übernehmen (Art. 120 Abs.1).“ (Peters, 1978, S. 143) Weiterhin wird in diesem Jahr geregelt, die Beitragslast gleichmäßig auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu verteilen. Das Solidarprinzip wurde wieder gesetzlich fixiert und sicherte so eine paritätische Finanzierung von Leistungen der Versichertengemeinschaft.

Mit dem Selbstverwaltungsgesetz vom 22.02.1951 wurde bei den AOKn die Selbstverwaltung wieder eingeführt, nunmehr mit den Organen „Vorstand“ und „Vertreterversammlung“ (vgl. Peters, 1978, S. 151). In diesen waren die Versicherten und Arbeitgeber gleichmäßig vertreten. Am 16./17.05.1953 wurden die ersten Selbstverwaltungsorgane gewählt (vgl. Leopold, 1992, S. 86).

Auch neun Jahre nach der Kapitulation Deutschlands hatten die Kassen noch mit den Kriegsfolgen zu kämpfen. So musste sich die AOK Kempten mit den amerikanischen Besatzungskräften auseinandersetzen, da diese einen Großteil des Gebäudes beschlagnahmt hatten. Bis zur Errichtung eines neuen Anbaus mussten nicht nur bürokratische Hürden genommen

werden, sondern die Betreuung der Versicherten musste aufgrund der räumlichen Enge Einschränkungen hinnehmen.¹⁹

Zusätzlich sorgte der personelle Engpass für eine eher geringe Qualität der Versichertenbetreuung. Der im Jahre 1955 verabschiedete Stellenplan für die AOK Kempten sah 44 DO-Angestellte und 14 Tarifangestellte für die Betreuung von 38.000 Mitglieder vor. Dieser Stellenplan wurde zwar regelmäßig angepasst, aber Ziel in allen bayerischen AOKn war es stets, mit weniger als dem zustehenden Personal die anfallenden Aufgaben zu erledigen, um so die Verwaltungskosten möglichst gering zu halten. So wurde das zur Verfügung stehende Kontingent an Dienstposten regelmäßig nicht ausgeschöpft.²⁰

Aus den alten Sitzungsprotokollen der AOK Kempten geht hervor, dass Vorstand und Geschäftsführung sehr auf ihre Eigenständigkeit bedacht waren. Da man sich zum einen an bestehendes Gesetz und die Satzung hielt und zum anderen die Versicherten und Arbeitgeber in den Organen der Selbstverwaltung vertreten waren, meinte man zu wissen, was die Kunden wollen. So wurde zum Beispiel die Anwendung eines Erlasses des Bundesministeriums für Arbeit, dass Behörden mit erheblichem Publikumsverkehr mindestens einmal in der Woche länger geöffnet sein sollten, einstimmig im Vorstand der AOK Kempten abgelehnt, da diese Änderung nur für Verwirrung bei den Versicherten sorgen würde.²¹

Auch gegenüber dem Landesverband wurde auf das Recht der Selbstständigkeit beharrt. Der Vorschlag des Verbandes, regelmäßige Arbeitssitzungen aller AOKn mit dem Ziel des Erfahrungsaustausches auf allen Ebenen durchzuführen, wurde mit der Begründung abgelehnt, dass der Landesverband zwar Sitzungen seinen Aufgabenbereich betreffend jederzeit abhalten könne, aber die Kassen das Recht behalten müssten,

¹⁹ Quelle: Niederschrift über die Vorstandssitzung der AOK Kempten vom 06.09.1954, Beschlussbuch S. 121-124, Archiv AOK-Direktion Kempten Oberallgäu.

²⁰ Quellen: Niederschrift über die Vorstandssitzung der AOK Kempten vom 15.04.1957, Beschlussbuch S. 310; Bericht des Landesprüfungsamtes Bayern, Doku-Nr. 251.33, 1961; beides Archiv AOK-Direktion Kempten Oberallgäu.

²¹ Quelle: Niederschrift über die Vorstandssitzung der AOK Kempten vom 10.12.1954, Beschlussbuch S. 142 f., Archiv AOK-Direktion Kempten Oberallgäu.

Sitzungen ohne Beteiligungen des Verbandes durchzuführen, um unter Umständen auch Interessen gegen den Landesverband besprechen und abstimmen zu können.²²

Die Grobstruktur der AOK Kempten entsprach der unten dargestellten Abbildung:

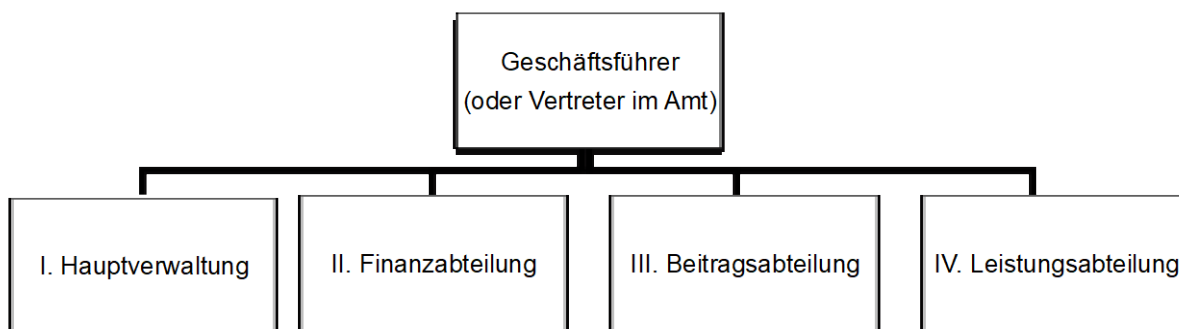


Abbildung 7: Gliederung der AOK Kempten in den 1960er Jahren (eigene Darstellung nach Unterlagen aus dem Archiv AOK Kempten-Oberallgäu)

Die Hauptverwaltung beschäftigte sich nicht nur mit der allgemeinen Verwaltung und der Hausverwaltung, sondern auch mit dem Personal, dem Vertrags- und Zulassungswesen und der Innenprüfung. Die Beitragsabteilung war zuständig für die Beurteilung und Durchführung der Mitgliedschaft der beitragspflichtigen Versicherten sowie für die Berechnung und Einziehung der Beiträge. Teil dieser Abteilung waren auch die Betriebsprüfung und die Einziehung der Beitragsrückstände.

Die größte Abteilung war die Leistungsabteilung. Neben den Leistungsschaltern gab es Spezialreferate für Mutterschaftshilfe, Zahnersatz, Leistungen an Kriegsbeschädigte, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Kuren sowie für Rechnungsprüfung und Ersatzleistungen.

²² Quelle: Niederschrift über die Vorstandssitzung der AOK Kempten vom 28.02.1955, Beschlussbuch S. 166 f., Archiv AOK Kempten-Oberallgäu.

In einzelnen Fällen wurde die Regress- und Kriegsbeschädigtenabteilung als eigenständige Abteilung betrieben (vgl. dazu Kaus, 1965).

Neben diesen dargestellten Abteilungen wurden recht früh für Gemeinschaftsaufgaben kleinere AOK-Verbände eingerichtet. So unterhielt der AOK-Verband Schwaben eine zentrale Prüfstelle für Rezepte und Beratungszahnärzte, die die Begutachtung von Zahnersatzplänen für die AOKn in Schwaben vornahmen.

4.4 Wiedervereinigung bis Gegenwart

Nach politischen Umwälzungen in der DDR hatte sich diese Anfang 1990 an die BRD angenähert. „So schaffte die DDR – entsprechend den im Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion eingegangenen Verpflichtungen – durch das Gesetz über die Sozialversicherung – SVG – vom 28.6.1990 [...] die Voraussetzungen für eine gegliederte Sozialversicherung, des weiteren durch das Gesetz zur Errichtung von Krankenkassen – Kassenerrichtungsgesetz – vom 13.9.1990 [...] die Voraussetzungen für den Aufbau einer gegliederten Krankenversicherung mit eigenständigen Krankenkassen. Durch den Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands [...] wurden dann endgültig – im Wesentlichen mit Wirkung ab dem 1.1.1991 – die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung auf die neuen Bundesländer übertragen.“ (Weber S., 1995, S. 13) Die im Westen Deutschlands bestehenden Versorgungsstrukturen der GKV – inklusive der Kassenvielfalt – und die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches galten nun auch in den neuen Bundesländern.

Der tiefste Einschnitt in die gesetzliche Krankenversicherung seit ihrem Bestehen war das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Es öffnete für die Versicherten die Möglichkeit, die Kasse frei zu wählen, und erlaubte so erstmals in der Geschichte vollen Wettbewerb und freien Markt. „[...] die Durchsetzung der freien Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten, flankiert von einem bundesweiten Risikostrukturausgleich (RSA), sollten

das GKV-System nachhaltig umkrempeln und dem bis dahin völlig verzerrten Kassenwettbewerb eine neue Ordnung geben. Es war wohl der bedeutendste gesundheitspolitische Paradigmenwechsel seit Gründung der GKV, [...] (Knieps & Reiners, 2015, S. 103). Eine weitere große Veränderung brachte die Reform der Selbstverwaltung. Die ehemals ehrenamtlichen Vorstände wurden durch hauptamtliche Vorstände ersetzt. Als Selbstverwaltungsgremium wurde bei jeder Kasse ein Verwaltungsrat vorgesehen, der paritätisch mit Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzt ist und der die aus der freien Wirtschaft bekannte Funktion eines „Aufsichtsrates“ wahrnimmt.

In dieser Zeit entstand auch die AOK Bayern. Am 01.06.1995 wurde aus den 39 damals selbstständigen bayerischen AOKn und dem damaligen AOK-Landesverband Bayern die AOK Bayern, diese bildet bis zum heutigen Tag die größte Krankenkasse Bayerns und die viertgrößte Krankenkasse bundesweit (vgl. Rede Doktor Platzer, Hersbrucker Gespräche 2005).

Eine weitere Besonderheit, die mit dem GSG eingeführt wurde, ist der kassenübergreifende Risikostrukturausgleich (RSA), auf den im Folgenden noch genauer eingegangen wird. Dieser wurde zum 01.01.1996 mit dem Ziel eingeführt, für alle Krankenkassen die gleichen Chancen im Wettbewerb, um Versicherte zu schaffen.

Weitere große Einschnitte in die GKV brachten die Gesundheitsreform 2000 und die Anpassung des RSA von 2002. Mit dieser Reform wurde der kassenartenübergreifende RSA ab 2007 um eine Morbiditätsorientierung erweitert.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2007 wurden folgende Änderungen für die GKV festgelegt:

„Krankenkassen können allen Versicherten Sondertarife wie Selbstbehalt, Kostenerstattung oder Prämienzahlung anbieten. Hinzu kommen Zusatztarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen (zum Beispiel

Homöopathie, Phytotherapie oder Anthroposophie). Die Bonuszahlungen an Versicherte dürfen eine Grenze von 600 Euro nicht überschreiten. Für die freiwillig angebotenen Wahltarife gilt eine gesetzlich vorgeschriebene Bindungsfrist von drei Jahren. [...]

Ab 1. Januar 2009 erhalten alle Krankenkassen ihre Finanzmittel aus einem neuen Gesundheitsfonds. In den Topf fließen die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie die für die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Steuergelder. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Pauschalen für jeden ihrer Versicherten. Eine Konvergenzklausel soll verhindern, dass durch den Gesundheitsfonds im ersten Jahr aus einem Bundesland mehr als 100 Millionen Euro in andere Bundesländer abfließen.

Das Bundesgesundheitsministerium legt ab 1. Januar 2009 für alle Krankenkassen einen einheitlichen Beitragssatz fest. Bis zum 31. Dezember 2010 ziehen die Krankenkassen den Beitrag ein und leiten ihn an den Gesundheitsfonds weiter. Ab 2011 können Arbeitgeber entscheiden, alle Beitragszahlungen, Beitragsnachweise und Versicherungsmeldungen gebündelt über eine einzige Krankenkasse abzuwickeln – unabhängig davon, ob ihre Mitarbeiter unterschiedlichen Krankenkassen angehören. [...]

Auch Krankenkassen unterschiedlicher Krankenkassenarten können sich jetzt zusammenschließen, zum Beispiel eine Betriebskrankenkasse mit einer Ersatzkasse. Bisher waren Fusionen nur innerhalb einer Krankenkassenart möglich.“ (Eikel, 2011)

Vor allem die beiden letzten Punkte hatten Auswirkungen auf die Strukturen, wie sich im weiteren Verlauf zeigen wird. Weiterhin wurde ein Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ gebildet, der die Bundesverbände der Krankenkassen ablöste.²³

²³ Einen guten Überblick über die Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik ab 1977 geben Schwartz, Kickbusch, Wismar & Krugmann, 2012, S. 254 ff.

4.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die gesetzliche Krankenversicherung unterlag und unterliegt einem ständigen Wandel. Zwischen 1883 und 1903 fanden elf Reformen statt, und bis heute ist festzuhalten, dass die Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung ein dynamischer Prozess ist. „Sie folgt sozioökonomischen Veränderungen und bewegte sich auf verschiedenen, miteinander zusammenhängenden Ebenen:

Die Klassengesellschaft entwickelte sich zur modernen Demokratie mit einem umfassenden sozialen Sicherungssystem. Bismarcks Ziele gingen im Laufe der Zeit durch Ausweitung der versicherten Personenkreise und Erweiterung der Leistungsansprüche für Mitglieder und ihre Angehörige auf.

Parallel zur Umwandlung der GKV von der ‚Arbeiterkasse‘ zur ‚Volksversicherung‘ expandierte das deutsche Gesundheitswesen zu einem umsatzstarken Wirtschaftszweig. Zu Beginn des Jahres 2003 übten laut Statistischem Bundesamt etwa 4,2 Millionen Menschen Berufe im Gesundheitswesen aus, [...]. Man kann daher mit Recht von einer ‚Gesundheitswirtschaft‘ sprechen.“ (Oberender & Zerth, 2008, S. 14)

„Diese Ökonomisierung des Gesundheitswesens, gepaart mit der Entwicklungsdynamik im Medizinsystem, erforderte einen stabilen rechtlichen Rahmen für die Vertragsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.“ (Reiners, 2008, S. 52)

Nach jeder Bundestagswahl sah und sieht es die jeweilige Bundesregierung als eine ihrer vordringlichsten Aufgaben an, die gesetzliche Krankenversicherung zu reformieren. Dabei stand und steht neben der Änderung der Leistungsansprüche der Versicherten und der Finanzierung der Ausgaben immer mehr die „gerechte“ Verteilung der Finanzen zwischen den einzelnen im Wettbewerb stehenden Krankenkassen im Fokus.

Bismarck hatte, wie beschrieben, eigentlich eine Einheitsversicherung favorisiert, eine kommunale Krankenversicherung für alle Arbeiter, Handwerker und Angestellten. Ein finanzieller Ausgleich zur Aufrechterhaltung der Solidarität zwischen den einzelnen

Krankenkassenarten wäre damit obsolet. Da aber hierfür im Reichstag keine Mehrheit zu erhalten war, kam es zu der bis heute erhaltenen Kassenvielfalt an Orts-, Betriebs-, Innungs-, Knappschafts- und Ersatzkrankenkassen. Den Krankenkassen – außer den Ersatzkassen – waren die Mitglieder kraft Gesetzes zugewiesen. Die Ersatzkassen mussten ihre Mitglieder aus dem in ihrer Satzung bestimmten Personenkreis (in erster Linie Berufsangestellte) „werben“, diese waren dann von der Mitgliedschaft bei der sonst zuständigen Krankenkasse befreit.

Die Krankenkassen waren als Teil der öffentlichen Verwaltungen zunächst als Bürokratien organisiert und konzipiert und wurden als solche auch von der Bevölkerung akzeptiert. Vor der Einführung der GKV mussten Kranke ohne Krankenversicherungsschutz und ohne eigene ausreichende finanzielle Mittel als Bittsteller bei Gemeinden, kirchlichen oder anderen gemeinnützigen Einrichtungen auftreten. Jetzt hatten sie einen Rechtsanspruch auf Leistungen, und die „Bürokratie“ stellte damals sicher, dass alle Versicherten – ohne Ansehen ihrer Person – gleich behandelt wurden. Die Bürokratie hatte seinerzeit maßgeblich „zur Erhaltung liberaler und demokratischer Verfassungsordnungen beigetragen“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 16), mit ihr sollten anfangs „vor allem Korruption und Postenschieberei ausgemerzt werden“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 28).

Im Gegensatz zur heutigen Zeit war der Begriff der Bürokratie nicht negativ behaftet. In einer klar strukturierten Hierarchie, in der jeder Mitarbeiter seinen Platz und sein Aufgabenfeld innehat und in den Grenzen einer festgeschriebenen Satzung handelt, versprach man sich effizientes Arbeiten. Es wurde nach der Sachlage und nicht nach der Person entschieden, so sollte eine gerechte und rationale Gestaltung der Verfahren erreicht werden.

Änderungen in der Arbeitswelt (Zunahme der Angestelltenarbeitsplätze und Abnahme der Arbeiterberufe – siehe Abschnitt 6.3) und ein neues Selbstverständnis der Bevölkerung verlangten in den 70er Jahren des

letzten Jahrhunderts eine Neuausrichtung der Strukturen der Krankenkassen. „Die Gesellschaft hat sich seit Anfang des Jahrhunderts [...] von einer industrialisierten, durch Kriegs- und Krisenjahre gezeichneten Gesellschaft zur modernen Informations- und Konsumgesellschaft gewandelt.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 25) Bürger und Bürgerinnen möchten heute nicht mehr, dass ihre Anliegen „bürokratisch verwaltet“ werden, sondern wünschen eine individuelle Behandlung. Die Krankenkassen – auch speziell die AOKn – mussten sich daher wandeln, weg von einer bürokratischen Behörde hin zu einem Dienstleistungsunternehmen, das im Auftrag des Staates die Versicherten gegen die Risiken einer Krankheit absichert.

Aber auch die Entwicklungsdynamik im Medizinsystem mit ihrem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt und damit hohen Kosten für die Krankenkassen erforderte eine Neuausrichtung der Vertragsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. „Das heutige System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat nur noch wenig gemeinsam mit der Krankenversicherung, die 1883 erstmals reichseinheitlich und generell verpflichtend eingeführt wurde. Sie hat sich von einer Pflichtkasse für Arbeiter und kleine Angestellte in Fabriken und größeren Handwerksbetrieben, die damals zusammen mit ihren Familien nur knapp zehn Prozent der Bevölkerung repräsentierten, zu einer Volksversicherung entwickelt, die für die medizinische Versorgung von fast 90 Prozent der Bevölkerung sorgt.“ (Knieps & Reiners, 2015, S. 51)

Die Reformen in der GKV sind also noch lange nicht abgeschlossen. Zum 01.01.2011 trat das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG) in Kraft. Ziel dieses neuen Gesetzes war, schnellstmöglich ein drohendes Finanzloch in der gesetzlichen Krankenversicherung von vermuteten neun Milliarden Euro zu verhindern. Durch das Festschreiben des Beitragssatzes

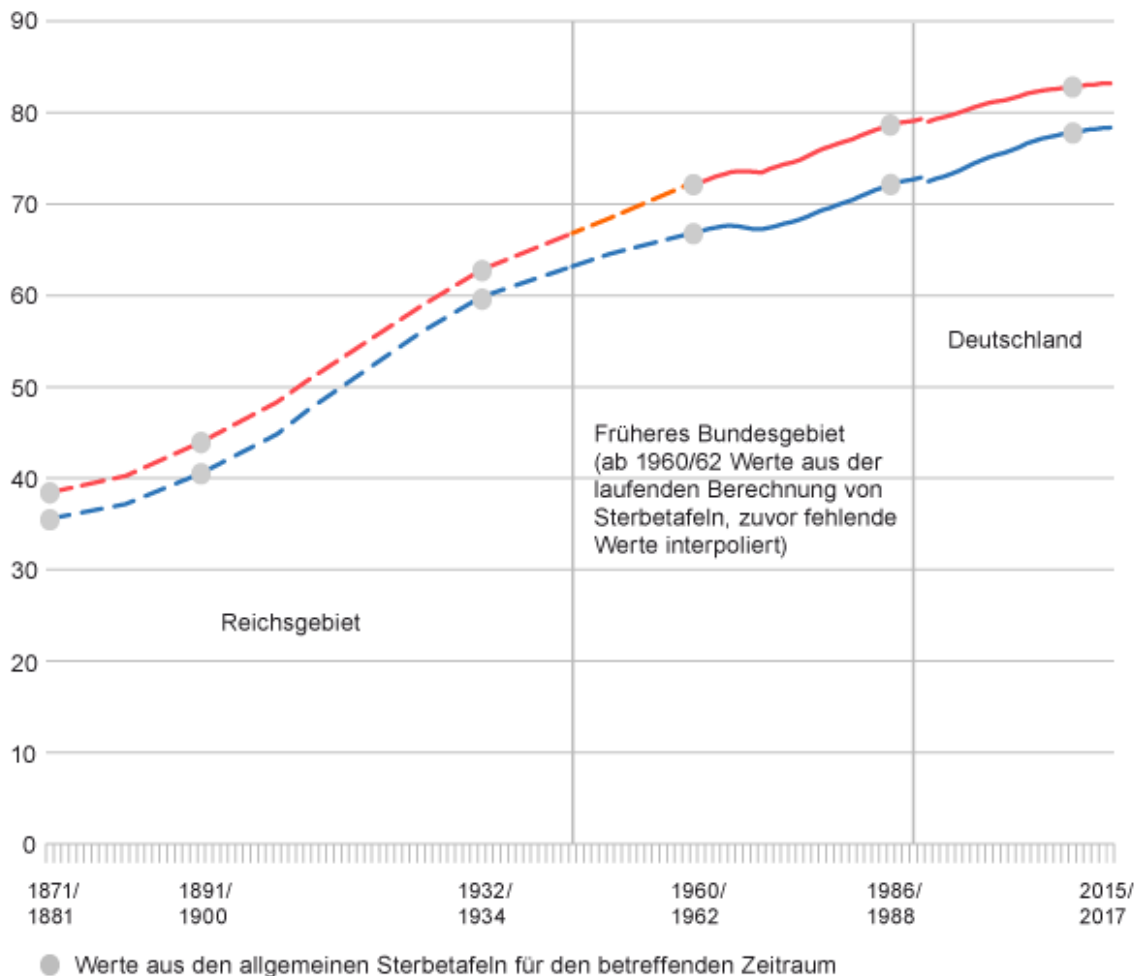
auf 15,5 Prozent und durch die Begrenzung der Verwaltungskosten auf das Niveau von 2010 sollte erreicht werden, dass die Kosten für die Versicherten stabil gehalten werden und dass ein offener Wettbewerb zwischen den verschiedenen Krankenkassen ermöglicht wird (vgl. dazu Anhang 4: Bundesgesetzblatt).

Eine Begründung für diese Reform ist der demografische Wandel Deutschlands. Wie folgende Grafik zeigt, steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung ständig an.

Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren

■ Männer ■ Frauen



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

Abbildung 8: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (Statistisches Bundesamt, 2018 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html> abgerufen am 09.06.2019)

Eine steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitig sinkender Geburtenzahl bewirkt eine Verschiebung der Altersstruktur: Immer mehr ältere Mitbürger stehen immer weniger jungen gegenüber. Nachdem ältere Versicherte im Durchschnitt einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen haben, entsteht für die GKV allein schon aus dieser

Verschiebung ein höherer Kostendruck. Trotzdem wurde durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Krankenversicherung“ (siehe Anlage 16.6) der für alle Krankenkassen bundeseinheitlich geltende Beitragssatz von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt. Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 SGB V), der sich prozentual aus den beitragspflichtigen Einnahmen errechnet. Als Begründung für diese Maßnahme wird angeführt, dass eine nachhaltige Finanzierung der GKV nur durch eine größere „wettbewerbliche Ausrichtung“ und damit verbunden eine „umsichtige Ausgabenpolitik“ erreicht werden könne. Steigende Gesundheitsausgaben würden sich negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Trotz des steigenden Altersdurchschnitts muss das Solidarprinzip weiterwirken.

Dies war sicherlich nicht die letzte Reform der GKV. Es bleibt also abzuwarten, welche Maßnahmen in Zukunft ergriffen werden müssen, um diese Differenz in finanzieller Hinsicht auszugleichen.

Die geschichtliche Entwicklung zeigt, wie zu Beginn der GKV die Idee, alle Schutzbedürftigen solidarisch in einer Krankenkasse zu versichern, durch Lobbyarbeit diverser Interessengruppen in einem Gesetz endete, das zuließ, dass sich einzelne Fraktionen in eigenen Krankenkassen solidarisieren – oder eigentlich entsolidarisieren – konnten und so eine Vielzahl an Krankenkassen entstand, die noch nach über 100 Jahren dem Gesetzgeber abverlangt, Solidarität zwischen den Krankenkassen herzustellen. Die AOK hat seit ihrem Bestehen erhebliche Veränderungen erlebt, die nicht zuletzt auch dieser Zersplitterung der GKV geschuldet waren. So endete in Bayern die Existenz von 238 AOKn (1914) letztlich in einer einzigen Landes-AOK (1995).

Ob es allein die Frage der Solidarität innerhalb der AOK-Gemeinschaft war oder welche weiteren Gründe zu tiefgreifenden Veränderungen führten, wird – wie einleitend dargestellt – anhand des Neoinstitutionalismus

untersucht. Dabei wird sich zeigen, dass vielerlei Einflüsse aus dem Umfeld der AOK sich auf deren Strukturen auswirkten – und weiterhin auswirken werden. Nicht nur der Gesetzgeber gab und gibt Vorgaben, auch andere Organisationen wie Konkurrenzkrankenkassen und die Erwartungshaltung zum Beispiel potenzieller Kunden sowie der Leistungserbringer wirkten und wirken auch in Zukunft auf das Handeln und damit auf die Strukturen der AOK ein. Das organisationale Feld der GKV unterliegt also einer ständigen Evolution.

5 Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein wesentlicher Teil des deutschen Wohlfahrtsstaates²⁴. Ihre Organisation hat Auswirkungen auf die Struktur der AOK Bayern. Sie regelt die Aufgaben und gibt strukturelle Richtlinien vor, welche sich auf die Akteure in diesem organisationalen Feld auswirken. Aus diesem Grund wird der Organisation der GKV ein eigenes Kapitel gewidmet, da es das organisationale Feld ist, in welchem sich die AOK Bayern sowie ihre Mitakteure bewegen. Aus den nachfolgenden Erklärungen können bereits wesentliche Strukturzwänge für die AOKn und die spätere AOK Bayern abgeleitet werden, die zu verstehen helfen, in welchem Kontext organisationsentscheidende Entschlüsse gefasst wurden.

Bevor auf die Besonderheiten des organisationalen Feldes der gesetzlichen Krankenversicherung eingegangen wird, soll der deutsche Sozialstaat dargestellt werden. Das organisationale Feld des Wohlfahrtsstaates beinhaltet unter anderem das organisationale Feld der gesetzlichen Krankenversicherung und verdient somit eine kurze Begutachtung.

5.1 Der deutsche Sozialstaat

Leistungen des deutschen Sozialstaates

Die in der historischen Darstellung wiedergegebenen Entwicklungen in den 1880er Jahren sind Pionierleistungen der deutschen Gesellschaft. Deutschland in der Sozialgesetzgebung war Vorreiter für die europäischen Nachbarn, die allerdings bald nachzogen. Auch außerhalb Europas führten andere Staaten sehr bald Sozialversicherungen ein. Als Spätentwickler der Sozialgesetzgebung gelten neben Japan, Kanada und der Schweiz vor allem die Vereinigten Staaten von Amerika. Die USA kennen eine Renten- und Arbeitslosenversicherung erst seit 1935, eine nennenswerte Krankenversicherung erst seit 1965. Eine Pflegeversicherung, die in Deutschland seit 1995 besteht, ist dort nach derzeitigem Stand nicht in Sicht (vgl. Schmidt, 2012, S.62).

²⁴ Wohlfahrtsstaat und Sozialstaat werden im Folgenden synonym verwendet.

Die Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind allerdings nur ein Teil – wenn auch kein unwesentlicher – der Architektur des deutschen Sozialstaates. Die Sozialversicherungen werden als das „Rückgrat“ des deutschen Sozialstaates bezeichnet (Ritter, 2010, S. 192), da kein anderes System einen so großen Teil der Bevölkerung gegen Risiken absichert. Ebenso wichtig sind aber viele andere Faktoren wie die Grundsicherungsleistungen für Arbeitssuchende, Sozialhilfe, Sozialgeld und Wohngeld, die Bedürftigen ein Existenzminimum bieten sollen. Neben diesem Fürsorgesystem sollen durch Kindergeld und Elterngeld junge Familien mit Kindern gefördert werden.

Auch die Arbeitgeberleistungen wie Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Zusatz- und betriebliche Altersvorsorge zählen wie die Pensions- und Beihilfeansprüche des öffentlichen Dienstes zu den „Sozialsystemen“ unseres Staates.

Weitere Sondersysteme wie die Alterssicherung der Landwirte und weitere berufsständische Versorgungswerke für Freiberufler runden das soziale Sicherungssystem ab.

Viele weitere Hilfsangebote, angefangen von Leistungen für Opfer von Gewalttaten bis hin zur Beratung finanziell in Not geratener Bürger bieten ein ganzes Spektrum an Unterstützung und Hilfestellung für praktisch alle Lebenslagen.

Aber nicht nur Geld-, Sach- oder Dienstleistungen machen den deutschen Sozialstaat aus. Eine ebenso bedeutende Rolle spielt die soziale Gestaltung der Umwelt, beispielsweise die Regulierung der Arbeitswelt. „Das Leitziel der Arbeitsweltregulierung ist es, für sozialen Ausgleich zu sorgen: nicht nur mit den Systemen der sozialen Sicherung, sondern auch durch Mitbestimmung, Arbeitnehmerschutzrechte, Herstellung von Kampfparität der Tarifparteien und sozialpartnerschaftliche Entschärfung des Konfliktes zwischen Arbeit und Kapital.“ (Schmidt, 2012, S. 103)

Vorteile der Sozialstaatsleistungen

Die Suche nach Sicherheit prägt Bürger und Politik (vgl. Conze, 2009). Gerade die Leistungen des Sozialstaates bieten der Bevölkerung in Deutschland die Sicherheit für Investitionen in Wohneigentum, Wohneinrichtungen, Autos usw. und fördern damit die Wirtschaft. Ohne die soziale Absicherung müsste die „sicherheitsorientierte“ Bevölkerung (Schmidt, 2012, S. 46) Rücklagen für den Fall von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit bilden, die den Konsum schmälern würde. Der Sozialstaat hat demnach positive volkswirtschaftliche Auswirkungen.

Der Sozialstaat wirkt auch gegen soziale Ungleichheiten und verringert das Armutsrisiko. Er trägt damit zur politischen Entspannung zwischen den ärmeren und wohlhabenderen Bevölkerungsteilen bei und entschärft auch den Konflikt zwischen Arbeit und Kapital. Mit anderen Worten: Gesellschaftspolitisch betrachtet, stellt die Institutionalisierung des Sozialstaats in Deutschland den wesentlichsten Beitrag zur Lösung der sozialen Frage dar, die durch die Industrialisierung im 19. Jahrhundert aufgeworfen wurde und die zu klassenkämpferischen sozialen Bewegungen zwischen den sozialen Klassen und Schichten geführt hatte. Die Integration der Arbeiterschaft in die Gesellschaft war das Resultat der sozialstaatlichen Intervention und führte damit zu einer Stabilisierung von Rechtsstaat und Demokratie, die ohne den Sozialstaat unter Legitimationsdruck gerieten.

Der Sozialstaat kann auch Stabilität in Wirtschaftskrisen bringen, wie die wirtschaftlichen Rezessionen in den 1970er und 1980er Jahren zeigen. So rettete beispielsweise das von der Arbeitslosenversicherung gewährte „Kurzarbeitsgeld“ nicht nur viele Betriebe vor dem Ruin, sondern es konnte auch vielen Arbeitnehmern ihren Arbeitsplatz und damit ihr Haushaltseinkommen sichern.

Voraussetzungen für einen funktionierenden Sozialstaat

Sämtliche Sozialleistungen, die der Staat oder seine Sozialleistungsträger in Form von Geld-, Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung stellt, müssen erst erwirtschaftet werden.

Eine gute Wirtschaftskonjunktur und Vollbeschäftigung bescheren dem Staat und seinen Sozialleistungsträgern höhere Einnahmen und ermöglichen damit die Finanzierung eines hohen Standards an Sozialleistungen. Nachlassende Wirtschaftskonjunktur und Arbeitslosigkeit vermindern einerseits die Einnahmen und vergrößern zugleich die Nachfrage an Leistungen zum Beispiel der Arbeitslosenversicherung oder der Mindestsicherungssysteme.

Einmal politisch beschlossene Leistungen sind also nicht davor gefeit, bei Änderung der Verhältnisse überprüft zu werden. Selbst für die Wirtschaft positive Entwicklungen könnten zu Verwerfungen in den bisherigen Systemen führen. So könnte beispielsweise die Automatisierung in der Arbeitswelt dazu führen, dass eine höhere Produktivität in der Wirtschaft mit wesentlich weniger Arbeitnehmern erzielt werden könnte. Eine Finanzierung der Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung auf Beitragsbasis der Entgelte der Arbeitnehmer würde unter Druck geraten.

Auch die Alterung der Bevölkerung stellt Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Insbesondere die beitragsbasierte Finanzierung belastet die Wirtschaft, weil im Vergleich zu Staaten mit überwiegend steuerfinanzierter Sozialpolitik die Sozialbeiträge wie eine Sondersteuer auf den Faktor Arbeit wirken. Beiträge können also nur so weit angehoben werden, wie es die Wirtschaft verkraften kann.

Architektur des deutschen Sozialstaates

Die sozialstaatlichen Maßnahmen reguliert der Staat durch Gesetze und Verordnungen, überlässt aber die Umsetzung zum großen Teil anderen Einrichtungen wie den Sozialversicherungsträgern, denen allein rund 65 Prozent des gesamten Sozialbudgets zugutekommen (vgl. Schmidt, 2012,

S. 34). Daneben spielen Wohlfahrtsverbände, karitative und kirchliche Einrichtungen, gemeinnützige Vereine und auch private Einrichtungen, die am Sozialstaat partizipieren und ihn mit Leben erfüllen, eine nicht unerhebliche Rolle. Der Staat selbst beschränkt sich oftmals auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen und die Überprüfung von deren Einhaltung.

Die Übertragung der Aufgaben auf Sozialversicherungsträger und eine Vielzahl von sonstigen Einrichtungen befreit die Politik einerseits von vielen Aufgaben, erschwert allerdings andererseits die Gestaltung und Veränderung eingespielter Verfahren. Denn alle beteiligten Einrichtungen haben eine starke Lobby hinter sich, die gegen jede Einschränkung Sturm laufen würde. Schon Bismarck musste 1883 der Macht der damals bereits bestehenden Hilfs- und Betriebskassen Rechnung tragen, als er eine „Einheitskasse“ auf den Weg bringen wollte. Die sich aus der Vielfalt der Krankenkassen ergebenden Probleme werden anhand der Entwicklung der AOK Bayern in den späteren Kapiteln näher erläutert.

Änderungen im Bereich der GKV sind besonders prekär. Anders als beispielsweise in der Rentenversicherung, die hauptsächlich Geldleistungen erbringt und die als Alternative bei Finanzierungsproblemen lediglich zulässt, entweder die Renten zu beschneiden oder höhere Einnahmen zu generieren, ist das Problem der GKV mit ihren Hauptausgaben im Sach- und Dienstleistungsbereich wesentlich vielfältiger. Vom Budget der GKV wollen alle Leistungserbringer wie Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte, Pharmaindustrie usw. versorgt werden und müssen zudem die Verwaltungskosten der Krankenkassen getragen werden. Nachdem Deutschland kein staatliches Gesundheitswesen besitzt und die Leistungserbringer ihre Einrichtungen und Praxen nicht nur aus humanitären Gründen betreiben, sondern auch damit – zu Recht – Gewinne erwirtschaften möchten, ist die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von besonderer Bedeutung – besonders für die Beitragszahler und damit für die Wirtschaft, da wie dargelegt auch diese Ausgaben erst erwirtschaftet werden müssen und der

Beitrag wie eine Sondersteuer auf den Faktor „Arbeit“ wirkt. Den Krankenkassen kommt in den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern daher eine besondere Verantwortung zu.

Wie dargestellt, wird das organisationale Feld des deutschen Wohlfahrtsstaates von vielen Faktoren geprägt. Historisch gesehen, ist Deutschland ein Vorreiter in der Entwicklung der sozialen Absicherung und die GKV ist einer der wesentlichen Träger des Sozialstaates. Wie sich die Besonderheiten und gesetzlichen Regelungen in diesem Feld auf den Akteur AOK Bayern auswirken, zeigen die kommenden Kapitel.²⁵

5.2 Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung

Es gibt sechs verschiedene Kassenarten, die aufgrund ihrer Geschichte nach unterschiedlichen Organisationsprinzipien gegliedert sind:

- die Allgemeinen Ortskrankenkassen (regional organisiert);
- die Betriebskrankenkassen (nach Betrieben organisiert);
- die Innungskrankenkassen (nach Berufsgruppen organisiert);
- die Ersatzkassen (ursprünglich nach dem Beschäftigungsverhältnis organisiert);
- die Landwirtschaftlichen Krankenkassen;
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ursprünglich nach Wirtschaftszweigen organisiert) (vgl.: Bundesministerium für Gesundheit).

Entsprechend § 207 SGB V gehören die jeweiligen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen dem Landesverband an, in dessen Bundesland sie ihren Sitz haben. „Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr.“ (§ 207 Abs. 4 SGB V)

²⁵ Einen detaillierten Überblick über die Organisationsstruktur des Gesundheitssystems geben Busse, Blümel, & Spranger, 2017, S. 43 ff.

Über den beschriebenen jeweiligen Landesverbänden besteht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die folgende Grafik beschreibt die Zusammensetzung des Spitzenverbandes der GKV:

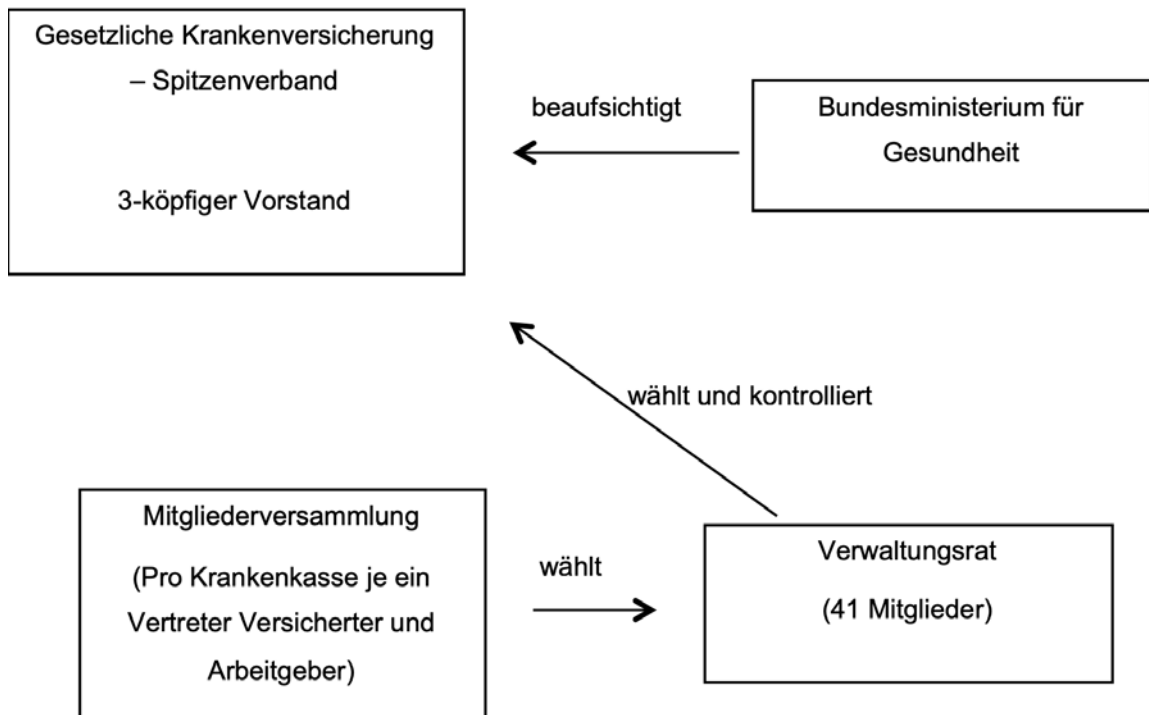


Abbildung 9: Die Gliederung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (eigene Darstellung nach § 217b SGB)

Der GKV-Spitzenverband besteht aus den drei oben dargestellten Organen. Die Mitgliederversammlung setzt sich zusammen aus Vertretern der Versicherten und Arbeitgebern der jeweiligen Krankenkassen. Diese wählen die 41 Mitglieder des Verwaltungsrates. Der Verwaltungsrat wählt die drei Vorstände und übt die Kontrolle über den Vorstand aus. „Aufgabe des Verwaltungsrates ist es, die Satzung und sonstiges Recht des GKV-Spitzenverbandes zu beschließen. Weiterhin trifft er alle Entscheidungen, die für den GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sind. Dazu gehören insbesondere gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen, Grundsatzfragen der

Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik. Um den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen fachlich zu unterstützen, wurden vier Fachausschüsse gebildet, die dem Verwaltungsrat Empfehlungen zur Beschlussfassung geben: Fachausschuss ‚Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik‘, Fachausschuss ‚Organisation und Finanzen‘, Fachausschuss ‚Verträge und Versorgung‘, Fachausschuss ‚Prävention, Rehabilitation und Pflege.‘“ (GKV Spitzenverband, 2018)

Der dreiköpfige Vorstand wird in der Regel alle sechs Jahre gewählt. Er „leitet den GKV-Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den GKV-Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung zu berichten. Unter Berücksichtigung der Interessen der Mitgliedskassen und ihrer Vertreter stellt er eine effiziente und praxisnahe Arbeitsweise des GKV-Spitzenverbandes sicher.“ (GKV Spitzenverband, 2018)

Der GKV-Spitzenverband untersteht als Körperschaft öffentlichen Rechts der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Festzuhalten bleibt, dass der GKV-Spitzenverband relativ jung ist. Bis zum 01.07.2008 wurden die Interessen der jeweiligen Kassenarten auf Bundesebene von ihren eigenen Spitzenverbänden wahrgenommen.²⁶ Mit dem GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz gingen alle wettbewerbsneutralen Aufgaben auf den GKV-Spitzenverband über.

²⁶ Folgende Verbände vertraten auf Bundesebene die zum damaligen Zeitpunkt 241 Krankenkassen: der AOK-Bundesverband, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), der Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK), der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und der Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und die See-Krankenkasse.

Der GKV-Spitzenverband hat seit dem 01.07.2008 alle gesetzlichen Aufgaben der früheren, für die einzelnen Kassenarten bestehenden Spitzenverbände übernommen. Hierzu gehören insbesondere Vertragsabschlüsse und Vergütungsverhandlungen mit den Leistungserbringern. Der GKV-Spitzenverband entsendet Vertreter in die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene. Außerdem hat er die Aufgabe, die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. Er trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Beitragserhebung. Zudem trifft er Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen.

Die beschriebenen Aufgaben und Befugnisse des GKV-Spitzenverbandes sind im Sozialgesetzbuch V in den § 82 ff. und § 217 f. verankert.

5.3 Prinzipien der GKV

Für die GKV gelten vor allem vier Prinzipien, die im ersten Kapitel des Sozialgesetzes V. Buch (§§ 1–4 SGB V) festgeschrieben sind. Diese sind Versicherung, Solidarität, Zusammenarbeit und Selbstverwaltung. Auf diese Prinzipien soll im Folgenden kurz eingegangen werden, da sie den Charakter und die Organisationsstruktur der Krankenkassen bestimmen, wobei der Punkt der Selbstverwaltung gesondert behandelt wird, da die Selbstverwaltung im Hinblick auf die Organisation der AOK Bayern eine besondere Bedeutung hat.

Versicherung

In Paragraf § 1 SGB V „Solidarität und Eigenverantwortung“ wird im ersten Satz die Aufgabe der Krankenkasse beschrieben: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Die gesetzliche Krankenversicherung, wie sie im Sozialgesetzbuch geregelt ist, unterscheidet sich wesentlich von

der privaten Krankenversicherung. „Die Privatversicherung kommt durch einen privatrechtlichen Vertrag zustande, für den das Prinzip der Vertragsfreiheit gilt. Der Versicherungsvertrag entsteht durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen und setzt somit einen Konsens zwischen Versicherungsgesellschaft und Versicherungsnehmer über Leistung und Gegenleistung bzw. über die Versicherungsleistungen und den entsprechenden Beitrag voraus. Der Vertragsabschluß beruht daher auf dem freien Willen der Vertragsschließenden.“ (Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–10) Im Gegensatz dazu kann sich die gesetzliche Krankenversicherung nicht aussuchen, wen sie versichert. Durch eine Art „Zwangsmitgliedschaft“, die in §§ 5–8 SGB V beschrieben wird, sind die Krankenkassen verpflichtet, einen bestimmten Personenkreis zu versichern. „Die Inhalte der Versicherung sind ebenfalls nicht aushandelbar, sondern durch das Sozialgesetzbuch geregelt. Die Leistungen richten sich nach dem Bedarf des Versicherten, die Beiträge nach dessen Einkommen. Von bestimmten einkommensabhängigen Geldleistungen abgesehen bestehen keinerlei Zusammenhänge zwischen dem Leistungsanspruch und der Beitragshöhe.“ (Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–11)

Die Krankenkassen finanzieren sich durch Beiträge, deren Höhe sich an den Ausgaben der Kasse (versicherungstechnische Aufwendungen, Verwaltungskosten) orientiert. Der Beitragssatz ist mit der Einführung des Gesundheitsfonds für alle Krankenkassen der GKV einheitlich. Reichen einer Krankenkasse die Beiträge, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht aus, kann sie bis zu einem gewissen Grad Zusatzbeiträge verlangen.

Festzuhalten bleibt, dass die Krankenkassen sich in einem Wettbewerb befinden, in dem sie einerseits durch ein stringentes Kostenmanagement darauf zu achten haben, dass sie möglichst keine bzw. keine höheren Zusatzbeiträge als die Konkurrenten verlangen müssen, andererseits ihren Versicherten das Gefühl geben sollten, im Bedarfsfall alle notwendigen Leistungen zu erbringen. Maßgebende Faktoren im Wettbewerb um die Versicherten sind neben der Höhe des Beitrages wohl Image, Service, Art

und Weise der Leistungserbringung und Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern.

Solidarität

In § 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenversicherung als Solidaritätsgemeinschaft bezeichnet. Dieser Begriff wird im Sozialgesetzbuch nicht näher definiert.²⁷ In der Überschrift des § 3 SGB V wird die solidarische Finanzierung erwähnt. Diese wird wie folgt beschrieben: „Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.“ (§ 3 SGB V)

Die unten aufgeführte Darstellung zeigt die Funktion des Solidaritätsprinzips der GKV sehr anschaulich:

²⁷ Definition Solidarprinzip: „Soziales Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung: Beiträge werden nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der/des Versicherten entrichtet – Leistungen werden nach dem medizinischen Bedarf der/des Versicherten gewährt.“ (<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/175427/glossar?p=192> abgerufen am 08.06.2018).



Abbildung 10: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all> abgerufen am 09.06.2019)

Da jeder Versicherte denselben Prozentsatz seines beitragspflichtigen Entgelts zahlt, aber nicht die gleichen Ansprüche benötigt, findet so eine automatische Umverteilung statt. „Das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung setzt nicht nur einen Umverteilungsprozeß von Gesunden auf Kranke in bestimmten Risikogruppen, sondern einen vielschichtigen Umverteilungsprozeß mit unterschiedlichen Strömungen in Gang, der auf sozialen Ausgleich gerichtet ist und die Einkommensströme in die Richtung Bedarf lenkt. Die soziale Umverteilung zielt somit auf einen Morbiditäts-, Familienlasten- und Einkommensausgleich ab. Die Finanzierung folgt also dem Prinzip der Globaläquivalenz.“²⁸ (Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–12)

Dieses Prinzip entspricht damit den Zielen des Sozialgesetzbuches, da es bei der Gestaltung von sozialer Sicherheit und sozialer Gerechtigkeit aktiv mitwirkt.

²⁸ Der Grundsatz der Globaläquivalenz besagt, dass die Ausgaben grundsätzlich nicht durch Kredite finanziert werden dürfen, sondern durch Beiträge und sonstige Einnahmen gedeckt werden müssen (vgl. Wirtschaftslexikon, 2015).

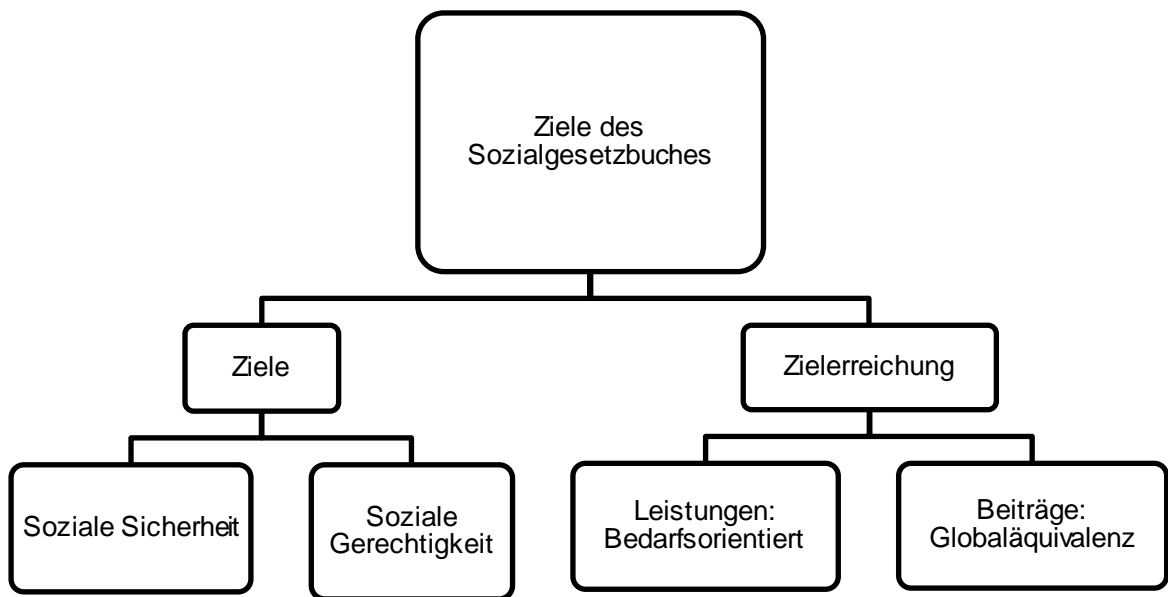


Abbildung 11: Ziele des Sozialgesetzbuches (eigene Darstellung nach Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–12)

Das Prinzip der Globaläquivalenz entsprechend dem Solidaritätsprinzip „ermöglicht einen finanziell erschwinglichen Versicherungsschutz auch für diejenigen Versicherten, die ein erhöhtes Morbiditätsrisiko aufweisen, die eine größere Familie haben und/oder ein geringeres Einkommen beziehen“ (Weber S., 1995, S. 25). Durchgesetzt werden kann dieses Solidaritätsprinzip durch die der GKV eigenen Versicherungspflicht, also die zwangsweise Einbeziehung der betroffenen Personenkreise in die Versichertengemeinschaft.

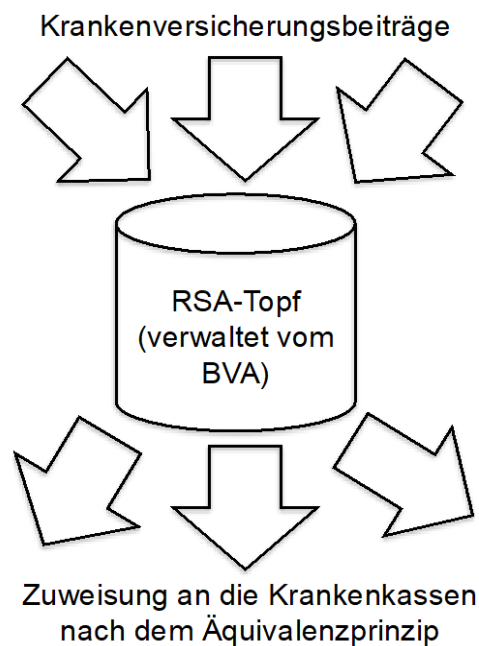
Spielte sich die Solidarität der Versicherten früher ausschließlich innerhalb der für sie zuständigen Krankenkasse ab, wurde sie ab 1977 durch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung) für einen Teil der Leistungen an Rentner kassenübergreifend geregelt.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde ab 01.01.1994 der Risikostrukturausgleich (RSA)²⁹ in der GKV eingeführt und soll nachfolgend

²⁹ Definition des Risikostrukturausgleichs: „Der Risikostrukturausgleich ist ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen. Es verringert die unterschiedlichen finanziellen (und damit beitragsatzrelevanten) Risiken, die sich aus der Zusammensetzung der Versicherten ergeben, die eine Krankenkasse nicht zu verantworten hat.“

kurz dargestellt werden, auch wenn es für das zu untersuchende Ereignis zeitlich gesehen eine nachgeordnete Rolle spielt.

Nach dem Konzept des Risikostrukturausgleiches geht es um den „bundesweiten Ausgleich der finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher beitragspflichtiger Einnahmen, Alters-, Geschlechts- und Familienstrukturen der Versicherten zwischen allen Krankenkassen“ (Schneider, 1993, S. 52). Ziel war es, eine gerechte Beitragsbelastung der Versicherten zu erreichen und so bestehende Wettbewerbsverzerrungen auszugleichen. Er war Voraussetzung für die Einführung des freien Kassenwahlrechtes, „da es sonst zu ruinösen Wanderungsbewegungen innerhalb des GKV-Systems gekommen wäre.“ (Knieps & Reiners, 2015, S. 123) Der Risikostrukturausgleich (RSA) funktioniert nach folgendem Prinzip:



(<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/175427/glossar?p=179> abgerufen am 08.06.2019).

Abbildung 12: Der RSA – Finanzierung (eigene Darstellung nach Nopper, 2002)

Über den RSA fließen nun alle Beiträge in einen gemeinsamen „Topf“, der vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet wird. Die Zuweisung an die einzelnen Kassen erfolgt dann quasi nach dem Äquivalenzprinzip, denn sie erhalten ihre Einnahmen gemäß einer Normausgabentabelle, die sich nach Alter und Geschlecht und damit nach dem Versicherungsrisiko unterscheidet (vgl. Nopper, 2002)

Für den RSA wurden die durchschnittlichen Leistungsausgaben alters- und geschlechtsbezogen ermittelt:

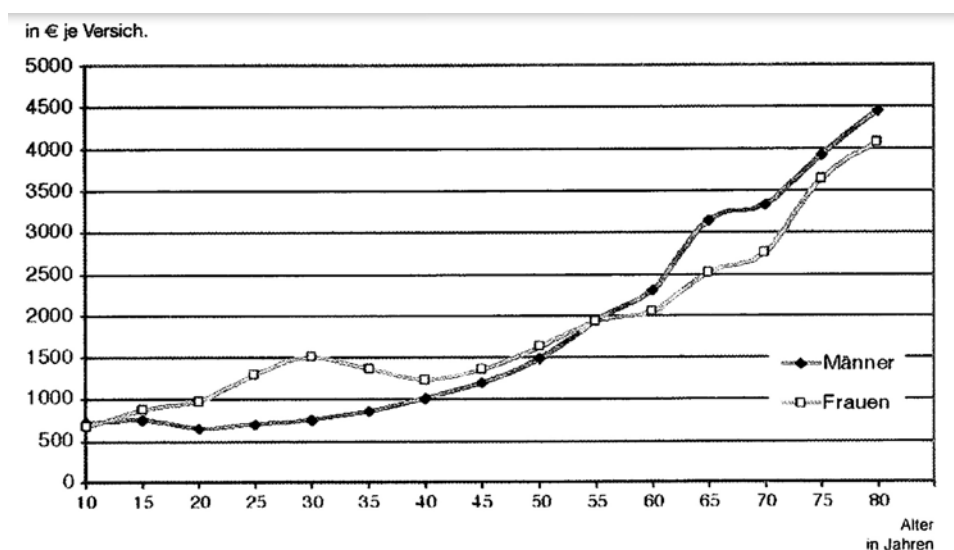


Abbildung 13: Der RSA – Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht (Nopper, 2002, S.141)

Verwaltungskosten und satzungsmäßige Mehrleistungen wurden nicht berücksichtigt. Jede Krankenkasse erhielt über den Ausgleich entsprechend der Zusammensetzung ihrer Versicherten die für den durchschnittlichen Leistungsbedarf notwendigen Geldmittel. Finanziert wurden diese zugewiesenen Gelder über einen bedarfsgerechten Beitragssatz, den alle Beitragszahler aufzubringen hatten. Die Folge dieser Neuverteilung der Geldmittel war für die Krankenkassen, dass zum Beispiel ein 30-jähriger Versicherter, der jährlich 3.000 Euro Beiträge zahlte und nur für 2.000 Euro Leistungen benötigte, kein positives Risiko mehr darstellte,

weil der nach dem RSA berechnete durchschnittliche Leistungsbedarf für einen 30-jährigen Versicherten nur circa 1.500 Euro betrug. Dagegen brachte ein 80-Jähriger, der aufgrund einer kleinen Rente kaum Beiträge zahlte, aber wegen seines guten Gesundheitszustandes kaum Leistungen benötigte, nunmehr ein positives Ergebnis für seine Krankenkasse. Wichtig war für die einzelne Krankenkasse, mit dem entsprechend der alters- und geschlechtsbezogenen Versichertenstruktur berechneten RSA-Ausgabenbudget auszukommen.³⁰

Der Risikostrukturausgleich zeigte allerdings in der Praxis nicht die beabsichtigte Wirkung, da nunmehr die Krankenkassen um die gesunden Versicherten wetteiferten. Die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten geriet in Gefahr. Im Jahre 2007 wurde der RSA deshalb um eine Morbiditätsorientierung erweitert. Die Krankenkassen erhielten danach zuerst für Chronisch- und Schwerkranke die benötigten Gelder, der Rest wurde wie bisher nach Alter und Geschlecht verteilt. Durch diese Anpassung ist beabsichtigt, dass das Geld dort ankommt, wo es für die Versorgung Kranker benötigt wird.³¹

Zusammenarbeit und Wirtschaftlichkeit

§ 4 SGB V beschreibt zum einen die verschiedenen Kassenarten innerhalb der GKV und spricht zugleich eine Verpflichtung aus, dass diese eng zusammenarbeiten müssen. Diese Zusammenarbeit muss auch kassenartenübergreifend erfolgen. Sie findet sowohl zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden als auch zwischen den Krankenkassen und Verbänden verschiedener Kassenarten sowie zwischen Krankenkassen und ihren Verbänden und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens statt. Sinn dieser Verpflichtung ist, „den sich aus dem Selbstverwaltungs- und dem Gliederungsprinzip ergebenden Tendenzen, nur die Interessen der eigenen Kasse und Kassenart zu vertreten, entgegenzusteuern“ (Weber, 1995, S. 44). „Die Zusammenarbeit

³⁰ Weitere Details über die Funktion des Risikostrukturausgleichs siehe Nopper, 2002.

³¹ Zum RSA siehe auch Bode, 2002, S. 37 und Meier, 2011

dient der Leistungsfähigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. [...] Darüber hinaus sind Krankenkassen auch in nicht gesetzlich geregelten Fällen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Zusammenarbeit kann in der Wahrnehmung von Mitwirkungs- und Unterstützungspflichten oder in Unterlassungspflichten bestehen (z.B. Unterlassen unerlaubter Mitgliederwerbung).“ (Finkenbusch, Riechel, Schomburg, Stabbert & Wröbel, 1997, Kap. 2–15)

Nach § 4 Abs. 4 SGB V sind die Kassen zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Da sie im Sinne des beschriebenen Globaläquivalenzprinzips agieren müssen, sind sie also der Effektivität verpflichtet. So haben die Krankenkassen auch bei der Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplanes zu beachten und sicherzustellen, dass sie ihre Aufgaben nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllen (§ 69 Abs. 2 SGB IV). Kostenbewusstsein und effizienter Einsatz der Mittel stehen also im Fokus. Im Rahmen des § 278 SGB V prüfen die zuständigen Aufsichtsbehörden auch das wirtschaftliche Handeln der Krankenkassen.

Das Prinzip der Selbstverwaltung

Die Krankenkassen der GKV hatten wie beschrieben von Beginn an das Recht der Selbstverwaltung. Sie sind, wie in § 4 Abs. 1 SGB IV festgesetzt, rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts.

Die Selbstverwaltung wird in der Regel durch die Versicherten und Arbeitgeber ausgeübt, bei den Ersatzkassen aufgrund ihres historischen Charakters nur durch die Versicherten (§ 29 Abs. 2 SGB IV). „Bei den [...] Krankenkassen wird [sic] [...] ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet“ (§ 31 Abs. 3a SGB IV).

Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung, bestimmt die Unternehmensziele in enger Abstimmung mit dem Vorstand und kontrolliert diesen bei der Umsetzung.

Der hauptamtliche Vorstand hat die operative Verantwortung für das unternehmerische und gesundheitspolitische Handeln der jeweiligen

Krankenkassen, vertritt diese in Fragen des Rechts und ist für die Verwaltung der Krankenkasse zuständig.

Diese „ordnungspolitische Tradition“ der Selbstverwaltung (vgl. Reiners H. , 2011, S. 60) ist in ihrer Ausprägung weltweit einzigartig.

Zusammenfassung

Das Sozialgesetzbuch gibt klar die äußeren Bedingungen für die GKV vor. Die gesetzlichen Krankenversicherer sind in ein geschlossenes System eingebunden, in dem seit der Lockerung des Wahlrechtes der Versicherten unter den verschiedenen Kassen ein Konkurrenzkampf entfacht ist. Dieser Markt ist allerdings nur eingeschränkt mit einem Markt vergleichbar, auf dem gewinnorientierte Unternehmen agieren, da die gesetzlichen Regelungen viel stärker greifen. Der Markt der GKV ist durch das Sozialgesetzbuch V stark reguliert, auch wenn die klassischen Merkmale wie Angebot und Nachfrage grundsätzlich vorhanden sind.³²

Die angebotenen Produkte, also die Leistungen der einzelnen Krankenkassen, gleichen sich im Großen und Ganzen, da diese vom Gesetzgeber vorgeschrieben sind. Im Gegenzug können sich die Krankenkassen ihre Kunden nicht „aussuchen“. Eine Risikoselektion durch die Krankenkassen würde sich auch infolge des Risikostrukturausgleichs nicht mehr lohnen. Die wichtigsten Verträge mit den Leistungserbringern werden inhaltlich für alle Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossen, sodass sich die Behandlungs- und Leistungsangebote nur in Nuancen unterscheiden. Über das Geschäftsgebaren der Krankenkassen wachen als Aufsicht das Bundesversicherungsamt bzw. die von den Landesregierungen bestimmten Behörden (§ 90 SGB IV), die bei eventuellen Verstößen einschreiten würden. Was einerseits als massive Einschränkung des Wettbewerbs gesehen werden kann, stellt andererseits eine sinnvolle Regelung dar, die

³² Definition Markt: „Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage, aufgrund dessen sich Preise bilden. Märkte lassen sich nach dem Institutionalierungsgrad, der Art des Marktzutritts, dem Autonomiegrad der Marktteilnehmer und den vorherrschenden Präferenzen unterscheiden.“ (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/markt-40513> abgerufen am 08.06.2019).

sicherstellt, dass die Versorgung mit Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung in einem etwa einheitlich hohen Standard zur Verfügung steht und finanzierbar bleibt. Immerhin entspricht das Budget der GKV mit über 140 Milliarden Euro mehr als der Hälfte des Bundeshaushalts und in etwa dem Umsatz eines führenden Wirtschaftsunternehmens wie DaimlerChrysler AG, wie die folgende Darstellung verdeutlicht.

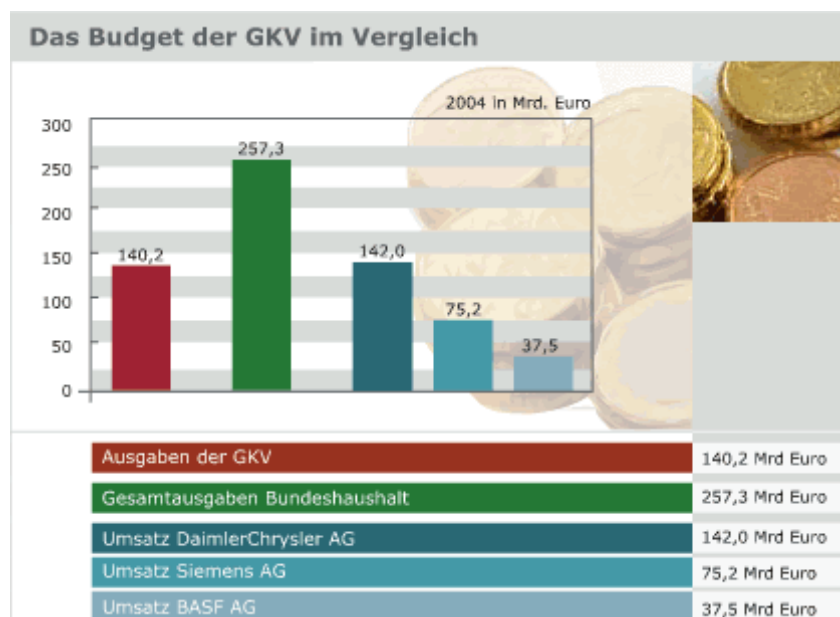


Abbildung 14: Das Budget der GKV im Vergleich (http://www.bpb.de/themen/EM53VQ,0,Gesundheitspolitik_Lernstation.html?lt=AAA088 abgerufen am 27.02.2011)

Es stellt sich hier natürlich auch die Frage nach dem Sinn des Wettbewerbs, wenn er doch in entscheidenden Punkten anderen Prinzipien – zum Beispiel der Solidarität – untergeordnet wird. Es wird sich allerdings zeigen, dass auch ein „geregelter“ Wettbewerb eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Organisationen spielt.

Was führte also zu den jetzigen Organisationsstrukturen und was veranlasste die AOK-Gemeinschaft in Bayern zum Zusammenschluss? Waren die früheren Strukturen mit vielen einzelnen Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung in der Lage, den in sie gesetzten Erwartungen zur Verwaltung des doch insgesamt riesigen Budgets gerecht zu werden?

Welche Faktoren der Umwelt der GKV hatten sich im Laufe der Jahrzehnte geändert und weshalb und wie hat die AOK darauf reagiert? War die Selbstverwaltung in ihrer früheren Konstitution geeignet, neuen Anforderungen gerecht zu werden? Dies sind wesentliche Fragen, die bei der Rekonstruktion der Gründe, die zum Zusammenschluss und zur strukturellen Neuausrichtung der AOKn in Bayern führten, eine entscheidende Rolle spielen.

Der Neoinstitutionalismus wird dabei den wissenschaftlichen Hintergrund bilden und die sozialwissenschaftliche Retrospektive unterstützen

6 Rekonstruktion der Problemwahrnehmung

Der Neoinstitutionalismus beschreibt, wie bereits erklärt, die Entwicklung von Organisationen.

Die AOK Bayern ist eine Organisation, die hierarchisch gegliedert mit einem gesetzten Regelwerk ein bestimmtes Ziel verfolgt (vgl. Scherer, 2006, S. 19). Wie bereits erwähnt, versucht in diesem Zusammenhang der Neoinstitutionalismus abseits des Zweckrationalismus zu erklären, warum Institutionen erscheinen, wie Strukturen innerhalb einer Organisation entstehen und warum diese sich wandeln. Die Erklärungsmuster des Neoinstitutionalismus beziehen sich vor allem auf Non-Profit-Bereiche (vgl. Maurer & Schmid, 2002). Ein kapitalistisches Wirtschaftsunternehmen ist gekennzeichnet durch Privateigentum und das Ziel, dieses immer weiter zu vergrößern. Die AOK Bayern besitzt weder Privatkapital noch ist sie an Gewinnmaximierung interessiert. Auf die von Kritikern erhobenen Einwände, der Neoinstitutionalismus würde den Kern kapitalistischer Organisationen nicht begreifen, braucht deshalb hier nicht weiter eingegangen zu werden, da die AOK Bayern entsprechend ihrer Natur als gesetzliches Versicherungsunternehmen den Charakter eines Non-Profit-Unternehmens besitzt.

In diesem Kapitel sollen nun die Entwicklungen, die zur Gründung der AOK Bayern führten, unter neoinstitutionalistischen Gesichtspunkten untersucht werden und auch auf die Rolle der Selbstverwaltung und die Auswirkungen des besonderen Marktes, in dem sich die AOK bewegt, eingegangen werden. Ebenso sollen die neuen Führungsstrukturen der AOK Bayern dargestellt werden.

6.1 Die Entstehung der AOK Bayern – Beurteilung der geschichtlichen Entwicklung

Die früheren, einzelnen AOKn in Bayern bewegten sich primär im organisationalen Feld der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie hatten

einerseits als Körperschaften des öffentlichen Rechts den Charakter einer „Behörde“ (vgl. Siebeck, 1968), standen aber andererseits im Laufe der Zeit unter einem immer größer werdenden Konkurrenzdruck durch die Ersatzkassen. Dieser Konkurrenzdruck wurde zwar schon früh registriert, aber zunächst nicht als „lebensbedrohlich“ angesehen. Niemand konnte damals die später eintretenden Änderungen im Wirtschaftsleben und in der Gesellschaft absehen.

So konzentrierten sich die Aktivitäten der AOKn auf die ihr gesetzlich zugewiesene Aufgabe, als „mittelbare Staatsverwaltung“ die gesetzliche Krankenversicherung durchzuführen. Sie durften eine Dienstordnung für ihre Angestellten aufstellen (§§ 351 ff. RVO), die diesen durch Anwendung beamtenrechtlicher Vorschriften bezüglich Pflichten, Besoldung, Ruhestandsregelungen usw. ein beamtenrechtliches Dienstverhältnis ermöglichte. Dieses Recht wurde ihnen übrigens später durch Artikel 5 des Gesundheitsstrukturgesetzes mit Wirkung vom 01.01.1993 wieder abgesprochen.

Über den organisatorischen Aufbau einer AOK unterhalb der Selbstverwaltungsebene ist vor dem 1920 erschienen Artikel von Eller in der Literatur nichts zu finden (vgl. Eller, 1920). Auch finden sich weder vom Hauptverband noch von dem am 24.01.1915 in Nürnberg gegründeten Landesverband bayerischer Ortskrankenkassen Hinweise zu einer zweckmäßigen Ablauforganisation, außer Bearbeitungshinweisen für Statistiken oder die Aufstellung eines Rechnungsabschlusses.

6.2 AOK als Behörde

Der Status der AOK als Körperschaft des öffentlichen Rechts und die Stellung der DO-Angestellten als „Beamte“, das Bezirksamt als Aufsichtsbehörde und der Landkreis oder die kreisfreie Stadt als Garantieträger gaben der AOK etwas „Behördliches“ und prägten damit ihr Verhalten. Dieser Status war – nach dem Bericht des 1929 in den AOK-Dienst getretenen Zeitzeugen Erich Bauer (vgl. Ahrens, 2008, S. 21 ff.) – für das Ansehen der AOK „nicht unerheblich und für ihre Bediensteten auch

nicht, denn der Behördencharakter verlieh damals Ansehen und Respekt“ (Ahrens, 2008, S. 21). Wie der Zeitzeuge weiter berichtete, spielte sich der Umgang mit den Kunden „zumeist in viel zu engen, sehr sparsam und zweckmäßig eingerichteten Schalterräumen“ ab (Ahrens, 2008, S. 21). Aus heutiger Sicht sei dies keine Kundenbetreuung gewesen, sondern eine Abfertigung. Betrachtet man Unterlagen aus dieser Zeit, stellt man fest, dass die Begrifflichkeit „Bedienen von Kunden“ nicht im Sprachgebrauch auftaucht. So wurden Mitarbeiter gesucht, die im „Abfertigungsdienst vollständig bewandert“ waren, und in Stellengesuchen von Fachkräften liest man, dass der Suchende mit der „Kundenabfertigung“ vollkommen vertraut war (vgl. Stellenanzeigen DOK 1923, S. 71). Es überrascht nicht, dass sich an der Wortwahl unter dem Zeichen der nationalsozialistischen Herrschaft nichts änderte. Allerdings verwundert es, dass noch in den 1960er Jahren in Vorstandsniederschriften von der „Publikumsabfertigung dienenden Schalterhalle“ (Niederschrift Vorstandssitzung AOK Kempten 31.03.1966) oder von Maßnahmen zur Verbesserung „in der Abfertigung von Versicherten und Arbeitgebern“ (Niederschrift Vorstandssitzung AOK Kempten 26.04.1967) geschrieben wird.

Der Stellenplan der AOK Kempten wurde regelmäßig nicht ausgeschöpft (1957 waren von 58 Stellen 45 besetzt). Für das Jahr 1961 stellte das Landesprüfungsamt fest, dass vom Stellenplan der AOK Kempten 9 Stellen nicht besetzt waren und die AOK Kempten von der Möglichkeit, den bestehenden Stellenplan zu verbessern, keinen Gebrauch gemacht hatte (Prüfbericht Landesprüfungsamt 1961, Archiv AOK Kempten, Doku-Nr. 251.33, S. 16–18). Die Feststellung, dass in Bayern nur 6 der 38 AOKn höhere Verwaltungskosten als die AOK Kempten hatten, lässt die Vermutung zu, dass die meisten anderen bayerischen AOKn mit Blick auf die Verwaltungskosten die Stellenpläne noch weniger ausschöpften.

Aus dem Dargestellten wird ersichtlich, dass die AOKn in den früheren Jahren sich eher im organisationalen Feld der Behörden der mittelbaren Staatsverwaltung sahen. Das organisationale Feld der GKV, in dem sie eigentlich hätten agieren sollen, hatten sie in ihrer selbstdefinierten Rolle

als Behörde aus dem Auge verloren. Sie orientierten sich an den Vorgaben und Strukturen der AOK-Gemeinschaft. Isomorphie fand zunächst nur innerhalb dieser kleinen Gemeinschaft statt; Strategien und Strukturen wurden dann übernommen, wenn sie bei anderen AOKn erfolgreich waren. So entstand auch im Laufe der Zeit ein allgemeingültiges Muster einer AOK-Verwaltung. Die Einteilung der Geschäftsverteilung der AOK Kempten aus den 1960er Jahren ähnelt der Gliederung einer AOK von 1920, auch wenn nunmehr andere Begriffe wie „Beitragsabteilung“ oder „Leistungsabteilung“ verwendet wurden.

Neben dem Gesetzgeber hatten vor allem die Verbände großen Anteil an der Anpassung der einzelnen AOKn an andere. So förderte die vom Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern (LdOiB) organisierte gemeinsame Ausbildung der DO-Angestellten nach entsprechenden Lehrplänen sowie landesweite gemeinsame Fortbildungen den von Paul J. DiMaggio und Walter W. Powell beschriebenen normativen Isomorphismus. Aus soziologischer Sicht handelten die AOKn bis in die 1970er im Sinne von Max Webers Bürokratiemodell. Nach Weber waren die Organisationen mit der am besten funktionierenden Bürokratie am erfolgreichsten, also diejenigen, die sich durch „Präzision, Schnelligkeit, Eindeutigkeit, Aktenkundigkeit, Kontinuirlichkeit, Diskretion, Einheitlichkeit, straffe Unterordnung, Ersparnisse an Reibung“ (Weber M., 1972, S. 561 f.) auszeichneten. Genau diese Prädikate versuchten die AOKn als Behörden zu erfüllen, um so maximalen Erfolg zu haben und Legitimität zu gewinnen. Wobei als „Erfolg“ stets die Verwaltungskosten im Fokus standen, was dazu führte, dass die „Betreuung“ der Versicherten durch gut ausgebildete Beamte möglichst kosten- und zeiteffizient zu erfolgen hatte und es dadurch zu der beschriebenen „Abfertigung“ kam.

Das Agieren der AOKn hätte zur Erreichung der Legitimität im Sinne des Neoinstitutionalismus wohl für längere Zeit ausgereicht, wenn sie sich ausschließlich im organisationalen Feld von Behörden bewegt hätten. Anders als Behörden im üblichen Sinne standen die AOKn jedoch auch im

„zunehmenden“ Wettbewerb mit Konkurrenten. Ihr primäres organisationales Feld war die GKV, dem auch die Ersatzkassen mit völlig anderen organisatorischen Strukturen angehörten. Erwartungen der Umwelten können sich je nach organisationalem Feld erheblich unterscheiden. Auch können sich innerhalb eines Feldes die Anforderungen und Erwartungen der Umwelt verändern und Organisationen können nur durch stetige Anpassung ihre Legitimität behalten (vgl. dazu Walgenbach, 2002). Mit welchen Umwelterwartungen die AOKn konfrontiert wurden und wie sie reagierten, zeigen die folgenden Abschnitte.

6.3 Wettbewerb und gesellschaftliche Veränderungen

Einem besonderen Wettbewerb mit den Betriebs- und Innungskrankenkassen waren die AOKn nicht ernstlich ausgesetzt. Den AOKn waren nach § 234 RVO alle Versicherungspflichtigen zugewiesen, sofern sie nicht in eine andere gesetzliche Kasse nach § 225 RVO gehörten. Die Abgrenzung war klar: Nahm ein Versicherter zum Beispiel eine Beschäftigung in einem Betrieb auf, für den eine Betriebskrankenkasse errichtet war, wurde er Mitglied dieser BKK, war er in einem Handwerksbetrieb beschäftigt, der einer Innungskrankenkasse angeschlossen war, wurde er Mitglied dieser IKK. Alle anderen wurden Mitglieder der AOK.

Zu Auseinandersetzungen mit diesen Kassen kam es dann, wenn zum Beispiel eine Innung den Anschluss an eine IKK anstrebte oder ein Betrieb eine BKK eröffnen oder auflösen wollte. Aber solche wettbewerblichen Auseinandersetzungen kamen eher selten vor.

Anders war der Wettbewerb mit den Ersatzkrankenkassen (EKKn). Sie waren aus den privatrechtlichen Hilfskassen hervorgegangen und wurden unter nationalsozialistischer Herrschaft durch die 12. Aufbauverordnung vom 24.12.1935 und die 15. Aufbauverordnung vom 01.04.1937 zu Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie waren die Mitbewerber im organisationalen Feld, mit denen sich die AOKn eigentlich tagtäglich hätten auseinandersetzen müssen. Die EKKn spielten allerdings bei Inkrafttreten

der RVO und Gründung der AOKn im Wettbewerb zahlenmäßig keine große Rolle. Einem Mitgliederbestand von 9,7 Millionen bei den Ortskrankenkassen standen lediglich 172.000 Ersatzkassenmitglieder gegenüber (siehe dazu „Statistik über die deutsche Krankenversicherung im Jahre 1914“, DOK, 1921, S. 760–762). Die „Gefahr“, die der Wettbewerb mit den EKKn bringen konnte, wurde trotzdem schon frühzeitig erkannt. 1920 wurde vom Verband der Ortskrankenkassen in Lübeck die Auflösung der EKKn gefordert (vgl. Kalis, 1920). Die Ersatzkassen passten nach der vorherrschenden Meinung nicht in das Bild einer solidarischen Krankenversicherung für alle gesetzlich Versicherten. Sie waren nach ihrer Satzung für bestimmte Berufe und Berufsgruppen errichtet, deren Zugehörige dem Grunde nach bei den AOKn, gegebenenfalls je nach Arbeitgeber bei den BKKn oder IKKn zu versichern waren.

Sonderten sich nun Angestellte, die durchschnittlich höhere Einkommen als Arbeiter erzielten, in Angestellten-Ersatzkassen wie Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Barmer-Ersatzkasse oder Kaufmännische Krankenkasse Halle ab, mussten die „restlichen“ Versicherten den Einnahmeverlust durch einen höheren Beitragssatz ausgleichen. Verstärkt wurde dieser Verlust durch die Tatsache, dass Angestellte seit jeher günstigere Krankheitsrisiken tragen, da sie weniger als Arbeiter bei ihrer Tätigkeit Witterungseinflüssen und Unfallgefahren ausgesetzt sind.

Anders als die AOKn waren die EKKn auf freiwilligen Beitritt ihrer Mitglieder angewiesen. Hatte ein zum satzungsmäßigen Personenkreis zugehöriger Arbeitnehmer die Beitrittserklärung unterschrieben, konnte er sich nach § 517 RVO von der Mitgliedschaft bei der sonst eigentlich zuständigen Krankenkasse befreien lassen. Es versteht sich von selbst, dass die EKKn aktiv um neue Mitglieder werben mussten und dafür einen Außendienst einrichteten und Marketing betrieben, was aufseiten der AOKn die Frage aufwarf, ob Gelder der Krankenversicherung für Eigenwerbung benutzt werden sollten und durften, wie die EKKn dies taten, oder dies einen unlauteren Wettbewerb darstellte und dem Solidaritätsprinzip widersprach (vgl. Bohlmann, 1924).

Der Erfolg der EKKn war neben dem bereits erwähnten günstigeren Versicherungsrisiko ihrer Mitglieder (höheres Einkommen, weniger Krankheitsrisiko) und damit verbundenem günstigeren finanziellen Spielraum auch auf die – damals Propaganda genannten – Marketingmaßnahmen und den Einsatz von Außendienstangestellten zurückzuführen. Daneben hatten die EKKn den Vorteil, vom „gesetzlich verordneten Kassenarztrecht freigestellt“ zu sein (Peters, 1968, S. 335). Die EKKn nutzten ihre strukturellen Vorteile nicht (nur), um ihren Mitgliedern die Versicherung zu einem günstigeren Preis anbieten zu können, sondern vor allem für eine höhere Vergütung von Arzt- und Zahnarztleistungen (vgl. DOK, 1929, S. 1147 ff.). Auf Vorhaltungen vonseiten der AOK, dass die „Ärzte bei der Behandlung von Versicherten in aufdringlicher Weise für die Ersatzkassen Propaganda“ machten, teilte der Ärzteverband mit, dass man es den Ärzten nicht verdenken könnte, „wenn sie für die Ersatzkassen eintreten, mit denen sie sehr zufrieden sind im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen, mit denen sie andauernd in Fehde liegen“. Weiterhin wären sie auch nicht in der Lage gewesen, „einzelnen Ärzten oder Ärztevereinen zu verwehren, ihrer Vorliebe für einzelne Kassenarten Ausdruck zu geben“. Wobei allerdings Folgendes betont wurde: „Vertragskontrahent sind die Ersatzkassen für die Ärzte in gleicher Weise wie die übrigen Krankenkassen, nur häufig ein sehr viel angenehmerer.“ (DOK 1924, S. 618 ff.)

Die AOKn hatten also das Problem, dass ihre Konkurrenz EKKn nicht nur über einen Außendienst verfügte, der mit „allen Mitteln und auf allen Wegen“ versuchte, die „gesetzlichen Krankenkassen in Mißkredit zu bringen“, aus Versichertengeldern „Vertrauensmänner“ in Betrieben finanzierte, denen „auch für die Aufnahme neuer Mitglieder Vergünstigungen gezahlt“ wurden, sondern auch die Leistungserbringer (aus materiellen Gründen) eine EKK-Mitgliedschaft empfahlen (vgl. Bohlmann, 1924). Das Fazit der Ortskrankenkassen war auch hier: Abschaffung der EKKn.

Aus neoinstitutionalistischer Sicht bleibt festzuhalten, dass die AOKn mit ihren Effizienzerfordernissen als Behörde und der dem Grunde nach erforderlichen Strukturangleichung an die Organisation der EKKn in einen Konflikt gerieten, da die Einrichtung eines Außendienstes, Ausgaben für Werbung und Zahlung von Prämien für Mitgliederwerbung dem Selbstverständnis einer Behörde widersprachen. Die AOKn entschieden sich daher für die Zurückweisung einer Strukturangleichung und einer Beurteilung der EKK-Aktivitäten als illegitim.

Christine Oliver beschreibt fünf Strategien, wie Organisationen auf Umweltaforderungen reagieren können. Neben Erdulden, Kompromiss, Vermeiden und Manipulieren sieht sie auch Trotzen als Möglichkeit einer Reaktion auf vermeintlich nicht erfüllbare Umweltaforderungen (vgl. Oliver, 1991).

Erfolg hätte die von den AOKn gewählte Strategie des Zurückweisens und Angreifens des strategischen Verhaltens der EKKn aber nur dann haben können, wenn sich das von den AOKn ins Feld geführte Argument der „Illegitimität“ im organisationalen Feld der GKV durchgesetzt hätte.

Eine Forderung innerhalb der AOK-Gemeinschaft, einen Propagandadienst einzurichten, der eben nicht Mitglieder anwerben sollte, sondern Beschlüsse, Leistungen, ausgezahlte Unterstützungen etc. der Öffentlichkeit zugänglich machen sollte, zeigt allerdings die ersten kleinen Anzeichen einer Anpassung an die erfolgreichen Strategien der EKKn (vgl. DOK, 1924, S. 277–279).

Ernsthafte Veränderungen sollten aber noch sehr lange auf sich warten lassen. Auch in den Nachkriegsjahren wurde die erfolgreiche Reklame und Mitgliederwerbung der EKKn zum Beispiel zwar als negativ angeprangert, aber dennoch sah man keinen Bedarf, diese Strategien zur Imageverbesserung zu übernehmen. Man hoffte die Bürger oder zumindest die Politiker würden das „unmoralische Verhalten“ erkennen und entsprechend reagieren (Taprogge, 1960). Dabei zeichneten sich innerhalb

des organisationalen Feldes GKV gewaltige Änderungen ab, die für die AOKn von existenzieller Bedeutung waren.

Entwicklungen des Arbeitsmarktes

War die Zahl der Arbeiter in den Nachkriegsjahren noch gestiegen – in Bayern von 1,5 Millionen (1939) auf 2,1 Millionen (1950) – stagnierte sie bis in die 1990er Jahre (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 1995). Die Angestellten dagegen nahmen ständig zu, von 407.000 (1939) über 590.000 (1950) auf fast 1,3 Millionen (1970) und sie sollten 1993 mit über 2,4 Millionen die Zahl der Arbeiter (2,1 Millionen) deutlich übersteigen. Während die Arbeiter-EKKn aufgrund ihrer räumlichen Begrenztheit im Wettbewerb nicht die große Rolle spielten, ergab sich nun für die Angestellten-EKKn ein hohes Potenzial für die Werbung neuer Mitglieder. Ursachen für die Änderung waren u.a. die fortschreitende Automatisierung in Fabriken und das Entstehen einer Dienstleistungsgesellschaft (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 1995).

Gesellschaftlicher Wandel

Die AOKn sahen sich früher in der Rolle der mittelbaren Staatsverwaltung, einer Behörde, die einen staatlichen Auftrag zu erfüllen hatte. Die Arbeitnehmer waren zu Beginn der GKV noch damit zufrieden, endlich einen Versicherungsschutz zu genießen, der ihnen rechtliche Ansprüche sicherte, und sie empfanden die damit verbundene Bürokratie als gerechter und effizienter als die frühere, feudalistische Verwaltung, in der sie im Krankheitsfall auf Gnade und Barmherzigkeit der Obrigkeit angewiesen waren. Man war froh, pflichtversichert in einer Zwangskasse zu sein. Dieses Gefühl änderte sich auch während der beiden Weltkriege nicht – man hatte andere Sorgen. Erst nach dem Wiederaufbau und mit dem wirtschaftlichen Aufschwung in den 1960er Jahren trafen „Behörden“, „Bürokratie“ und „Staatsgewalt“ immer mehr auf die Skepsis der Bürger.

„Die Gesellschaft hat sich seit Anfang des Jahrhunderts, als Weber seine Untersuchungen der Bürokratie einführte, von einer industrialisierten, durch

Kriegs- und Krisenjahre gezeichneten Gesellschaft zur modernen Informations- und Konsumgesellschaft gewandelt. [...] Traditionelle Werte wie Religion, aber auch allgemeine Obrigkeitshörigkeit, welche sicherlich zur Akzeptanz der Bürokratie beigetragen hat, haben an Bedeutung verloren.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 25 f.) Die Bürger forderten nunmehr statt einer bürokratischen die „menschliche Verwaltung“, die ihre Anliegen nicht nach „Schema F“, sondern individuell bearbeiteten; aus „Behörden“ sollten „Dienstleister“ werden (vgl. Schedler & Proeller, 2009, S. 61 f.)

Ein Kriterium für die Kassenwahl wurde immer mehr deren Image. Wenn man die Wahl hatte, suchte man sich die Kasse mit dem besseren Image aus, was vermeintlich auch das eigene Ansehen hob. Legte man in der Arztpraxis einen Krankenschein einer Angestellten-EKK vor, konnte man zumindest dokumentieren, dass man kein Arbeiter war. Wenn AOK-versicherte Kinder aus einer Arbeiterfamilie einen kaufmännischen Beruf erlernten, war der Wechsel der Krankenkasse Teil des sozialen Aufstiegs.

Verfassungsmäßige Problematik der unterschiedlichen Behandlung von Arbeitern und Angestellten

Wie bereits dargestellt, waren Arbeiter ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes pflichtversichert in der für sie zuständigen Zwangskasse. Ein Übertritt zu einer Arbeiter-EKK war wie bereits erwähnt meist nicht möglich. Angestellte waren nur bis zu einem bestimmten Jahresarbeitsverdienst versicherungspflichtig und konnten bei höherem Einkommen entscheiden, ob sie sich freiwillig in der GKV weiterversichern, sich privat oder auch gar nicht versichern wollten. Unterlagen sie bei niedrigerem Einkommen der Krankenversicherungspflicht, konnte sie jederzeit zwischen der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse und einer Angestellten-EKK wählen. Der Gesetzgeber war 1969 durch die Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes bemüht gewesen, Arbeiter und Angestellte gleichzustellen. Es war absehbar, dass die unterschiedliche Behandlung der Versicherungspflicht und das eingeschränkte Kassenwahlrecht –

beides stellte eine Diskriminierung der Arbeiter dar – irgendwann auf den Prüfstand kommen würden.

6.4 Wandel der AOK zum Dienstleistungsunternehmen

Erst 1975 wurden sich die bayerischen AOKn einig, entsprechend der Empfehlung des Landesverbands der Ortskrankenkassen in Bayern in jeder AOK ein Referat „Öffentlichkeitsarbeit“ einzuführen (LdOiB-GF-Rschr. Nr. 31/1975, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Die erste Tagung der neuen Öffentlichkeitssachbearbeiter fand am 23.04.1975 statt. In einem Organigramm der AOK Oberallgäu³³ aus dieser Zeit finden sich nunmehr als neue Sachgebiete innerhalb der Abteilung I „Organisation/EDV“ und „Information und Gesundheit“. Unter letztere Umschreibung fiel der Öffentlichkeitssachbearbeiter, man hatte im Umgang mit diesem Begriff offensichtlich immer noch Probleme. Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit waren in erster Linie die Verbesserung der Pressearbeit, Gestaltung der Mitgliederzeitschrift, Durchführung von Gesundheitsausstellungen, Organisation von Gripeschutzimpfungen, Förderung von Lauftreff- und Trimmaktionen, Beschaffung von Werbemitteln wie Poster, Broschüren usw. sowie die Durchführung von Sozialkundeunterricht in Schulen. Bei letztem Punkt griff der LdOiB auf eine vom Verband der Ortskrankenkassen Rheinland entwickelte Konzeption zurück, mit deren Hilfe die bayerischen AOKn den bisherigen Aktivitäten der EKKn im Schulbereich Paroli bieten konnten (vgl. LdOiB-Mitteilung Nr. 128/1976 und LdOiB-GF-Rundschreiben 14/1976, Archiv AOK-Direktion Kempten Oberallgäu).

1977 entschlossen sich die bayerischen AOKn zur Durchführung des Projektes „AOK – Partner der Versicherten und Arbeitgeber“. Aus der Erkenntnis heraus, dass sich das Erscheinungsbild der AOKn und deren Image nicht allein durch die Tätigkeit der Öffentlichkeitssachbearbeiter ändern ließ, sondern ein Einbinden aller Beschäftigten sowie das Zusammenwirken aller AOKn erforderlich waren, beschloss man diese

³³ Die AOK Kempten hatte sich 1974 aufgrund der Gebietsreform mit der AOK Oberallgäu-Süd zur AOK Oberallgäu zusammengeschlossen – später nannte sich die Kasse AOK Kempten-Oberallgäu.

Gemeinschaftsaktion (vgl. Bericht des Geschäftsführers der AOK Kempten-Oberallgäu in der Vorstandssitzung vom 27.10.1976, Archiv AOK-Direktion Kempten Oberallgäu). Wie der Geschäftsführer in dem genannten Bericht feststellte, wurden die AOKn auch noch 1976 „mehr als Behörde gesehen und nicht als die sozialen Dienstleistungsinstitutionen, die sie sein wollen und sein sollen“. Dies liege zum einen an dem aus einer Zeit stammenden Image, in der sich die AOKn selbst mehr als Behörde verstanden hätten; auch sehe man in der AOK häufig die Pflichtkasse, in der die meisten sein müssen, ohne eine Wahl zu haben. Zum anderen liege es aber im Wesentlichen daran, dass die Ortskrankenkassen weithin noch nicht von Verwaltungen mit ausgeprägtem Amtscharakter auf partnerschaftliche Dienstleistungsunternehmen umgestellt werden konnten. Auch dürfe sich die zu verzeichnende Praxis nicht auf eine „Zahlvaterschaft“ beschränken, sondern es müssen über die rein finanzielle Leistung hinausgehende Beratung und Betreuung erfolgen.

Neu war, dass bei diesem vom AOK-Landesverband Rheinland übernommenen Projekt eine Beratungsfirma (Horn & Reinartz, Düsseldorf) eingebunden war und auch auf Erfahrungen und Erkenntnissen von Firmen außerhalb der GKV zurückgegriffen wurde. Das Projekt löste eine umfangreiche Schulung aller Mitarbeiter der bayerischen AOKn über Service und kundenorientiertes Verhalten aus, die auch in die Schulung der Auszubildenden einfluss und dazu führte, dass seitens des LdOiB Trainer ausgebildet und eingesetzt wurden (vgl. dazu LdOiB-GF-Rundschreiben Nr. 152/1980). Der damals initiierte Servicegedanke wurde fester Bestandteil der AOK-Leitthesen und stellt bis heute einen Punkt der Zielvereinbarung dar.

Die AOKn hatten die Veränderung innerhalb ihres organisationalen Feldes und die Notwendigkeit von Reaktionen erkannt. Die Entwicklung des Arbeitsmarktes war ein nicht beeinflussbares Faktum. Die verfassungsmäßige Problematik der unterschiedlichen Behandlung von Arbeitern und Angestellten war nur durch eine Gesetzesänderung zu verändern (die Rolle des AOK-Bundesverbandes als „Institutional

Entrepreneur“ wird in einem der folgenden Kapitel beschrieben) und somit nicht kurzfristig lösbar. So entwickelten sie eine Strategie, die von der Gesellschaft geforderte „menschliche Verwaltung“ in die Praxis umzusetzen, da dieser Punkt von hoher Relevanz für ihre Legitimität war. Es war ein enormer Prozess, die im AOK-System über 60 Jahre praktizierte Geschäftsphilosophie der „hoheitlich handelnden Behörde“ im Sinne Max Webers in die eines Dienstleisters mit dem „Kunden im Mittelpunkt des Handelns“ zu wandeln. Die AOK musste, um ihre Überlebenschancen nicht zu verringern, den neuen Umweltaforderungen konsequent entsprechen. Entkoppelung³⁴ und das Aufbauen von Legitimationsfassaden, indem nur Lippenbekenntnisse abgegeben worden wären und sich nichts geändert hätte, wären von der Umwelt schnell erkannt worden. Der Wandel von einer Behörde zu einer Dienstleistungseinrichtung erfasste übrigens Ende der 1980er bzw. Anfang der 1990er Jahre auch andere öffentliche Verwaltungen. Dieser Wandel fand – wie bereits beschrieben – unter dem Oberbegriff „New Public Management“ zu Beginn der 1990er Jahre Einzug in die Organisationsforschung (vgl. Schedler & Proeller, 2009, S. 37).

6.5 Veränderung durch Isomorphie

1982 wurde bei den bayerischen AOKn ein „AOK-Betriebsdienst“ aufgebaut, der neben der Betriebsprüfung der Beitragsabteilung zugeordnet wurde. Mit dem Betriebsdienst sollte den Arbeitgebern ein Betriebsberater zur Seite stehen, der den Betrieben allein für Fragen zur Verfügung stand und so das Manko gegenüber der EKKn, die über einen Firmenaußendienst verfügten, ausgeglichen werden.

1983 bauten die AOKn einen Außendienst zur Werbung von Berufsstärtern in Angestelltenberufen auf, dessen Aufgabe die Verhinderung der Abwerbung dieses Personenkreises durch die EKKn war. Denn die Angestellten-Auszubildenden waren kraft Gesetzes bei der Pflichtkasse zu versichern, außer sie wurden durch Beitrittserklärung Mitglied einer EKK.

³⁴ Zum Begriff „Entkoppelung“ sowie dessen Problembehaftung wird als schneller Überblick Kirchner & Meyer, 2016 empfohlen

Der vom LdOiB schon früher initiierte Außendienst (vgl. LdOiB-GF-Rschr. 2/1980, 55/1980, 184/1980, 14/1981, 215/1981, 36/1982, alle Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu) wurde von den bayerischen AOKn ab 1983 mit unterschiedlicher Intensität mit Leben erfüllt. Die vom Bundesverband empfohlene Besetzung mit wenigstem einem hauptamtlichen Außendienstmitarbeiter und mehreren nebenamtlichen (LdOiB-GF-Rschr. 213/1984, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu) war wohl bei den meisten der bayerischen AOKn vorhanden; der Erfolg der Aktion war bei den einzelnen AOKn jedoch sehr unterschiedlich (vgl. LdOiB-GF-Rschr. 114/1986, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Ähnlich wie die EKKn ließen nunmehr auch die AOKn „Mitgliedschaftserklärungen“ unterschreiben, mit denen den Auszubildenden das Gefühl der „freien Entscheidung“ gegeben wurde. Diese Mitgliedschaftserklärungen führte zu heftigem Widerspruch der EKKn, der zum Teil in gerichtlichen Auseinandersetzungen endete (vgl. LdOiB-GF-Rschr. 36/1982 und 70/1988, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Die AOKn hielten aber an diesem Verfahren fest, weil sie damit weg vom Image des „Pflichtversichertseins“ in der „Zwangskasse“ wollten.

Für die Schulung der Außendienstmitarbeiter bedienten sich die AOKn – bis zum Aufbau eigener Außendiensttrainer – der Unterstützung von Unternehmensberatungen (LdOiB-Rschr. 37/1988, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu).

Heute ist bei der AOK Bayern unter dem Zeichen des freien Wahlrechts der Außendienst für die Mitgliedergewinnung ein äußerst wichtiger und unverzichtbarer Teil der Organisation und ist ausschließlich mit speziell geschulten, hauptamtlichen Mitarbeitern besetzt.

Aber auch die EKKn ihrerseits reagierten auf den vermeintlichen Vorteil des großen Geschäftsstellennetzes der AOKn mit der Möglichkeit der besseren persönlichen Betreuung der Kunden und verbesserten ihre Präsenz durch Vermehrung ihrer Geschäfts-, Verwaltungs- und Zweigstellen (vgl. LdOiB-GF-Rschr. 186/1982, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu).

Ebenfalls 1983 verabschiedete der Ortskrankenkassentag Marketingleitlinien, in denen sich die AOKn zu einem gemeinsamen Auftritt verpflichteten und die Werbung ausdrücklich als Mittel bezeichneten, Vorurteile gegenüber der AOK abzubauen und Mitglieder zu werben (Henkel-Hoving, 2008, S. 48). In den folgenden Jahren entdeckte die AOK-Gemeinschaft die Prävention als neues Betätigungsfeld (vgl. Eberle, 1985 und Klein, 1987).

Das strategische Verhalten der AOKn Anfang der 1980er Jahre war geprägt durch Strukturangleichung an die im organisationalen Feld (scheinbar) erfolgreicher agierenden EKKn. Hatten sie Werbung und Außendienst bis dahin als illegitim zurückgewiesen, mussten sie erkennen, dass sich Werbung und Außendienst der konkurrierenden Ersatzkassen zur Selbstverständlichkeit entwickelt hatten, die nicht mehr hinterfragt, sondern als richtig und angemessen betrachtet wurde und damit ein „institutionalisiertes Element“ dieser Organisationen darstellte (vgl. Walgenbach, 2006, S. 355 und Milloning, 2002, S. 44 f.). Die durch Nachahmung (Mimese) erfolgte Übernahme dieser Strukturen führte zur Erhöhung der Legitimität des Unternehmens und steigerte so die Überlebenschancen.

Umgekehrt hatten die EKKn auf den (vermeintlichen) Vorteil des größeren AOK-Geschäftsstellennetzes reagiert.

Isomorphie bewirkt die Angleichung von Strukturen und damit allerdings auch den Ausgleich von Wettbewerbsvorteilen. Strukturelle Wettbewerbsvorteile können sich demnach Organisationen nur für einen bestimmten Zeitraum sichern, nämlich nur so lange, bis die Mitbewerber im organisationalen Feld den Vorteil durch mimetische Prozesse wettgemacht haben.

Vor allem mit der Entwicklung des Konzeptes der „Prävention“ im Gesundheitswesen wollten die AOKn sich eine eigene Identität schaffen und sich von den anderen Kassen abgrenzen. Allerdings zeigte sich bei all diesen Aktivitäten ein organisatorisches Handicap: In Bayern existierten zu

diesem Zeitpunkt 39 eigenständige AOKn, die – wie beschrieben – die Maßnahmen nicht gleichermaßen umsetzten, sondern sich zum Teil entkoppelten und so Fassaden aufbauten.

6.6 „AOK“ als Marke

1986 war die Düsseldorfer Agentur Intermarco-Farner mit einer Idee an den AOK-Bundesverband herangetreten, die die AOKn in ein völlig neues Licht stellen sollte. Nachdem sich die AOKn schon vielerorts mit Ernährungsberatung, Lauftreffs, Vorträgen und Raucherentwöhnungskursen für die Gesundheitsvorsorge einsetzten, empfahl die Agentur, sich als „AOK – Die Gesundheitskasse“ zu bezeichnen (vgl. Henkel-Hoving, 2008). Der AOK-Bundesverband übernahm diese Kommunikationsstrategie, die naturgemäß bedingte, dass die AOKn vor Ort die bundesweit propagierten Angebote zur Gesundheitsvorsorge auch vorhielten. Dies erforderte, da jede AOK eine eigene Körperschaft war und die Verbände nur beratende Funktion hatten, Überzeugungsarbeit bei der ehrenamtlichen Selbstverwaltung in jeder einzelnen AOK.

1987 waren in der AOK Kempten-Oberallgäu bereits eine Ernährungsberaterin eingestellt (siehe Betriebsmitteilung Nr. 6/1987, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu) und ein Projektleiter bestimmt worden. Das Projekt „AOK – Die Gesundheitskasse“ sollte nicht (nur) eine Werbekampagne sein, sondern eine neue Unternehmensphilosophie, eine mit anderen Krankenkassen nicht zu verwechselnde eigene „Marke“ schaffen. Besonders im Bereich Ernährung und Bewegung sollten die AOKn vor Ort Angebote präsentieren.

Im März 1988 wurde der neue Name der AOK verkündet (Henkel-Hoving, 2008, S. 48). Das Engagement der einzelnen AOKn war – ähnlich wie bei der Einführung des Außendienstes – unterschiedlich. So hatten von den 39 bayerischen AOKn im April 1988 lediglich neun eine Ernährungsberatung mit festangestellten Kräften und fünf bedienten sich Honorarkräften, 15 AOKn hatten noch keine Ernährungsberatung im Programm, was sich

allerdings – auf dringende Empfehlung der LdOib – bald änderte (LdOib-GF-Rschr. 85/1988, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Heute sind Ernährungs- und Sportfachkräfte in jeder AOK-Direktion selbstverständlich.

Die neue Marke „AOK – Die Gesundheitskasse“ war äußerst erfolgreich. Die Aktivitäten der „neuen“ AOK fanden in der Politik und in den Medien positive Resonanz. Die erste Wirkungsmessung zu diesem Projekt vom Mai 1991, mit der die Firma „Produkt und Markt“ beauftragt worden war, zeigte, dass die AOK mit ihrem neuen Markenprofil bei den Versicherten angekommen war. Die Bereitschaft, ihre Kasse anderen weiterzuempfehlen, war bei den AOK-Versicherten bundesweit von 53 Prozent im Jahr 1988 auf 60 Prozent im Jahr 1991 gestiegen, bayernweit auf 62 Prozent, bei der AOK Kempten-Oberallgäu sogar auf 72 Prozent (siehe dazu Beratungsvorlage zu TOP 4 der Vorstandsvorsitzung der AOK Kempten-Oberallgäu vom 23.09.1991, Doku-Nr. 795.630, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Damit lag die Empfehlungsbereitschaft bundesweit erstmals auf – in Bayern sogar über – dem Niveau der großen Ersatzkassen.

Bemerkbar wurde das verbesserte Image auch bei den Mitgliederzahlen. Bei der AOK Kempten-Oberallgäu stiegen die Mitgliederzahlen von etwa 65.000 (1986) auf rund 71.000 (1996), bayernweit von 3,43 Millionen (1986) auf 3,56 Millionen (1996), was für die AOK Kempten-Oberallgäu eine Steigerung von 9,2 Prozent, für Gesamtbayern eine Steigerung von 3,8 Prozent bedeutete (siehe Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 1995).

Auf den Erfolg der AOKn mit ihrem „Gesundheitskassen“-Projekt reagierte die Konkurrenz. 1991 stellten die Ersatzkassen eigene „Konzeptionen zu Gesundheitsförderung“ vor und boten ihren Versicherten „individuelle Ernährungsberatung“, Rückenschule und Training zur Stressbewältigung an (siehe LdOib-ID 2/344/1991, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu).

1992 wurde bei den AOKn zur Verbesserung der Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und sonstigen Leistungserbringern ein Vertragspartner-Service eingeführt, der die Bedeutung dieser Personenkreise als Meinungsbildner berücksichtigte und damit zur Imageverbesserung beitragen sollte. Ebenfalls wurde in diesem Jahr das Konzept „Gewinnung von Betreuungsbeauftragten in Betrieben“ umgesetzt, wonach die AOKn Mitarbeiter in Lohn- und Gehaltsbüros in ihre Dienste nehmen konnten (vgl. LdOib-ID 2/115/1992, LdOib-ID 2/36/1992, beides Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu).

6.7 AOK-Bundesverband als „Institutional Entrepreneur“

Wie schon dargestellt, bewegt sich eine Organisation in diversen organisationalen Feldern und Umwelten. Dabei hängt die Zuordnung der jeweiligen Umwelt zu einer Organisation von der Perspektive des jeweiligen Betrachters ab. Für die gesetzlichen Krankenkassen ist der Staat ein wichtiger Akteur im organisationalen Feld GKV, da er durch Gesetze bedeutende Veränderungen im organisationalen Feld mit weitreichenden Auswirkungen für die Organisationen bewirken kann. Grundlegende Änderungen in diesem Feld sind, da jedes Handeln der Organisationen gesetzlich geregelt wird, ohne die „starken“ staatlichen Elemente „Regierung“ und „Parlament“ nicht denkbar. Will eine Krankenkasse, wie hier die AOK, Änderungen in ihrem organisationalen Feld auslösen, muss sie den Akteur Staat von der Notwendigkeit neuer Strukturen und Institutionen überzeugen. Sie muss versuchen, „Macht aufzubauen, um sie als Ressource und Potential gegenüber ihren Umwelten zu benutzen und bestimmte Strukturen, Prozesse und Erwartungen zu generieren. In diesem Fall bringt die Organisation selbst legitime Strukturen und Regeln hervor, treibt ihre Verbreitung voran, beeinflusst als mächtiger Akteur die relevanten Umwelten und gewährleistet dadurch ihren Fortbestand.“ (Jörges-Süß, 2007, S. 90)

Auch New Public Management sieht als wichtige Aufgabe der öffentlichen Verwaltung neben dem Vollzug von Gesetzen und Verordnungen die

Vorbereitung von politischen Entscheidungen. „Die Politik ist in ihrer Entscheidungsvorbereitung auf die fachliche Unterstützung der Verwaltung angewiesen. Die Aufgabe und Leistung der Verwaltung besteht einerseits darin, die Politik mit Informationen, welche sie aus ihrer Vollzugstätigkeit gewinnt, zu versorgen und den Mitgliedern der Parlamente damit notwendige Entscheidungsgrundlagen zu liefern. Andererseits wird die Verwaltung bzw. die Regierung regelmässig mit der Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen betraut und trägt damit direkt zum politischen Entscheidungsprozess bei. Der Gesetzentwurf ist für Parlamente inhaltlich nicht bindend, löst aber dennoch Zwang zur Diskussion und Behandlung aus. Die Verwaltung nimmt damit faktisch eine politische Funktion wahr, denn die Selektion der Information in sich ist Politik. Dies ist umso bedeutender, als die Verwaltung gegenüber der Politik von einem erheblichen Informationsvorsprung profitiert.“ (Schedler & Proeller, 2009, S. 23)

Ende der 1980er Jahre griffen die AOKn das Thema auf, das nach ihrer Meinung früher oder später ohnehin Gegenstand politischer Entscheidungen werden würde: Die Gleichstellung der Arbeiter bezüglich des Wahlrechts in der GKV mit den Angestellten. Die alleinige Einführung des freien Wahlrechts hätte allerdings bei den unterschiedlichen Versicherungsrisiken die AOKn existenzbedrohend benachteiligt.

Die Vision des AOK-Bundesverbandes war daher, zunächst gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen für alle Krankenkassen innerhalb der GKV zu schaffen und dann das freie Wahlrecht für alle Versicherten einzuführen. Gleichzeitig sollten die AOKn durch eine „innere Erneuerung“ stärker, einheitlicher und handlungsfähiger werden.

Schon im Herbst 1989 hatte der AOK-Bundesverband Thesen zu einer Organisationsreform in der GKV aufgestellt, die im Wesentlichen die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs und damit verbunden das freie Wahlrecht für alle Versicherten forderten (vgl. DOK 1991, S. 531 ff., Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu), und war

mit diesen Thesen an die Politik herangetreten. Die Bundesregierung hatte diese Überlegungen aufgegriffen und in einer Regierungserklärung eine Reform der Organisations- und Finanzstrukturen angekündigt mit den Fixpunkten:

- Erweiterung der Kassenwahlfreiheit unter Wahrung des gegebenen Systems und
- Reduzierung von strukturell bedingten Beitragssatzunterschieden bei Ablehnung eines kassenartenübergreifenden Finanzausgleichs.

Allerdings war aufgrund des lobbyistischen Drucks durch die Deutsche Angestellten Gewerkschaft (DAG), die BKKn und EKKn die Organisationsreform bei der politischen Vorabstimmung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 von der Tagesordnung der Bonner Politik abgesetzt worden (vgl. Knieps, 1992, S. 626).

Eine nochmalige Forderung der AOKn auf der AOK-Bundestagung am 14. und 15.09.1992, bei der der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) und der SPD-Sozialexperte Rudolf Dreßler anwesend waren, brachte die Wende: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde am 21.12.1992 weitgehend mit den vom AOK-Bundesverband geforderten Inhalten verabschiedet.

„Seit langer Zeit ist dies das erste lobbyistische Erfolgserlebnis der AOK. [...] Früchte dieses vereinten Handelns sind direkt greifbar. Die Gleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten [...] oder die Abwehr unzumutbarer Belastungen der Versicherten sind auch von der AOK in den Mittelpunkt der politischen Aktivitäten gerückt worden.“ (Knieps, 1993, S. 160) Das GSG brachte für die Kassen folgende wesentliche Änderungen:

- Freies Kassenwahlrecht für alle Versicherten ab 1996. Das bis dato bestehende System der Zuweisung von Arbeitnehmern zu Primärkassen und der Möglichkeit für Angestellte zum Wechsel in eine EKK wurde zum 31.12.1995 beendet. Jeder kann sich nun seine Krankenkasse selbst aussuchen.

- Kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich ab 1994. Er sollte, wie bereits beschrieben, für alle Kassen gleiche Startchancen schaffen.
- Neue Entscheidungsstrukturen in der Selbstverwaltung ab 1996. Die bisherige Selbstverwaltungsstruktur der Krankenkassen (Vertreterversammlung, Vorstand) wird aufgehoben und als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Die Aufgaben des bisherigen ehrenamtlichen Vorstandes und des hauptamtlichen Geschäftsführers werden zusammengefasst und dem hauptamtlichen Vorstand übertragen. Dieser wird vom Verwaltungsrat für sechs Jahre gewählt, Wiederwahl ist möglich (vgl. § 35a SGB IV).

Das neue Gesundheitstrukturgesetz eröffnete für die AOK neue Chancen, aber auch Risiken, die es zu beachten galt: „Die Auswirkungen des GSG erschöpfen sich aber nicht in neuen Regelungen, die effizient und effektiv umgesetzt werden müssen. Vielmehr schafft das GSG ein völlig neues Ordnungssystem in der GKV, in dem die AOK ihren Platz behaupten und sich neuen Spielregeln anpassen muß. Die souveräne Entscheidung des Versicherten über die Wahl seiner Krankenkasse wird Legitimation und Erfolgsmaßstab zugleich für die Krankenkassen und deren Verantwortlichen. Die Existenz einer Kassenart hängt nicht mehr vom politischen Willen ab, sondern wird weitgehend Marktgesetzen überlassen.“ (Knieps, 1993, S. 160)

Aus neoinstitutionalistischer Sicht handelte der AOK-Bundesverband unter dem Druck des gesellschaftlichen Wandels. Er musste das Problem „freies Wahlrecht“ aktiv angehen, die Bedingungen dafür, nämlich den Risikostrukturausgleich, durchsetzen und dadurch das Überleben der AOKn im Wettbewerb sichern. Akteure, die ein spezifisches Interesse an der Veränderung der institutionellen Struktur haben, bezeichnet DiMaggio als „Institutional Entrepreneurs“ (vgl. Punkt 2.5). Diese setzen „Ressourcen und Macht ein, um ihre Interessen zu verwirklichen, sind aber gleichzeitig von anderen Akteuren und deren Ressourcen abhängig [...]“ (Jörges-Süß,

2007, S. 85). Der AOK-Bundesverband war zur Durchsetzung seiner Ziele auf den Akteur „Staat“ angewiesen, da nur dieser durch gesetzliche Regelungen die erforderlichen neuen Strukturen im organisationalen Feld schaffen konnte.

Der AOK-Bundesverband hatte sein strategisches Ziel, Defizite der Vergangenheit auszumerzen, erreicht:

- Die AOK war nicht mehr die „Zwangskasse“, der man zugewiesen war, man gehörte ihr freiwillig an.
- Die Nachteile der Versichertenstruktur wurden durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen.
- Das Ansehen der AOK war durch den Wandel zum „Dienstleister“ und mit dem Profil „Gesundheitskasse“ gestiegen.
- Die Hemmnisse in der Umsetzung von neuen Geschäftsideen und Marketingmaßnahmen, für die offensichtlich zum großen Teil die Selbstverwaltungsstrukturen verantwortlich gemacht wurden, sollten durch die neue Aufgabenverteilung beseitigt werden.

Aber auch der Prozess der Zusammenlegung von AOKn war Bestandteil der Strategie des AOK-Bundesverbandes (Knieps, 1992, S. 631). Im Gegensatz zu den obengenannten Punkten, zu denen deutliche Aussagen gemacht worden waren, war hier lediglich von „Regionalisierung“ der AOK-Strukturen die Rede, wobei nicht geklärt war, was unter Region zu verstehen war. Dies sollte bei den bayerischen AOKn zu deutlichen Meinungsverschiedenheiten führen.

Dem AOK-Bundesverband als „Institutional Entrepreneur“ war es jedenfalls gelungen, mit seiner Macht und durch Überzeugung des Gesetzgebers die Umwelt der AOK durch neue Prozesse und Regeln zu beeinflussen und damit auch die Grundlage für neue Organisationsstrukturen zu schaffen, die der AOK Legitimität sichern sollten.

6.8 Auswirkungen auf die bayerische AOK-Gemeinschaft

Ende der 1980er Jahre wurden – wie beschrieben – Forderungen des AOK-Bundesverbandes laut, die „Vielstaaterei“ aufzugeben und stattdessen die einzelnen AOKn zu leistungsfähigen Einheiten auf mindestens regionaler Ebene zu bündeln (vgl. Heitzer, 1989). Hierzu wurde unter anderem vom damaligen Vorstandsvorsitzenden des AOK-Landesverbandes und des AOK-Bundesverbandes, Willi Heitzer, gefordert, dass AOKn für ein Bundesland oder sogar länderübergreifend gebildet werden sollten.

Diese Forderung stieß bei den 39 bayerischen AOKn auf geteilte Meinungen. Die Gegner einer solchen Fusion führten im Wesentlichen folgende Punkte auf:

- Die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsgremien aus Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber aus der engeren Heimat können ortsspezifisch auf Besonderheiten und Belange vor Ort eingehen. So entsteht eine engere Verbundenheit mit der AOK vor Ort und ein besonderes Vertrauensverhältnis, dem eine Verwaltung im „entfernten“ München nicht gerecht werden kann.
- Das oberste Entscheidungsgremium – die Geschäftsführung bzw. künftig der hauptamtliche Vorstand – ist für den Kunden vor Ort greifbar und Entscheidungen können bei Bedarf vor Ort diskutiert werden.
- Im Sinne der regionalen Verantwortung – wie es die Bezeichnung „Allgemeine Ortskrankenkasse“ beinhaltet – können Rücklagen am Ort angelegt werden und das Kapital bleibt so in der Region.
- Dem Image der Ortskrankenkasse als Einrichtung der Heimat kann eine Groß-AOK nicht gerecht werden. So kann an die Solidarität der Bevölkerung und der heimischen Wirtschaft mit der AOK dann nicht mehr appelliert werden.
- Durch den Zusammenschluss zu einer Landes-AOK fallen die Anreize zum Sparen weg, da sich jede „Teil“-AOK auf den finanziellen Ausgleich innerhalb der Groß-AOK verlassen kann.

(vgl. TOP 5 Vorstandssitzung AOK Kempten-Oberallgäu vom 15.01.1993, Archiv AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu)

Allerdings sprachen auch Argumente für eine Vereinigung zu einer AOK Bayern. Der zum damaligen Zeitpunkt stark variierende Beitragssatz zwischen den bayerischen AOKn war Hauptargument für eine Landes-AOK. Auch der Risikostrukturausgleich wäre damals nicht in der Lage gewesen, diese gravierenden Unterschiede auszugleichen.

Nach dem ebenfalls durch das GSG geänderten § 145 Abs. 1 SGB V hatte die Landesregierung die Möglichkeit, Zwangsfusionen gleicher Kassenarten durchzuführen, wenn dadurch die Leistungsfähigkeit einzelner Kassen verbessert werden konnte oder der Bedarfssatz einer Kasse den landes- oder bundesweiten Durchschnitt um mehr als 5 Prozent übersteigen sollte.

Einige bayerischen AOKn hatten bereits angekündigt, einen solchen Antrag stellen zu wollen. Dabei wäre es völlig offen gewesen, wie die Landesregierung entschieden hätte. Hätte sie die antragstellende AOK nur mit einer Nachbarkasse vereinigt, wäre absehbar gewesen, dass dieser Fusion eine nächste folgen würde. Statt mit Wettbewerb und der Konkurrenz hätten die AOKn sich nur mit sich selbst beschäftigt.

Nach Meinung des AOK-Bundesverbandes sprachen folgende weitere Gründe für eine Landes-AOK:

- Einheitliche, flächendeckende und wirkungsvollere Umsetzung von Marketingkonzepten. (Hier rächte sich die beschriebene zögerliche Umsetzung von bundesweit beschlossenen Konzepten, zum Beispiel zum Außendienst und zum Image als Gesundheitskasse.)
- Intensive Marktbeobachtung, die sich wie die Meinungsforschung zentral sehr viel professioneller gestalten ließe.
- Vertrieb (Außendienst), der durch Synergieeffekte und dadurch entstehende Finanz-/Personalressourcen in anderen Bereichen beträchtlich erweitert werden könnte.

- Leichtere Umsetzung innovativer Ideen einzelner AOKn für alle. Auch die Rekrutierung und Beschäftigung von Fachkräften vieler größerer Versicherungsgemeinschaften schon aus ökonomischen Gründen leichter.
- Kostensteuerung im Gesundheitswesen, die mit größerer Geschlossenheit und spezialisiertem Fachwissen betrieben werden könnte.
- Günstigere Zinskonditionen durch den Einsatz größerer Finanzmittel.
- Synergieeffekte durch die Zentralisierung bestimmter Aufgaben (z.B. Personalverwaltung, EDV, Ersatzleistungswesen).
- Einheitliches, EDV-gestütztes Planungs- und Controllingssystem.
- Ausbau eines noch dichteren Netzes an Geschäftsstellen. Die Stärke der AOK, die örtliche Präsenz, solle bei einem Zusammenschluss keinesfalls aufgegeben werden. (vgl. dazu Knieps, Pannen, Meyers-Middendorf & Tophoven, 1993)

Da sich ein freiwilliger Zusammenschluss der 39 bayerischen AOKn nicht abzeichnete, beauftragte der AOK-Landesverband Bayern die Unternehmensberatung McKinsey & Company Inc., die verschiedenen Möglichkeiten von kleineren Zusammenschlüssen bis zu einer Fusion zur Landes-AOK zu prüfen und vorzustellen.

Über den damaligen Zustand und die Chancen der losen bayerischen AOK-Gemeinschaft hielt McKinsey folgende Schlussfolgerung fest:

„Diese typischen Strukturprobleme einer Verbandsorganisation können bereits heute nicht mehr durch die traditionellen Stärken der AOK-Gemeinschaft ausgeglichen werden: starke loyale Verwurzelung der selbstverwalteten Einzel-AOKs, dezentrale Ergebnisverantwortung, Wirken ‚gestandener‘ Geschäftsführer (Praktiker) vor Ort und ein enger Zusammenhalt auf regionaler Ebene. Wie Detailanalysen belegen [...], wird die AOK-Organisation in ihrer heutigen Form den veränderten Markt-/

Wettbewerbsanforderungen der 90er Jahre nicht mehr gerecht.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 12 ff)

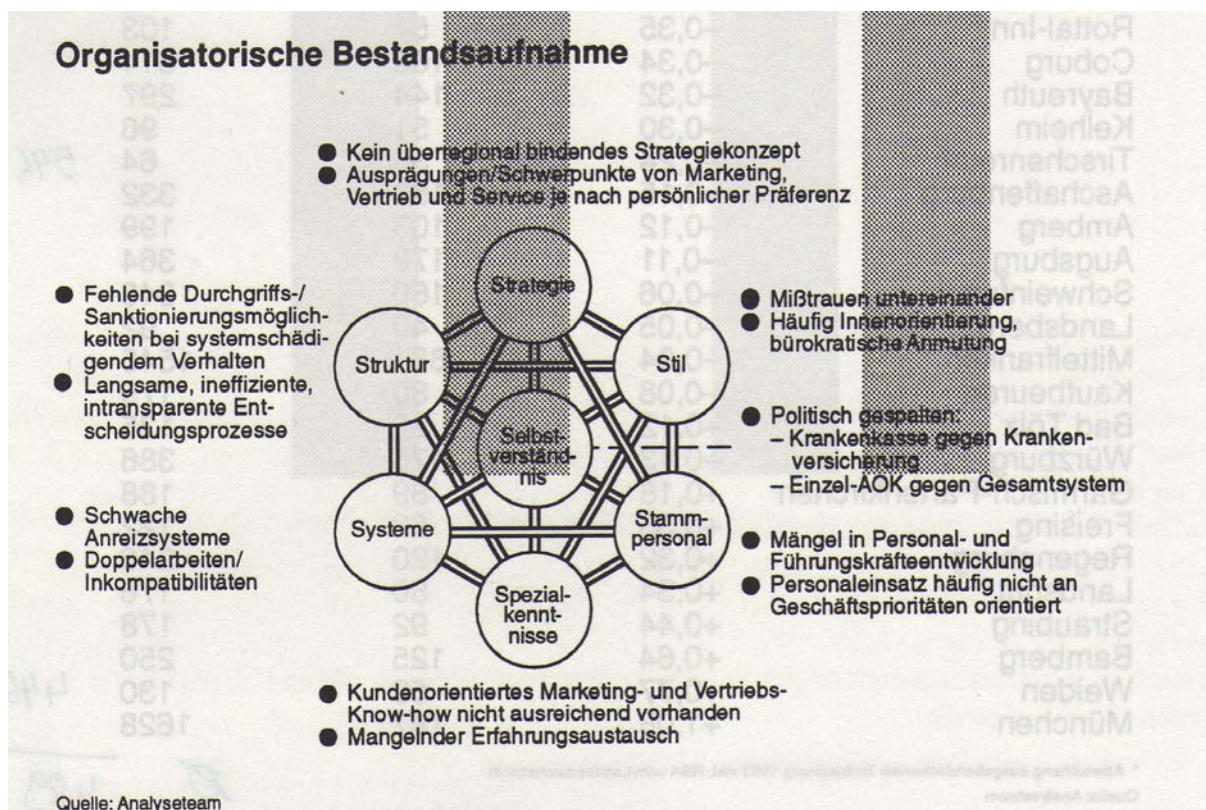


Abbildung 15: Organisatorische Bestandsaufnahme (McKinsey & Company, 1994, S. 14)

Das oben dargestellte Schaubild zeigt die Mängel der damaligen Struktur bzw. Organisation auf. Die zum einen auf persönlicher Ebene liegenden Probleme (Misstrauen untereinander, Schwerpunkte gemäß persönlicher Präferenz des Geschäftsführers) und die zum anderen unterschiedlichen Feinstrukturen der einzelnen AOKn führten zum damaligen Zeitpunkt zu der Ansicht, dass die Anforderungen, die das GSG an die AOK stellte, nur mit einem einheitlichen Beitragssatz zu überwinden seien. Der durch den RSA angestrebte Beitragsausgleich wurde von McKinsey negativ bewertet: „Heute variiert der Beitragssatz zwischen 11,9% in Erding und 13,9% in Bamberg, Schweinfurt und Würzburg, ohne daß damit für die Kunden erkennbare Leistungsunterschiede verbunden wären [...]. Auch mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs werden die Unterschiede in den

Beitragssätzen zwischen den einzelnen AOKs keineswegs verschwinden, sondern tendenziell eher noch zunehmen: In der Vergangenheit konnten die städtischen AOKs über höhere Beitragseinnahmen vom vergleichsweise höheren Einkommensniveau ihrer Mitglieder profitieren. Mit Einführung des RSA entfällt dieser Vorteil – bei weiterhin unverändert hohem Versorgungsniveau [...]“ (McKinsey & Company, 1994, S. 20 f.) Die geforderte Preisangleichung, um sich auf dem Markt durchsetzen zu können, war zum damaligen Zeitpunkt nur durch Fusionierung erreichbar. Zwar mussten die bessergestellten AOKn eine Anhebung ihres Beitragssatzes hinnehmen, aber „Vorteile überwiegen Nachteile“ (McKinsey & Company, 1994):

- In den von McKinsey definierten Problemregionen (in den Großstädten) würden die Kosten so weit ansteigen, dass der Beitragssatz nicht mehr niedriger als der der EKKn gehalten werden könnte. Der dadurch entstehende Ausleseprozess würde dazu führen, dass das bayerische AOK-Netz löchrig werden würde, wobei dies vor allem in den Großstädten zu befürchten sei.
- Die ländlichen Regionen könnten ihre Preisvorteile nicht vollends ausschöpfen und den zufälligen Standortvorteil (billigeres Versorgungsangebot) nicht komplett ausnützen.
- „Die völlig gegensätzliche Situation beider AOK-Gruppen eröffnet die Chance zu einem auch langfristig tragfähigen Finanzausgleich. Damit kann über die Vereinheitlichung der Beitragssätze grundsätzlich allen Einheiten der AOK-Gemeinschaft ein dauerhaftes Fortbestehen am Markt gesichert werden.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 25)
- Bei den Kunden wäre nur ein relativ kleiner Stamm von einer Beitragserhöhung betroffen, im Gegenzug könnte aber eine relativ große Anzahl von einer Beitragsreduzierung profitieren.

Mit dem damaligen, von McKinsey festgestellten Ist-Zustand war eine der Fragen, die der Landesverband Bayern gestellt hatte, nämlich ob es sich

empfehle, „alle derzeit 39 AOKs als Geschäftsstelle mit Autonomie aufrechtzuerhalten“, bereits beantwortet.

McKinsey untersuchte neben der Fusionierung drei weitere Möglichkeiten zur Umsetzung einer Beitragsangleichung.

„Subventionierung ohne Durchgriffsmöglichkeiten“ wurde als erste Variante geprüft. Diese Form wäre sowohl rechtlich als auch betriebswirtschaftlich kaum durchsetzbar und im Zweifelsfall nur unter „Einschränkung der Autonomie der Subventionsgeber“ (McKinsey & Company, 1994, S. 28) möglich. Die zweite Variante war die Zuführung zweckgebundener Mittel, die den Mittelempfänger verpflichtet hätte, die Subvention nach Anweisung der Gemeinschaft zu nutzen. „Die Folge wäre ein extrem aufwendiges bürokratisches Regelwerk; im Konfliktfall müssten sogar externe Schiedsrichter eingesetzt werden. Eine derartige Lösung wäre ineffizient und nicht praktikabel.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 29) Als letzte Möglichkeit wurde die Subventionierung bei Einräumung universeller Durchgriffsmöglichkeiten geprüft. „Auch eine solche Regelung zwischen rechtlich selbstständigen Einheiten ist äußerst problematisch: Auf längere Sicht geraten die Subventionsnehmer zwangsläufig in eine Art ‚Satelliten‘-Status – ihre Selbstständigkeit würde ausgehöhlt; es gäbe keinen Grund mehr, die Verbandsstruktur beizubehalten.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 29)

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Bildung größerer Einheiten aus damaliger Sicht notwendig war, um auf dem durch das Gesundheitsstrukturgesetz geschaffenen Markt bestehen zu können. Um den erforderlichen Finanzausgleich sicherzustellen, musste eine Struktur gefunden werden, die organisatorisch sinnvoll ist, den Vorgaben des Sozialgesetzbuches entspricht und dem Charakter der Allgemeinen Ortskrankenkasse vor Ort gerecht wird.

Hierzu wurden von McKinsey zwei Umsetzungsmöglichkeiten beschrieben: die AOK Bayern als Holding-Verbund oder als eine Landes-AOK.

Als Vorbild für die Holding diente die AOK in Sachsen, wo drei fast gleichgroße AOKn mit gleichen Beitragssätzen agierten. „Über eigene Satzungen haben sich die drei AOKs und der Landesverband dazu verpflichtet, sich in bestimmten Sachgebieten den Anweisungen der Gemeinschaft zu beugen und über einen entsprechenden Finanzausgleich die Auseinanderentwicklung der Beitragssätze zu vermeiden.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 30) Übertragen auf Bayern, war die Idee, innerhalb des Holding-Verbundes sieben AOKn auf Regierungsbezirksebene zu gründen.

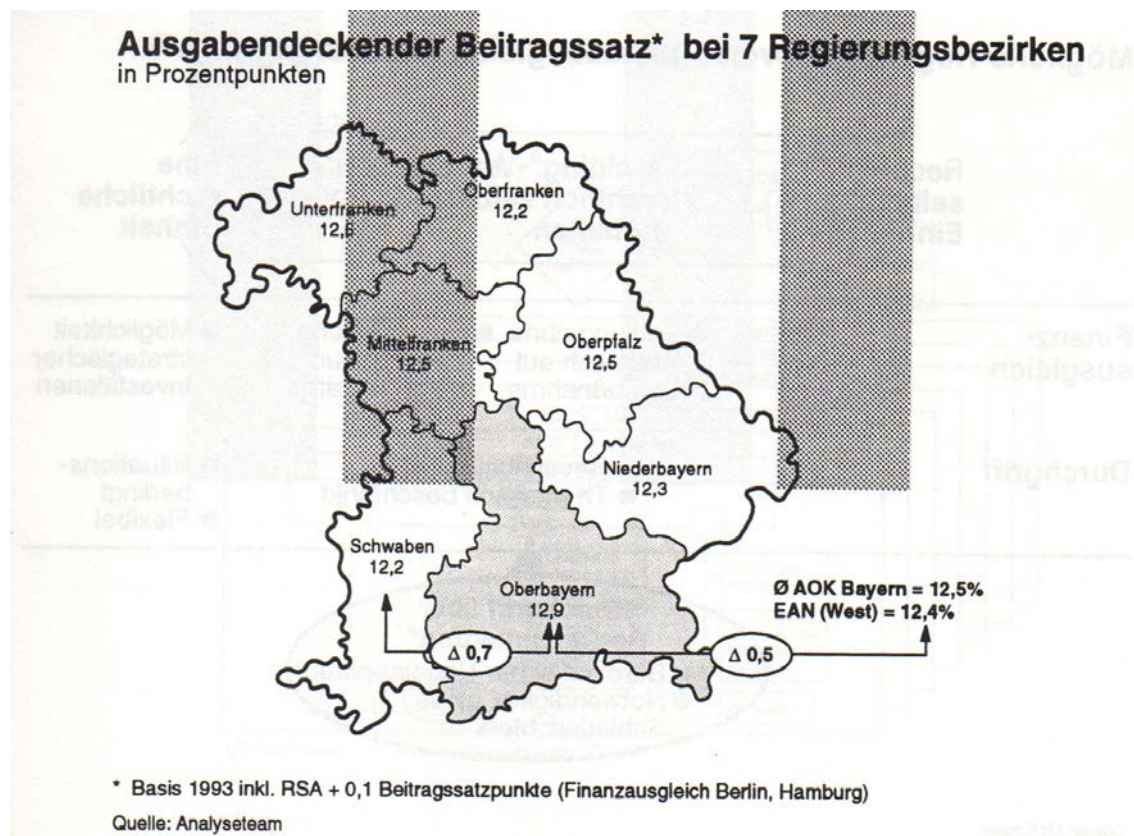


Abbildung 16: Ausgabendeckender Beitragssatz bei sieben Regierungsbezirken in Prozentpunkten (McKinsey & Company, 1994, S. 31)

Wie die obere Grafik zeigt, würden allerdings die Beitragssätze innerhalb dieses Verbundes weiterhin stark divergieren und vor allem die Region Oberbayern wäre mit einem Beitragssatz von fast 13 Prozent nicht mehr konkurrenzfähig. Die Holding hätte also den Auftrag, diesen Unterschied finanziell auszugleichen und die oben beschriebene Variante drei wäre geschaffen.

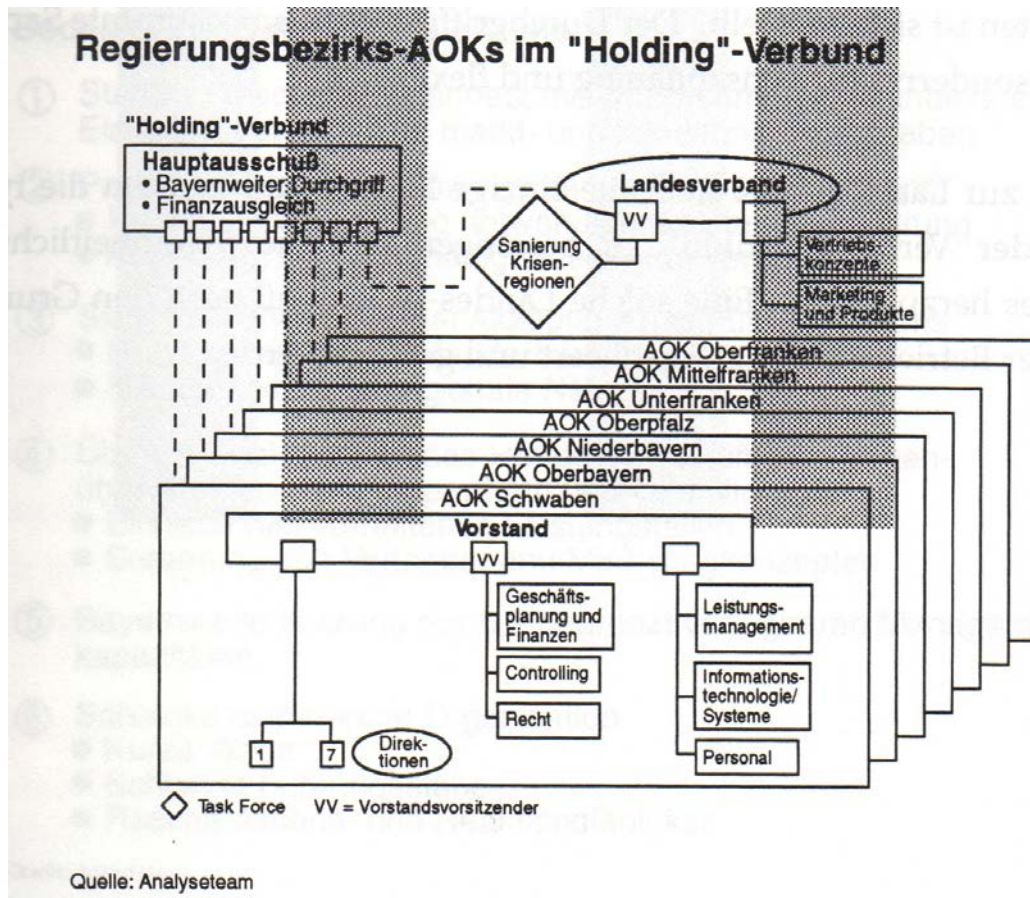


Abbildung 17: Regierungsbezirks-AOKs im „Holding“-Verbund (McKinsey & Company, 1994, S. 33)

Wie dieses Schaubild zeigt, würden statt einer Vereinfachung des Verwaltungsapparates für die dargestellten sieben Regierungsbezirke jeweils eigene Vorstände und Verwaltungsräte eingerichtet werden müssen. Bei „Landesverband und ‚Holding‘ wird eine Vielzahl von Schnittstellen geschaffen; der Anreiz zur Übernahme überregionaler Aufgaben ist gering“ (McKinsey & Company, 1994, S. 34).

Diese Holding-Variante würde also die damals bestehenden Nachteile und Schwierigkeiten des Status vor der Einführung des GSG nicht überwinden, sondern diese in ihrer Art und Weise nur auf eine „andere“ Ebene verlagern.

Deshalb schlug McKinsey die Gründung einer Landes-AOK vor. Mit der Bildung eines einzigen Unternehmens könnte der Landesverband als Koordinationsorgan abgelöst werden, da er nicht mehr notwendig wäre.

„Durch den Zusammenschluß der 39 Einzel-AOKs zu einer Landes-AOK

wird ein landesweit operierendes Unternehmen mit gleichem Beitragssatz und gleichem Produkt-/Leistungsangebot für alle Versicherten geschaffen – unabhängig vom Wohnort des Versicherten oder dem Standort des Arbeitgebers.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 34) Im Gegensatz zu der Holding wäre bei der Landes-AOK nur eine Fusion erforderlich, regionale Zuordnungen müssten nicht stattfinden. Außerdem würde die Ergebnisverantwortung aus einer zentralen Hand bessere Durchsetzungsmöglichkeiten als in einer Holding schaffen. McKinsey zog folgenden Schluss: „Die Fusion zur Landes-AOK stellt die einzige Möglichkeit dar, um die typischen Nachteile der Verbandsstruktur zu beseitigen und die Vereinheitlichung des Preisgefüges herzustellen. Eine solche Landes-AOK muß nach den Grundsätzen erfolgreicher Betriebsführung organisiert und geführt werden.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 34)

Aufgrund dieses Gutachtens votierte am 23.11.1994 eine klare Mehrheit der Mitglieder der Landesverband-Vertreterversammlung für einen Antrag auf Vereinigung zu einer AOK Bayern. Dem Antrag wurde mit Rechtsverordnung der Bayerischen Staatsregierung vom 23.05.1995 entsprochen, die Fusion zum 01.06.1995 vollzogen. Bis zur Änderung des Organisationsrechts am 01.01.1996 führte der bisherige LdOIB-Geschäftsführer mit zwei Stellvertretern die laufenden Verwaltungsgeschäfte.

6.9 Zusammenfassung

Die beschriebenen Veränderungen der GKV mit der Einführung des GSG zwangen also die einzelnen AOKn Bayerns zum Handeln und führten letztlich zum Zusammenschluss, nicht nur um ihr Überleben zu sichern, sondern auch die neuen Möglichkeiten des Marktes der gesetzlichen Krankenversicherung für sich optimal zu nutzen. Zieht man die Definition des organisationalen Feldes von DiMaggio und Powell heran, ist die AOK wie die anderen Unternehmen im organisationalen Feld der gesetzlichen Krankenversicherung diversen Institutionen Rechenschaft schuldig. Dies

sind neben den verschiedenen Stufen der Politik und der politischen Kontrolle vor allem der Kreis der Versicherten und Beitragszahler. Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, ist der Staat der größte Regulator, an dessen Vorgaben sich Sozialversicherungsträger orientieren müssen. Im Laufe der Geschichte hatten gesetzliche Änderungen schon immer Einfluss auf die organisatorischen Abläufe in den AOKn, aber nie in solchem Ausmaß, dass sie sich auf die eigentliche Struktur ausgewirkt hätten. Zuvor herrschte, wenn in den einzelnen AOKn Veränderungen in der Organisation oder in den Arbeitsabläufen stattfand, „nur“ Strukturangleichung durch mimetische Prozesse oder durch normativen Druck, selten aber durch Zwang und bis zu diesem Zeitpunkt auch nie in einem solch großen Umfang. Die einzelnen AOKn in Bayern waren erst mit der Einführung des GSG gezwungen, im großen Stil zu handeln, auch wenn – wie beschrieben – die AOK-Verbände aktiv an dieser Veränderung mitgewirkt hatten.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Gründung der AOK Bayern aus damaliger Sicht die beste Möglichkeit war, nach Einführung des GSG die Überlebenschancen zu erhalten und sogar noch zu erhöhen. Ganz im Sinne des Neoinstitutionalismus führte die Anpassung der Organisationsstruktur dazu, dass die AOK in Bayern ihre Legitimität sichern konnte.

7 McKinsey – Treiber der Veränderung?

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, spielte die Firma McKinsey eine besondere Rolle bei der Gründung der AOK Bayern. Aus diesem Grund soll ein kurzer Exkurs über die Firma McKinsey folgen, da diese weltweit eine herausragende Beraterfirma ist.

McKinsey & Company wurde 1926 in Chicago als eine der ersten Beraterfirmen der USA gegründet. James O. McKinsey verfolgte als studierter Pädagoge, Philosoph und Jurist die Vision, Firmen über sein Wissen im Bereich Rechnungswesen hinaus zu unterstützen und zu beraten. „Man muss ein Unternehmen immer als Ganzes, als eine Einheit

sehen.“ (McKinsey & Company, 2011) Nach diesem Grundsatz entwickelte er Analysewerkzeuge und Konzepte, die einer ganzheitlichen Betrachtung eines Unternehmens dienen sollten.

Früh (1933) holte er den Wirtschaftsanwalt Marvin Bower mit in sein Unternehmen. Nach dem Tod McKinseys übernahm dieser die Firma. Marvin Bower prägte bis heute mit seiner Überzeugung die Firma McKinsey: „Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Organisation auf gefestigten Prinzipien begründet sein muss. Alle Strategien und Handlungen müssen nach diesen Prinzipien ausgerichtet werden. Dies ist – für sich allein genommen – der wichtigste aller Faktoren für den unternehmerischen Erfolg.“ (McKinsey & Company, 2011) Bower prägte primär die Unternehmenskultur McKinseys und führte die Etablierung des Beratungsunternehmens weiter fort. Unter ihm expandierte McKinsey in gewaltigem Maße: 1933 hatte McKinsey 15 Mitarbeiter, 1950 waren es bereits mehr als 80 und 1959 erweiterte sich der Einflussbereich bis nach London. Mit der Eröffnung des ersten Büros in Düsseldorf 1964 fasste McKinsey auch in Deutschland Fuß. Erster Kunde der vier Berater war Dynamite Nobel, ein deutsches Chemie- und Rüstungsunternehmen in Nordrhein-Westfalen. Bis 1993 eröffnete McKinsey sechs weitere Büros in Deutschlands Großstädten und stellte so eine deutschlandweite Flächenabdeckung sicher. Für 2011 wurden im Manager Magazin für McKinsey folgende Zahlen veröffentlicht:

6 000 000 000*

Umsatz in US-Dollar

*Schätzung, McKinsey veröffentlicht keine Zahlen

15 000 Mitarbeiter

McKinsey ist die weltgrößte Strategieberatung mit 100 Büros in 54 Ländern

8000 Berater

Sie machen das Geschäft, vom Associate bis zum Senior Director

1320 Partner

die Eigentümer der Partnerschaft

450 Direktoren

Senior Partner mit Führungsaufgaben

140 Ex-Consultants

leiten Unternehmen mit mehr als einer Milliarde Dollar Umsatz

Abbildung 18: McKinsey in Zahlen (Müller & Papendick, 2011, S. 52)

Für Deutschland sind leider keine Zahlen verfügbar. Frank Mattern, Chef McKinsey Deutschland, begründete dies 2009 folgendermaßen: „Umsatz ist für niemanden eine sinnvolle Steuerungsgröße“ (Mattern, zit. nach Fockenbrock & Fröndhoff, 2008). Es bleibt festzuhalten, dass McKinsey im Bereich Unternehmensberatung trotz rückgängiger Zahlen seit dem kompetenhaften Aufstieg in den 1980er Jahren in Deutschland immer noch ungeschlagener Marktführer ist (vgl. Freitag & Student, 2010). Laut eigener Aussage berät McKinsey fast alle DAX-Unternehmen in Deutschland und ist in Amerika bei über 60 Prozent der 1.000 größten amerikanischen Unternehmen erfolgreich.

Ziel einer Unternehmensberatung durch McKinsey ist: „To help our clients make distinctive, lasting, and substantial improvements in their performance, and to build a great Firm that attracts, develops, excites, and retains exceptional people.“ (McKinsey & Company, 2011)

Dabei orientieren sich die Berater an den Leitzielen McKinseys:

Guiding Principles

Adhere to the highest professional standards

- Put client interests ahead of the Firm's
- Observe high ethical standards
- Preserve client confidences
- Maintain an independent perspective
- Manage client and Firm resources cost-effectively

Improve our clients' performance significantly

- Follow the top-management approach
- Use our global network to deliver the best of the Firm to all clients
- Bring innovations in management practice to clients
- Build client capabilities to sustain improvement
- Build enduring relationships based on trust

Create an unrivaled environment for exceptional people

- Be nonhierarchical and inclusive
- Sustain a caring meritocracy
- Develop one another through apprenticeship and mentoring
- Uphold the obligation to dissent
- Govern ourselves as a "one Firm" partnership

Abbildung 19: Guiding Principles (McKinsey & Company, 2011, http://www.mckinsey.de/html/profil/unsere_werte/unsere_werte.asp abgerufen am 05.11.2011)

Zur Analyse der Unternehmen zieht McKinsey das „7-S Framework“ heran. Dieses Modell wurde Anfang der 1970er Jahre von McKinsey-Mitarbeitern entwickelt. Ausgangspunkt ihrer Überlegungen war die Frage, warum Unternehmen mit gleicher Organisation nicht auch die gleiche Leistung bringen.

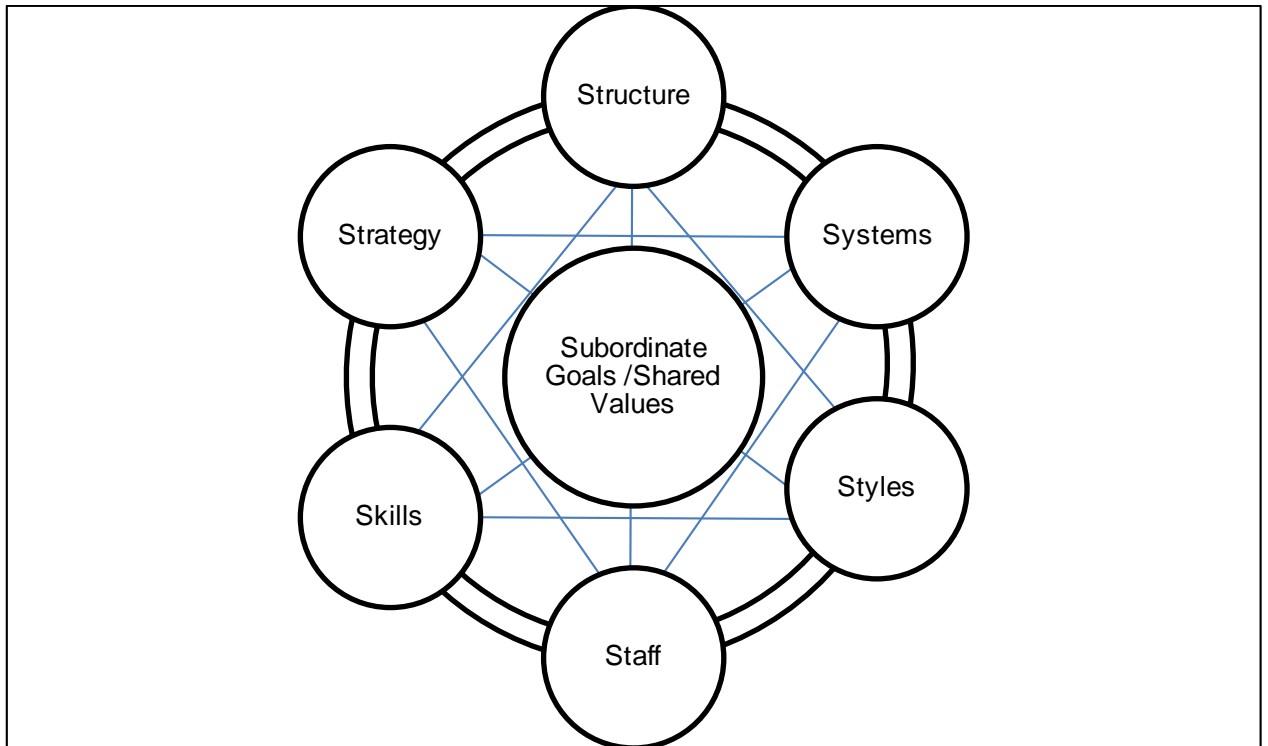


Abbildung 20: 7-S Framework (eigene Darstellung nach Waterman, Peters & Phillips, 1980, S. 18)

Die sieben Kernvariablen unterteilen sich in harte (strategy, structure und systems) und weiche Faktoren (skills, staff und styles). Strategie, Struktur und Systeme lassen sich relativ leicht evaluieren, während die weichen Faktoren wie Werte und kulturelle Elemente sich ständig weiterentwickeln. Wie man der Abbildung entnehmen kann, gibt es keinen Anfang und kein Ende in diesem Kreislauf, alle Faktoren sind voneinander abhängig, beeinflussen sich gegenseitig und müssen für ein funktionierendes Unternehmen ins Gleichgewicht gebracht werden. Die Strategie umfasst alle Maßnahmen, die ein Unternehmen auf dem Markt nachhaltig erfolgreich sein lassen. Die Struktur spiegelt den Aufbau eines Unternehmens wider und das System beschreibt den Rahmen, in dem die Arbeitsabläufe vonstattengehen. Style steht für die zum einen vorgelebte und zum anderen auch historisch gewachsene Unternehmenskultur einer Organisation. Die Mitarbeiter beleben das Unternehmen und bedingen die Ausgestaltung des Personalwesens. Skills beschreibt die Fähigkeiten, die das Unternehmen als Ganzes beherrschen. Gemeinsame Werte bzw.

gemeinsame Ziele bestimmen die Ausrichtung des Unternehmens oder, um es mit anderen Worten zu beschreiben, die Vision eines Unternehmens. All diese Faktoren müssen in einem Gleichgewicht stehen, damit ein Unternehmen erfolgreich agiert. Ziel von McKinsey ist es bei Unternehmensberatungen stets, diese sieben Faktoren in Balance zu bringen, um eine Organisation positiv zu verändern, wie dies auch gemäß Abbildung 14 bei der Gründung der AOK Bayern angewendet wurde.

Wie alle größeren Organisationen bleibt auch McKinsey in seiner Tätigkeit und seinem Wirken nicht unkommentiert bzw. unkritisiert. In Rolf Hochhuths Theaterstück „McKinsey kommt“ tritt McKinsey als Synonym für Entlassungen auf (vgl. Gazdar, 2004). Dies ist ein wesentlicher Kritikpunkt an der Unternehmensberatung. Unter dem „Deckmantel der Effizienz“ würden Arbeitsabläufe so gestaltet, dass weniger Arbeitnehmer benötigt werden und es würden dann im Rahmen der Umstrukturierung Mitarbeiter entlassen, um den Marktwert eines Unternehmens zu erhöhen. Kritiker bemängeln, dass bei den Methoden McKinseys zur Unternehmensrettung der Mensch in den Hintergrund rückt. Gerade solche Umstrukturierungsmaßnahmen zur Einsparung von Arbeitskräften können jedoch für in Schieflage geratene Unternehmen (und nur solche nehmen im Schwerpunkt die Dienste von Beraterfirmen in Anspruch) unumgänglich sein, um auf dem Markt überleben zu können.

Weiter bemängeln Kritiker, dass McKinsey unabhängig von der Unternehmensart ein immer gleichbleibendes Schema anwende. Egal ob kapitalistisches Wirtschaftsunternehmen, Krankenversicherung oder Klinikgesellschaft, wende McKinsey stets die gleichen Analyseformate und Lösungsvorschläge an und lasse sich diese teuer bezahlen (vgl. Bach, 2004 und Gazdar, 2004), obwohl dieses „Schema F“ nicht immer funktioniere. Als Beispiele werden die Firmen Vivantes (vgl. Bach, 2004), SwissAir und der deutsche Baukonzern Philipp Holzmann (vgl. Gazdar, 2004) genannt. Zu bedenken ist dabei jedoch, dass schematisches Vorgehen nicht als verwerflich oder unwissenschaftlich gelten muss und naturgemäß auch nicht jeder Rettungsversuch glücken kann.

Ebenso wird die globale Vernetzung McKinseys kritisiert. Ehemalige McKinsey-Mitarbeiter schaffen es regelmäßig in die Vorstände großer Unternehmen. Beispiele hierfür sind Louis Gerstner Jr., der nach seiner Karriere als Unternehmensberater Vorstandsmitglied bei IBM war, Helmut Panke als Vorstand der BMW AG und Vittorio Collao als Vorstandsmitglied bei Vodafone. Aus circa 20 Prozent aller ehemaligen McKinsey-Mitarbeiter werden Vorstandsmitglieder in großen Wirtschaftsunternehmen. Diese Vernetzung wird bei McKinsey durch ein „Alumni“-Netzwerk besonders gefördert. Dies stellt natürlich eine einzigartige Möglichkeit dar, durch ein Netz von Ehemaligen die Auftragslage sicherzustellen, auch wenn dies durch neue gesetzliche Regelungen nicht mehr so leicht erscheint wie früher. (vgl. Klesse, 2009)

Betrachtet man McKinsey mit den Augen der Neoinstitutionalisten, fällt die Unternehmensberatungsfirma unter den Aspekt eines Rationalitätsmythos. Organisationen bedienen sich der Beratung meist dann, wenn ihre Überlebenschancen schlecht stehen. Durch die Hinzuziehung McKinseys werden in fast allen Fällen die Chancen, weiter auf dem Markt zu bestehen, erhöht, unabhängig davon, ob die vorgenommenen Maßnahmen wirklich mehr Effektivität zur Folge haben. Durch ihr besonderes Ansehen als unangefochtener Marktführer im Bereich der Unternehmensberatung erhalten Organisationen, wenn sie McKinsey engagieren, besseres Ansehen in dem jeweiligen organisationalen Feld, da so nach allgemeiner Ansicht mithilfe McKinseys die „Best-practice“-Lösung gefunden wurde.

Beraterfirmen können für die Legitimität von Organisationen von essenzieller Bedeutung sein. Durch ihre überbetriebliche Tätigkeit kennen sie auch andere Organisationen im organisationalen Feld sowie deren Stärken und Schwächen, kennen die institutionalisierten Regeln der Umwelt und fördern bei ihren Klienten die Übernahme von positiven Strukturen und erfolgreichem Handeln anderer Organisationen. Sie tragen damit nicht unwesentlich zu den im Neoinstitutionalismus beschriebenen Reaktionen von Organisationen, wie der Entwicklung institutionalisierter Rationalitätsmythen und Isomorphie, bei.

8 Organisation der AOK Bayern

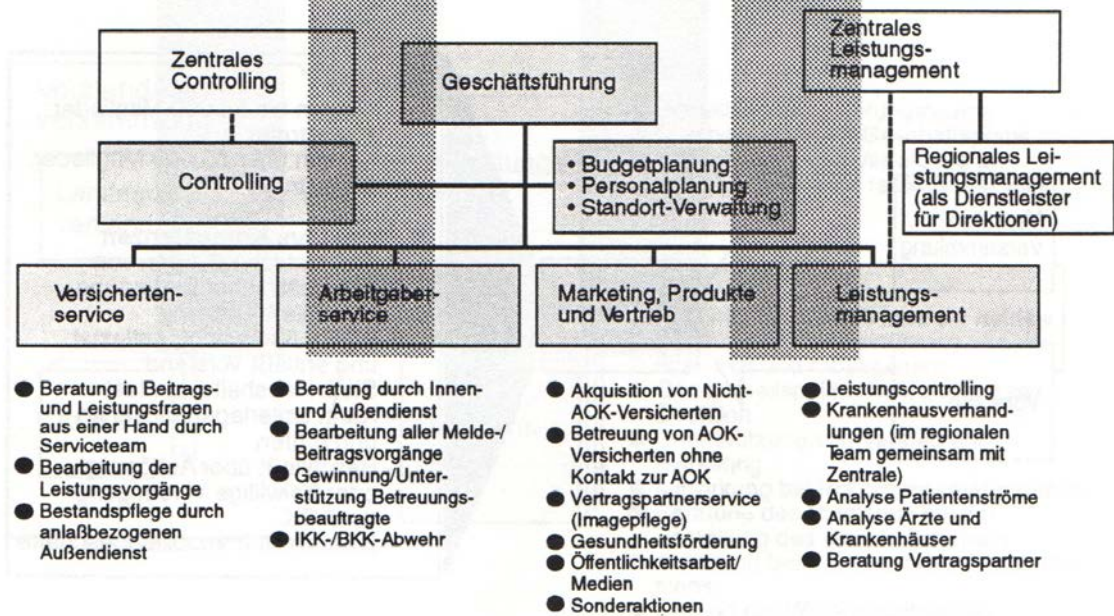
Zum Zeitpunkt der Gründung der AOK Bayern musste noch eine Organisation gefunden werden, die zum einen den Vorgaben des AOK-Bundesverbandes (vgl. dazu Argumentationshilfen für Konzentrationsprozesse von Knieps, Pannen, Meyers-Middendorf & Tophoven, 1993) und zum anderen den Empfehlungen McKinseys entsprachen.

Die wichtigsten Vorgaben des Bundesverbandes waren, dass die dezentralen Einheiten vor Ort das operative Geschäft möglichst unabhängig gestalten sollten, wogegen die Zentrale alle unternehmenspolitischen, strategischen und politischen Aufgaben wahrzunehmen habe. So sollte die regionale Verbundenheit der AOK gewährleistet bleiben, aber durch ein einheitliches Auftreten nicht nur eine Corporate Identity geschaffen, sondern ein einheitliches Erscheinungsbild etabliert werden.

8.1 Organisation auf regionaler Ebene

Auf regionaler Ebene sollten die Aufgaben auf die Bedürfnisse des Kunden ausgerichtet werden. Wie McKinsey in der unten dargestellten Grafik vorschlug, sollte der dort eingesetzte Geschäftsführer im Rahmen seiner Ziel- und Budgetvorgaben in alleiniger Verantwortung die laufenden Verwaltungsgeschäfte führen. Regionales Marketing, Neukundengewinnung, die Betreuung der Versicherten, Arbeitgeber und Vertragspartner sowie die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten die geschichtlich gewachsene örtliche Verwurzelung der AOKn weiter festigen und den auch von McKinsey beschriebenen Marktvorteil der regionalen Verbundenheit aufrechterhalten.

Struktur und Aufgaben einer Direktion



Quelle: Analyseteam

Abbildung 21: Struktur und Aufgaben einer Direktion (McKinsey & Company, 1994, S. 41)

Die Zentrale sollte mit Gründung der AOK Bayern zunächst aus sieben Vorständen bestehen. Diesen sollten verschiedene Ressorts zugewiesen werden, für die sie die gesamtunternehmerischen Ziele und Strategien steuerten.

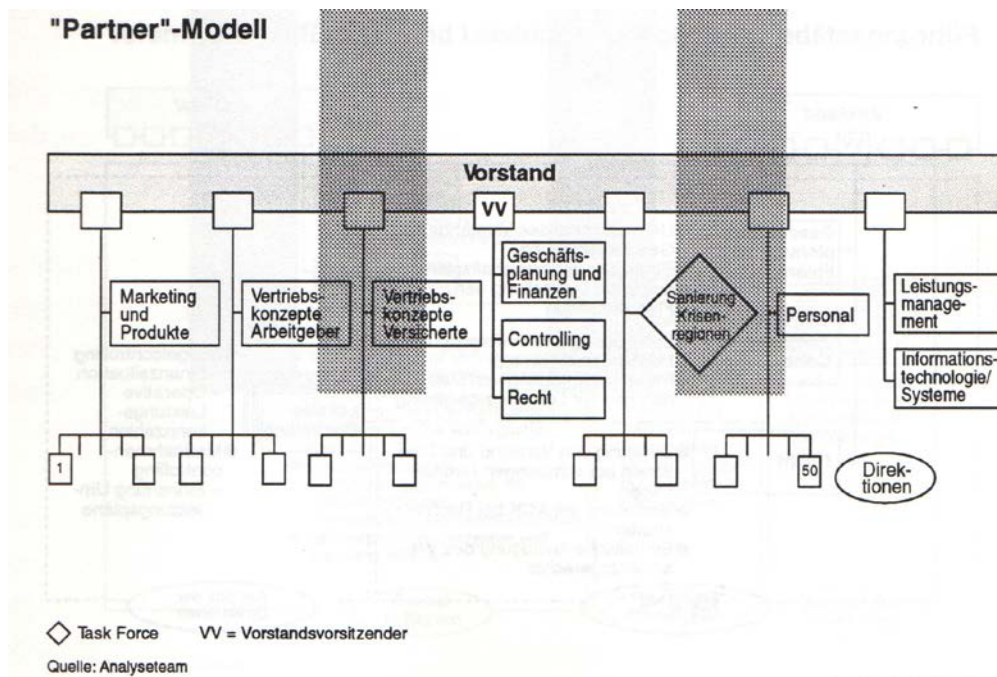


Abbildung 22: „Partner“-Modell (McKinsey & Company, 1994, S. 37)

Aber auch die Selbstverwaltung wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz verändert und im Rahmen der Gründung der AOK Bayern an die neue Gesetzgebung angepasst. Vor Inkrafttreten des GSG bestand allein in der AOK Kempten-Oberallgäu die Vertreterversammlung aus je 18 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber sowie der Vorstand aus je sieben Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber. Rechnet man all diese Vertreter der Organe der Selbstverwaltung hoch, so waren vor der Fusion fast 2.000 Ehrenamtliche in der bayerischen AOK-Gemeinschaft tätig.

Um der Tradition der AOK gerecht zu werden, den Versicherten und Beitragszahlern eine Mitwirkung vor Ort einzuräumen, wurde neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Verwaltungsrat der AOK Bayern, der aus je 15 Vertretern von Versicherten und Arbeitgebern besteht, für jede der 39 Direktionen ein Beirat eingeführt, der die Direktionsführung bei der Umsetzung der Zielvorgaben des Vorstandes und in Fragen der örtlichen Belange (z.B. Vertrieb und Marketing) unterstützt.

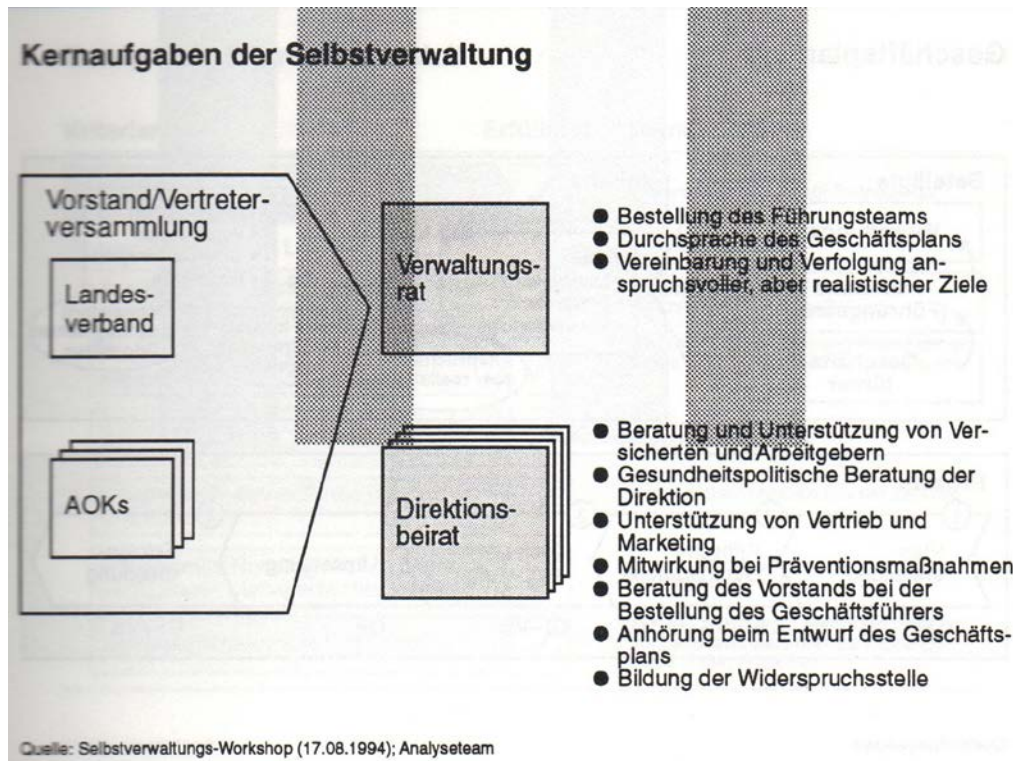


Abbildung 23: Kernaufgaben der Selbstverwaltung (McKinsey & Company, 1994, S. 43)

Die dargestellten Vorschläge McKinseys wurden zum größten Teil unter Berücksichtigung der Vorstellungen des AOK-Bundesverbandes übernommen. Auch die Struktur der Direktionen entsprach zunächst weitgehend den Empfehlungen McKinseys. Mit dem gesetzten Ziel, dass die Direktionen den Kunden in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen haben, waren und sind sie auch heute noch umfassend für die „Abwicklung aller Aufgaben und Geschäfte der AOK in ihrem örtlichen Bereich verantwortlich“ (Satzung AOK Bayern, 2010, § 30). Wie bereits beschrieben, waren bis zur Gründung der AOK Bayern die Strukturen der einzelnen AOK sich zwar ähnlich, aber nicht identisch. Die Anpassung war eine große organisatorische Herausforderung, da 39 unterschiedliche Strukturen und Arbeitsabläufe angeglichen und vereinheitlicht werden mussten. Dazu wurde im Sommer 1995 mit Unterstützung von McKinsey ein Projekt gestartet, das zum einen die Anpassung der Geschäftsprozesse und Führungsstrukturen und zum anderen auch eine gerechte Personalverteilung in den Direktionen zum Ziel hatte. Weiterhin musste aus den einzelnen Bereichen für die neugegründeten Dienstleistungszentren, in

denen zentrale Aufgaben wie Krankenhausabrechnungen, Arzt- und Zahnarzt abrechnungen und Heilmittelkosten bearbeitet werden, qualifiziertes Personal bereitgestellt werden. Auch musste zwingend Personal für einen professionalisierten Außendienst gewonnen werden, um die im Vergleich zur Konkurrenz bestehenden Defizite bezüglich der Kundenakquise auszugleichen.

Das Organigramm der Direktion Kempten-Oberallgäu dient als Beispiel für den Aufbau einer AOK-Direktion:

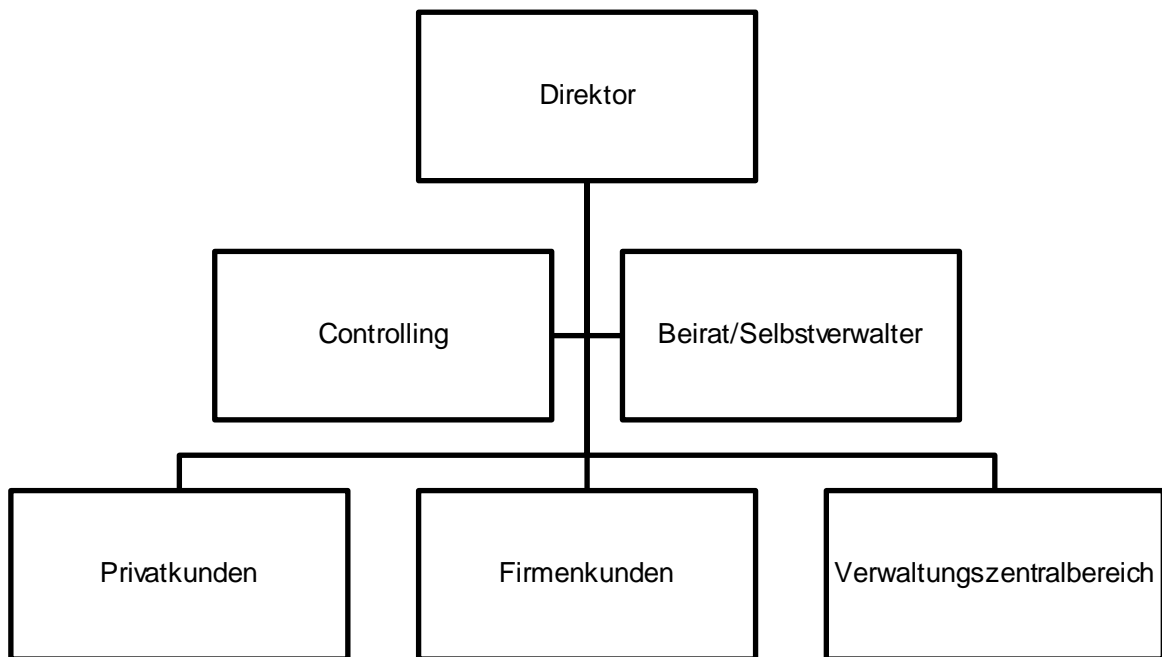


Abbildung 24: Organigramm AOK Kempten-Oberallgäu (eigene Darstellung)

8.2 Organisation auf Landesebene

Die bayerische AOK-Zentrale in München setzte sich bei ihrer Gründung zunächst aus den beschriebenen sieben Vorständen zusammen.

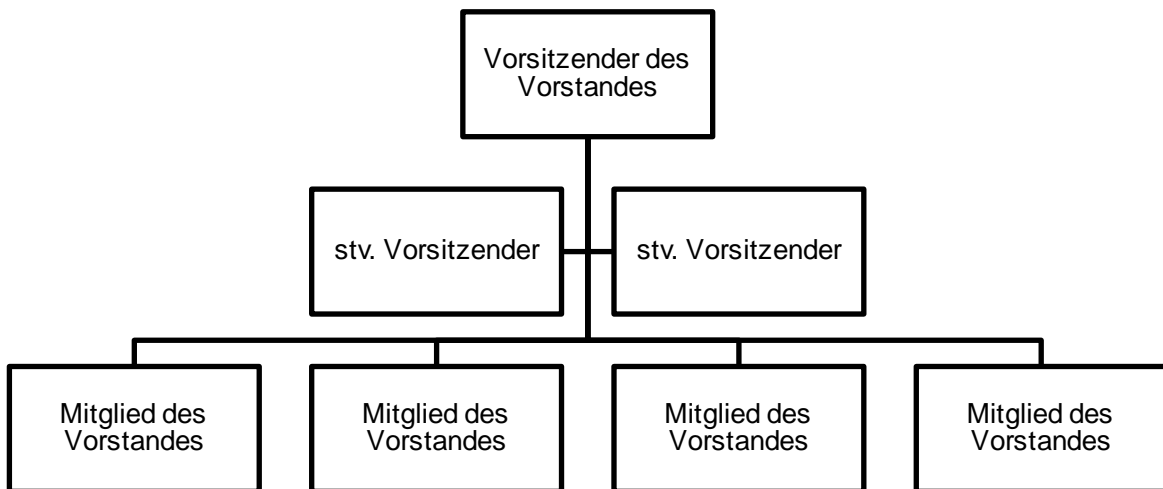


Abbildung 25: Gliederung Vorstand AOK Bayern Stand 1996 (eigene Darstellung)

Der Vorstandsvorsitzende war zum Zeitpunkt der Gründung der AOK Bayern für die Unternehmenspolitik, Grundsatzfragen, Gesundheits- und Sozialpolitik, die Geschäftsplanung, Lobbyismus und Presse verantwortlich. Sein erster Vertreter war mit den Grundsatzangelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung, Rechtsangelegenheiten, der Inneren Verwaltung und des Datenschutzes betraut. Der zweite Stellvertreter des Vorsitzenden war neben Marketing und Kommunikation für den Vertrieb und die Gesundheitsförderung zuständig. Weiterhin war er für die Direktion Mittelfranken, als flächenmäßig größte Direktion, marktverantwortlich. Auf die vier Mitglieder des Vorstandes waren zum einen die Ressorts Organisation, Kundenbetreuung, Personal, Aus- und Weiterbildung, Informationstechnologien, Finanz- und Rechnungswesen sowie Leistungsmanagement und die Verantwortung für die diversen Vertragspartner verteilt. Außerdem lag die Marktverantwortung der Direktionen Oberbayern/Schwaben, Mittelfranken, Oberfranken und

Niederbayern/Oberpfalz in der Verantwortung dieser Mitglieder des Vorstandes.

Diese Form entsprach den Vorstellungen McKinseys, in der die AOK Bayern durch möglichst wenig Zwischenebenen ohne größere Reibungsverluste geführt werden sollte, auch wenn in der Umsetzung der Führungsstruktur nur vier statt fünf Vorstandsmitglieder Marktverantwortung für die Direktionen trugen: „Die Größe des Vorstandes (7 Mitglieder) ermöglicht eine nur zweistufige Hierarchie bei gleichzeitig überschaubarer Führungsspanne zur Leitung der Direktion. Damit sind rasche Aktions- und Reaktionsfähigkeit gegenüber dem Wettbewerb ebenso sichergestellt wie die unmittelbare Durchsetzung von Maßnahmen zur Leistungssteigerung. Fünf von sieben Vorstandsmitgliedern tragen die Verantwortung für das Geschäft in den Direktionen und stellen damit sicher, daß lokale Markt- und Kundenerfordernisse unmittelbar Eingang in die Gesamtstrategie des Unternehmens finden. Durch die gleichzeitige Wahrnehmung von regionalen und überregionalen Aufgaben wird erreicht, daß der Erfolg des Gesamtunternehmens im Vordergrund der Bemühungen eines jeden Vorstandsmitgliedes steht.“ (McKinsey & Company, 1994, S. 37 f.)

Entgegen der ursprünglichen Absicht, dass die Vorstände möglichst direkt auf die Direktionen einwirken sollten, wurde im Laufe der Jahre die Zahl der Vorstände auf zwei verringert und neue Zwischenebenen eingeführt. Die zentralen Ressorts, die zu Beginn der AOK Bayern durch die Vorstände geführt wurden, wurden auf Ressortdirektoren übertragen. Diese unterstehen den zwei verbliebenen Vorständen.

Bei der Gestaltung der Selbstverwaltung wurden durch den Gesetzgeber mit Einführung des GSG klare Vorgaben gemacht. Wie beschrieben, hob das Gesundheitsstrukturgesetz die bestehenden Organe der Selbstverwaltung – Vertreterversammlung und Vorstand – auf und ersetzte diese durch einen hauptamtlichen Vorstand und einen Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der

Arbeitgeber. „Bei der Besetzung sollen die Regierungsbezirke angemessen berücksichtigt werden.“ (Satzung AOK Bayern, 2010, § 31) Auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrates wird in einem späteren Kapitel noch genauer eingegangen werden. Der Verwaltungsrat bestimmt über die Satzung der AOK Bayern, gibt die strategische und unternehmenspolitische Ausrichtung vor, wählt den Vorstand und überwacht diesen.

Eine Besonderheit der AOK Bayern sind die direktionalen Beiräte, die – wie bereits beschrieben – historischen Hintergrund haben. Auch hier ist man bei der Einführung den Vorschlägen McKinseys gefolgt (vgl. dazu Abbildungen 21 und 22). Ihre Zusammensetzung und Aufgaben sind in der Satzung der AOK Bayern festgeschrieben.³⁵ Sie setzen sich paritätisch aus Versicherten und Arbeitgebern der jeweiligen Region zusammen und haben die Aufgabe, die Direktionsführung bei der Umsetzung der Ziele zu unterstützen, in Fragen der regionalen Gesundheitspolitik zu beraten und bei lokalen Fragen des Vertriebes, des Marketings und des Geschäftsstellennetzes mitzuwirken. Weiterhin hat der direktionale Beirat – wie bereits beschreiben – den Auftrag, die regionale Verwurzelung der jeweiligen Direktion weiter zu festigen und zu gewährleisten.

Festzuhalten bleibt, dass mit der Gründung der AOK Bayern der Weiterentwicklungs- und Anpassungsprozess nicht abgeschlossen war. Wie die oben dargestellte Entwicklung zeigt, ist es immer notwendig, sich Veränderungen im organisationalen Feld anzupassen, um so die eigenen Überlebenschancen zu festigen.

8.3 Führungsphilosophie der AOK Bayern

Die im New Public Management (vgl. Abschnitt 3) beschriebene Modernisierung öffentlicher Einrichtungen und die neuen Formen öffentlicher Verwaltungsführung spiegeln sich auch in der

³⁵ „Bei jeder Direktion wird ein Beirat gebildet. Er besteht bei Direktionen bis zu 50.000 Mitgliedern aus je 9 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, im Übrigen aus je 12 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.“ (AOK Bayern, 2010, § 33)

Führungsphilosophie der neuen AOK Bayern wider. Allein die Größe der AOK erforderte einen neuen Führungsstil. Die aus der Privatwirtschaft bekannten Managementinstrumente wie zum Beispiel Führen mit Zielen, Projektmanagement, Controlling oder Personalentwicklung wurden Inhalt der Führungsphilosophie der AOK Bayern.

Eine Reihe der neu ins Leben gerufenen Projekte hatte die Aufgabe, organisatorische, finanzrelevante, wettbewerbliche und personelle Lösungen vorzubereiten (zu den nachfolgend aufgeführten Projekten siehe TOP 9 der Niederschrift der Sitzung des Beirates der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu vom 16. April 1996, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Das Projektmanagement der AOK Bayern orientierte sich an der „ProjektManager Taxonomie“ der Deutschen Gesellschaft für Projektmanagement e.V. sowie am ICB (IPMA Competence Baseline).

Die AOK Bayern hatte sich für das Managementprinzip „Führen durch Ziele“ entschieden. Die Oberziele waren

- die Marktführerschaft durch Mitgliederbestandspflege und -gewinnung zu erhalten und damit die Solidaritätsgemeinschaft zu stärken,
- ein konkurrenzfähiger Beitragssatz,
- bedarfs- und wettbewerbsgerechte (Dienst-)Leistungen, die wirksam und wirtschaftlich erbracht werden,
- Imageverbesserung durch ein sympathisches Unternehmensprofil,
- Optimierung der Personalentwicklung.

Im organisatorischen Bereich hatte das Projekt „NORA“ (Neuorganisation und Restrukturierung der AOK Bayern) die Aufgabe, ein Planungs- und Steuerungssystem zu entwickeln, das durch Ziele und Budgets für alle Fachbereiche, Direktionen und Dienstleistungszentren die strategische Geschäftspolitik des Vorstandes und Verwaltungsrates stützen sollte. Dazu war ein umfassendes Controlling erforderlich, dessen Integrierung Aufgabe des Projektes „ARTEMIS“ war. Das Ergebnis war die Einführung eines Berichtswesens, das dem Vorstand, den Leitern der Direktionen und

Dienstleistungszentren, den Bereichs- und Teamleitern ständig einen Vergleich zwischen Budget- und Ist-Größen liefert. Das Projekt „MORE“ (Mobilisierung Ressourcen) hatte eine neue, gleichgeartete Ablauforganisation in den 39 Direktionen der AOK Bayern zum Ziel. Darüber hinaus wurden aufgabenbezogene Personalanhaltszahlen entwickelt, die eine gleichmäßige Verteilung des Personals innerhalb der Direktionen sicherstellten. Die gleiche Zielsetzung für die Dienstleistungszentren hatte das Projekt „ZEUS“.

Auch die Steuerung der Leistungsausgaben erfolgte durch Projekte. So wurden beispielsweise für den Krankengeldbereich das Projekt „IKARUS“ und für den stationären Krankenhausbereich das Projekt „SOKRATES“ installiert.

Im Bereich des Mitgliederbestandes hatte das Projekt „MOVE“ (Mobilisierung Vertrieb) die Vorgabe, Maßnahmen zur Erhaltung des Mitgliederbestandes und zur Neugewinnung von Mitgliedern zu erarbeiten. Die Projektarbeit sollte für ihren jeweiligen Bereich die Zielerreichung sicherstellen. Die gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Zielvereinbarung ein.

Zielvereinbarungen wurden zwischen den Führungskräften und den nachgeordneten Führungsebenen – ausgehend vom Vorstand durchgängig bis zu den Teams – getroffen. Durch die laufenden Controllingberichte waren die Beteiligten vom Vorstand bis zum jeweiligen Sachbearbeiter über den Stand der Zielerreichung zu jedem Zeitpunkt im Bilde. Ein Vergleich der Direktionen, Einheiten, Teams und zum Teil auch der einzelnen Sachbearbeiter (vor allem im Außendienst) bewirkte einen gewissen internen „Wettbewerb“ und zeigte, welche Einheiten und Teams besonders gute Ergebnisse erzielten. Deren Methoden und Erkenntnisse konnten durch Information, Schulung oder Coaching auf weniger erfolgreiche Einheiten und Teams übertragen werden.

Die durch die Neuorganisation geschaffenen Änderungen an den Arbeitsplätzen und die neue Führungsphilosophie bedingten eine

umfangreiche Schulung, Motivierung und Betreuung der Mitarbeiter. Der Vorstand hatte deshalb die Optimierung der Personalentwicklung als eines der Oberziele bestimmt. Das dafür initiierte Projekt „PERSONALENTWICKLUNG“ hatte folgende Zielsetzungen (siehe Punkt 3 der bezirklichen Arbeitstagung der Direktoren am 26.06.1997, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu):

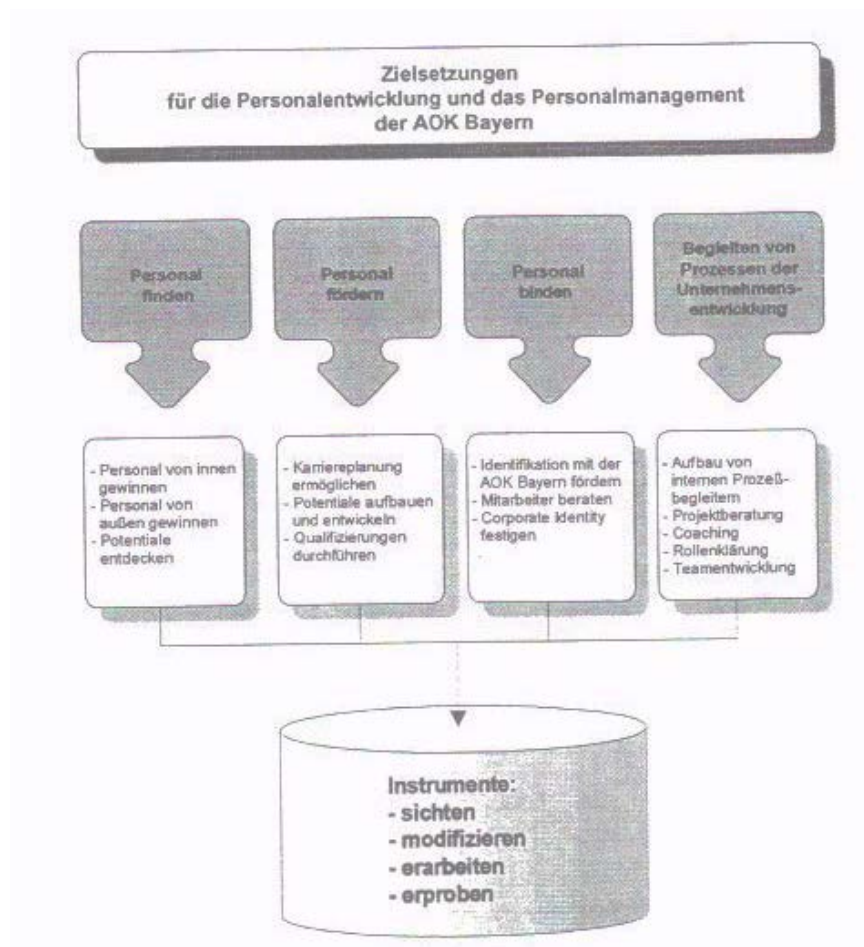


Abbildung 26: Zielsetzungen des Projekts „PERSONALENTWICKLUNG“ (Bezirkliche Arbeitstagung der Direktoren am 26.06.1997, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu, Punkt 3)

Um die Entwicklung des vom Vorstand benannten Oberziels „Imageverbesserung durch ein sympathisches Unternehmensprofil“ nachvollziehen zu können, wurde 1997 durch das Projekt „KUZl“ eine laufende Analyse der Kundenzufriedenheit auf der Basis von Interviews eingeführt, die Verbesserungspotenziale bei den einzelnen

Unternehmenseinheiten aufzeigt (vgl. dazu Beiratssitzungen der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu vom 18.02.1998, TOP 9, und vom 02.03.1999, TOP 5, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu). Die aus diesen Erkenntnissen abgeleitete Serviceoffensive mündete ebenfalls in Zielvorgaben.

8.4 Zusammenfassung

Unter neoinstitutionalistischen Gesichtspunkten ist die neugebildete AOK Bayern allein durch ihre Größe in ein neues, weiteres organisationales Feld, nämlich das der Großbetriebe und Konzerne, vorgedrungen. Sie hat – unter Mithilfe von McKinsey – die in diesen Firmen übliche Führungs- und Organisationsstruktur angenommen und unterscheidet sich diesbezüglich trotz ihrer Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht mehr von privaten Wirtschaftsunternehmen. Es hat eine Veränderung der Führungs- und Organisationsstruktur stattgefunden, wie sie auch NPM fordert (vgl. Punkt 3.2). Der nach NPM unerlässliche Wettbewerb (Punkt 3.1) ist permanent vorhanden: Zum einen steht die AOK Bayern, und mit ihr die Direktionen, im Wettbewerb mit den anderen gesetzlichen Krankenkassen, zum anderen wird durch die Zielvereinbarungen und den durch das Controlling gelieferten Vergleich mit der Zielerreichung, der ein Ranking der Direktionen, Teams usw. beinhaltet, ein interner (Pseudo-)Wettbewerb ausgelöst.

Dieser Wettbewerb beflügelt die Leistungsbereitschaft des Personals und hilft, die Unternehmensziele zu erreichen. Übertriebener Wettbewerb durch zu hohe Zielvorgaben, ständiges Controlling, Coaching und Betreuen kann allerdings auch zu Frust bei den Beschäftigten führen, die sich dann verweigern, innerlich kündigen, sich nicht mehr mit dem Betrieb identifizieren und schlimmstenfalls sogar erkranken. Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung mit der Barmer GEK entstünden durch Zielvorgaben in den Betrieben regelrechte Zielspiralen durch unrealistische Erwartungen mit der Folge, dass jeder dritte Beschäftigte in Deutschland nicht mehr wisse, wie er die wachsenden Erwartungen im Betrieb bewältigen soll

(Hungbauer, 2015). Auch der DAK-Gesundheitsreport kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Weil sie den Druck im Job nicht aushalten, greifen immer mehr Menschen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten (dpa/sh, 2015). Die AOK Bayern als Gesundheitskasse kennt dieses Problem. Durch landesweite Mitarbeiterbefragungen (siehe TOP 9 Sitzungsprotokoll Beirat der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu vom 12.03.2007, Archiv der AOK-Direktion Kempten-Oberallgäu) möchte sie solche Entwicklungen verhindern und die Identifikation des Personals mit der AOK Bayern fördern. Ihrem Codex als „Gesundheitskasse“ entsprechend, muss die AOK Bayern den Konsens zwischen Belastung ihrer Mitarbeiter und den Erfordernissen eines im Wettbewerb stehenden Großbetriebes, der die Belange der Kunden in den Mittelpunkt seines Handelns stellt, finden.

9 Auswirkungen der Veränderungen im organisationalen Feld „gesetzliche Krankenversicherung“ auf die Selbstverwaltung

9.1 Allgemeines

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane und der Frage, weshalb es durch das GSG zu grundlegenden strukturellen Änderungen kam.

Schroeder umschreibt das Ziel der Selbstverwaltung wie folgt: „Die Selbstverwaltung ist eine demokratische Institution der Gestaltung und Mitbestimmung, die auf sich wandelnde gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen zu reagieren vermag. Sie ist damit eine Institution der Verantwortung, mit deren Hilfe die Interessen der Versicherten und der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zu einem Ausgleich gebracht werden sollen. In diesem Sinne erbringt diese Institution einen Beitrag, der das politisch-ökonomische System der Bundesrepublik zu stabilisieren hilft.“ (Schroeder, 2008, S. 14)

Die rechtliche Basis der Selbstverwaltung für alle Sozialversicherungen ist im IV. Sozialgesetzbuch verankert, die speziellen Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung sind im V. Buch vorgeschrieben. „Ein direkter Verfassungsrang kommt der sozialen Selbstverwaltung etwa im Gegensatz zur kommunalen Selbstverwaltung jedoch nicht zu und lässt sich auch laut allgemeiner Auffassung weder aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) noch aus der Qualifizierung einiger Versicherungsträger als bundesunmittelbare Körperschaften (Art. 87 Abs. 2) ableiten.“ (Schroeder, 2008, S. 38)

Die ersten Wahlen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung fanden 1913 statt, wurden später allerdings unter dem Diktat der Gleichschaltung des Nationalsozialismus durch das „Führerprinzip“ ersetzt. Nach dem Zweiten Weltkrieg bekannte sich Konrad Adenauer bereits 1949 zu der These: „Die staatliche Selbstverwaltung muss an die Stelle staatlicher Bevormundung treten.“ (Adenauer, zit. nach Schroeder, 2008, S. 24) Doch dieser Forderung konnte im Nachkriegsdeutschland erst Anfang der 1950er Jahre nachgekommen werden, und so wurde am 22.02.1951 das „Gesetz über die soziale Selbstverwaltung und über die Änderung von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung“ verabschiedet.

9.2 Selbstverwaltung vor Gründung der AOK Bayern

Auf Grundlage des Gesetzes von 1951 zeichnete sich die gesetzliche Krankenversicherung durch folgende Merkmale aus:

- „das Solidarverständnis, welches sich in einer einkommensabhängigen Finanzierung (Leistungsprinzip) ausdrückt,
- die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge durch Erwerbstätige und Arbeitgeber
- und die Integration gesellschaftlicher Statusgruppen wie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände in die Entscheidungsstrukturen der Krankenkassen mittels des Prinzips der Selbstverwaltung.“ (Schroeder, 2008, S. 28)

Bis 1996 war die gesetzliche Krankenversicherung in folgenden Rahmen eingebettet:

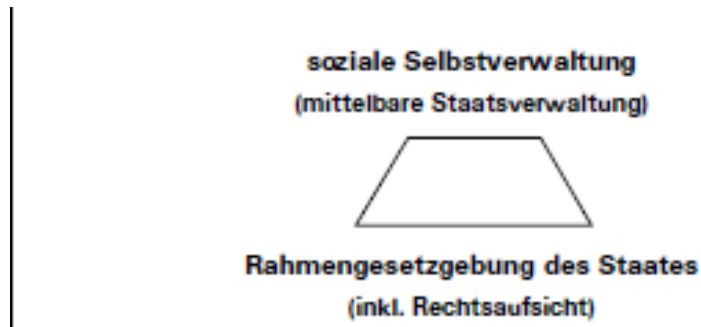


Abbildung 27: Steuerungsmechanismen in der GKV bis 1996 (Schroeder, 2008, S. 25)

Einfluss wurden sowohl durch den Gesetzgeber als auch durch die Organe der Selbstverwaltung ausgeübt. Die Einwirkung durch den Staat erklärt sich aus der Geschichte der GKV: „Krankenkassen sind vielmehr aufgrund gesetzlicher Vorschrift gebildet. Ortskrankenkassen z.B. muß es kraft Gesetzes überall geben; zwar nicht in einem Gebiet, sondern so, daß Kassenbereiche aller Ortskrankenkassen insgesamt den Geltungsbereich der Reichsversicherungsordnung bzw. des Sozialgesetzbuches abdecken. Mittels der Krankenkassen realisiert die Bundesrepublik Deutschland den ihr im Grundgesetz erteilten Sozialstaatsauftrag, soweit es sich um Schutz und Hilfe bei Krankheit handelt. [...] Ja, er berechtigt die Krankenkassen sogar, sich gegebenenfalls der Mittel des öffentlich-rechtlichen Verwaltungszwanges zu bedienen.“ (Töns, 1978, S. 557)

Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich bei der AOK – anders als bei den Ersatzkassen, bei denen die Selbstverwaltung nur aus Versichertenvertretern besteht – je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen (§ 44 Abs. 1 SGB IV). Die Versicherten und die Arbeitgeber wählen die Vertreter ihrer Gruppen getrennt aufgrund von Vorschlagslisten. Darüber hinaus können Versicherte bzw. Arbeitgeber „freie Listen“ einreichen, wenn sie von einer bestimmten Anzahl von Wahlberechtigten unterzeichnet wurde (vgl. § 48 SGB IV).

Wird aus einer Gruppe nur eine Vorschlagsliste eingereicht oder werden auf mehreren Vorschlagslisten nicht mehr Bewerber benannt, als Mitglieder zu wählen sind, gelten die Vorgeschlagenen als gewählt (sogenannte Friedenswahl).

Bis zum Erlass des Gesundheitsstrukturgesetzes und der damit verbundenen Gründung der AOK Bayern war die Selbstverwaltung der einzelnen AOKn zweigeteilt: Vertreterversammlung und Vorstand.

Die Vertreterversammlung beschloss die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Krankenkasse (§ 33 Abs. 1 SGB IV), wählte den Vorstand (§ 52 Abs. 1 SGB IV) und Geschäftsführer (§ 36 Abs. 1 SGB IV) und nahm die Jahresrechnung ab (§ 77 Abs. 1 SGB IV), um nur die wichtigsten Aufgaben zu nennen. Der Vertreterversammlung konnten – je nach Größe des Versicherungsträgers – bis zu 60 Mitglieder angehören (§ 43 Abs. 1 SGB IV).

Der Vorstand vertrat und verwaltete die AOK und war insoweit zuständig für alle Entscheidungen, soweit es sich nicht um laufende Verwaltungsgeschäfte handelte. Hierzu gehörten beispielsweise die An- und Vermietung von Gebäuden, Beschaffung von höherwertigen Geräten und Einrichtungsgegenständen, Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern und auch die Einstellung, Beförderung und Höhergruppierung von Mitarbeitern (vgl. § 35 SGB IV).

Die laufenden Verwaltungsgeschäfte führte der hauptamtliche Geschäftsführer, in dessen Bereich auch die Einrichtung und Leitung der inneren Verwaltung fiel (§ 36 SGB IV).

Diese hierarchische Gliederung spiegelt sich auch bei den AOK-Landesverbänden wider: Auch hier finden sich als Parlament die Vertreterversammlung, als Regierung der Vorstand und als Exekutive der Geschäftsführer und die Mitarbeiter, wobei die Selbstverwalter aus den Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen rekrutiert wurden.

Ebenso stellten wieder die Selbstverwalter in den Landesverbandsvorständen die Mitglieder in den Bundesverbandsgremien.

Betrachtet man die Besetzung der Selbstverwaltung der früheren bayerischen AOKn exemplarisch an der AOK Kempten-Oberallgäu, lässt sich festhalten, dass sich über all die Jahre die Versichertenseite aus Funktionären der Gewerkschaften und kirchlichen Arbeitnehmervereinigungen, aber auch (allerdings auch gewerkschaftlich orientierten) Arbeitnehmern und Rentnern zusammensetzte. Soweit zurückverfolgt werden kann, kam es bei der AOK Kempten-Oberallgäu nach Ablauf der jeweils sechsjährigen Amtsperiode nie zu einer „echten Wahl“, da sich die Gewerkschaften und Arbeitnehmervereinigungen stets auf eine Liste einigten. In dieser Liste waren außer allen Versichertenarten auch die diversen Berufe vertreten.

Auch auf Arbeitgeberseite einigten sich die Vereinigungen und Verbände stets auf eine Liste, in der nicht nur die verschiedenen Sparten (Handel, Handwerk, Produktion, Hotel und Gastronomie, Dienstleistungen, Banken), sondern auch die diversen Größen der Betriebe berücksichtigt wurden.

Versicherte und Arbeitgeber mit ihren Vereinigungen und Verbänden sind Bestandteil des organisationalen Feldes, in dem sich die AOK bewegt. In den Selbstverwaltungsorganen zeigt sich die Symbiose, die DiMaggio und Powell in ihrer Theorie des organisationalen Feldes beschrieben haben. Zwischen den Arbeitnehmer- bzw. Arbeitgeberorganisationen und der AOK bestand eine enge Interaktion, die eindeutige Koalitionsmuster hervorbrachte (vgl. Kapitel 2.4). Das von Scott und Meyer beschriebene Beziehungsmuster und Interaktionsverhältnis wurde in den Organen der Selbstverwaltung manifestiert. Die Selbstverwaltung nahm also hier die Rolle einer Institution ein, die der Interaktion zwischen der AOK und den umliegenden Unternehmen und Arbeitnehmerorganisationen diene.

9.3 Beurteilung der Selbstverwaltung der Einzel-AOK vor der Vereinigung

Aus demokratischer Sicht war die Selbstverwaltung der AOK ideal. Versicherte und Arbeitgeber, also die Beitragszahler aus dem jeweiligen AOK-Bezirk, nahmen Einfluss auf die Organisation AOK, deren

Zuständigkeitsbereich meist dem Landkreis entsprach. Sie bestimmten über die Größe und Zahl der Geschäftsstellen, die Anzahl der Mitarbeiter, die Öffnungszeiten, die Mehrleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, die Verträge mit den örtlichen Vertragspartnern, den Haushalt, den Beitragssatz usw. Allerdings muss bedacht werden, dass diese Form der Verwaltung noch in einer Zeit geschaffen wurde, als die AOK ausschließlich in ihrer Funktion als „Behörde“ gesehen wurde. Das System war auf Beständigkeit und Kontinuität angelegt, nicht auf plötzliche Veränderungen und rasche Reaktionen. Wie aus Sitzungsprotokollen der AOK Kempten-Oberallgäu ersichtlich ist, musste, wenn ein neuer Aufgabenbereich eingeführt werden sollte, der Geschäftsführer zunächst den Vorstand von seinen Plänen überzeugen. Der Vorstand hatte, wenn er den entsprechenden Beschluss gefasst hatte, wiederum der Vertreterversammlung (die in der Regel nur zweimal jährlich tagte) die Bereitstellung von Haushaltsmitteln für Personal und Räumlichkeiten zu empfehlen und einen Beschlussvorschlag für die Vertreterversammlung vorzulegen. Erst nach Abschluss dieser Prozedur, die einige Monate dauern konnte, konnte dann die Einstellung neuer Mitarbeiter und die Frage der Räumlichkeiten angegangen werden, was wiederum für jede einzelne Neueinstellung und für die Räumlichkeiten Beschlüsse des Vorstandes erforderte. Vertragsverhandlungen mit Krankenhäusern konnten vom Geschäftsführer (die dieser führen musste, da die Vorstandsmitglieder die entsprechende Fachkenntnis nicht hatten) nur „unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Vorstandes“ geführt werden, der gegebenenfalls Neuverhandlungen hätte verlangen können.

Die örtliche Selbstverwaltung hatte einerseits den Vorteil einer bestmöglichen demokratischen Beteiligung der Betroffenen, mit der die AOK als „Einrichtung der engeren Heimat“ oder als „Heimatkrankenkasse“, wie sich die AOK Kempten-Oberallgäu früher bezeichnete, Imagepunkte sammeln und damit Legitimität gewinnen konnte. Sie hatte aber andererseits, als durch die beschriebenen Veränderungen im Umfeld ein

einheitliches Auftreten der AOKn erforderlich geworden war, erhebliche Nachteile, wie der folgende Abschnitt zeigen wird.

9.4 Zusammenarbeit mit den Verbänden

Aufgaben der AOK-Landesverbände waren ursprünglich die (rechtliche) Beratung und Unterrichtung der Mitgliedskassen, die Erstellung von Statistiken, Vertragsabschlüsse mit (auf Landesebene bestehenden) Vereinigungen und Verbänden von Heilberufen und auch mit Krankenhäusern und Lieferanten, wenn sie von den Mitgliedskassen beauftragt worden sind, Übernahme von Vertretungen (z.B. vor Gericht), die Förderung der Ausbildung und Fortbildung der AOK-Beschäftigten und die Durchführung von Arbeitstagen für Geschäftsführer (vgl. § 414e RVO). Auch die Aufgaben des Bundesverbandes bestanden primär in der Beratung und Unterrichtung, im Erstellen von Statistiken, im Abschluss von Verträgen mit Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von den Landesverbänden dazu bevollmächtigt worden sind, und in der Übernahme von Vertretungen in Streitfällen (vgl. § 414f RVO).

Die Aufgabenstellung und die Tatsache, dass die Selbstverwaltungsorgane in den Verbänden aus den Vorständen der Verbandskassen gewählt wurden (§ 414f RVO), zeigt, dass die „Regierung“ in diesem System von „unten nach oben“ erfolgte. Die Mitgliedskassen bestimmten das Tun und Handeln der Verbände; die Verbände waren quasi „Dienstleistungseinrichtungen“ der Mitgliedskassen.

Erst die in Abschnitt 6.3 beschriebenen Änderungen im organisationalen Umfeld und die sich durchsetzende Überzeugung, dass die Herausforderungen nur gemeinsam gelöst werden konnten, führten zu der Erwartung der Mitgliedskassen, dass die Verbände nunmehr nicht nur „Rechtsstellen“ sein sollten, die neue Gesetze, Rechtsprechung usw. kommentierten und Vertragshandlungen führten, sondern sich vornehmlich Marketingfragen annehmen sollten. Allerdings war aufgrund der Organisationsstrukturen eine gemeinsame Umsetzung der Verbandsvorschläge zum Marketing äußerst schwierig, da die einzelnen

AOKn die Initiativen des Verbandes oftmals nur als „Empfehlung“ sahen, der man folgen konnte – oder auch nicht. Nicht einmal auf ein gemeinsames Logo konnten sich die AOKn zunächst einigen. Hans-Bernhard Henkel-Hoving konstatierte die seinerzeitige Situation mit Sarkasmus: „Und so präsentierte sich die AOK Ende der 80er-Jahre in allen Schriftarten, die man sich nur vorstellen kann, und schillerte in Hunderten Farbtönen [...], je nach Geschmackssicherheit des jeweiligen örtlichen Geschäftsführers (oder seiner Gattin).“ (Henkel-Hoving, 2008, S. 49) Wie beschrieben, wurden der für jede AOK avisierte Betriebsdienst (Kapitel 6.5) und die Angebote im Bereich Ernährung (Abschnitt 6.6) – um nur zwei Beispiele zu nennen – von manchen AOKn sofort, von anderen nur zögerlich oder zunächst gar nicht umgesetzt. Viele Verbandsrundschriften monieren die fehlende Bereitschaft mancher Mitgliedskassen zur strikten Umsetzung der Projekte, die bundesweit beworben werden sollten.

9.5 Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Verbänden

Die Eigenheit der AOKn, auf ihre Selbstständigkeit zu pochen, ist schon in Kapitel 4.3 beschrieben worden. Der strukturelle Aufbau der AOK mit einem Geschäftsführer, der zwar beratendes Mitglied (ohne Stimmrecht) im Vorstand war, für den aber keine Wahlperiode galt (Amt auf Lebenszeit), der ehrenamtliche Vorstand mit seiner unterschiedlichen Zusammensetzung und damit auch unterschiedlichen Meinungen über die Prioritäten der Leitung einer AOK, was ebenso für die Vertreterversammlung zutraf, machte eine rasche Verwirklichung neuer Maßnahmen nur schwer möglich. Die AOK war in den 1980er Jahren aus dem Stadium, „nur“ Behörde zu sein, herausgetreten und befand sich nun als Organisation im organisationalen Feld GKV im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen. Die einzelne Ersatzkasse, die bundesweit nur eine Selbstverwaltung hatte, konnte beschlossene Maßnahmen unverzüglich und bundesweit durchsetzen. Dem stand der AOK-Bundesverband gegenüber, der von seinen Maßnahmen nicht nur Geschäftsführer, Vorstände und Vertreterversammlungen der Landesverbände, sondern

bundesweit Geschäftsführer und Selbstverwaltungsorgane von 272 eigenständigen AOKn (Stand 1993) überzeugen musste. Er hatte im Gegensatz zu einer Ersatzkasse nicht den „Durchgriff“ auf alle Geschäftsstellen.

9.6 Konsequenzen des AOK-Bundesverbandes

Den in Abschnitt 9.3 aufgezeigten Mangel zu beseitigen, war ein weiteres Ziel des AOK-Bundesverbandes. Sieht man den AOK-Bundesverband als „Institutional Entrepreneur“, der durch seine Initiativen und Aktivitäten den Gesetzgeber zur Änderung des Sozialgesetzbuches – der wesentlichen „Institution“ der gesetzlichen Krankenversicherung – veranlasst hatte (vgl. Kapitel 6.7), so muss man ihm als seinen Erfolg auch die Änderung der Führungsstrukturen der Krankenkassen zuschreiben, die ab 1996 in Kraft trat und die bisherige Aufgabenverteilung zwischen Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführer aufhob. Die Visionen und Thesen des AOK-Bundesverbandes zum Gesundheitsstrukturgesetz wurden von den AOK-Landesverbänden und – soweit es um den Risikostrukturausgleich und die Einführung der Wahlfreiheit ging – auch von den Mitgliedskassen mitgetragen. Allein bei der Gestaltung der künftigen inneren Organisation schieden sich die Geister, wobei sich die Diskussionen innerhalb der AOK-Gemeinschaft primär um die Größe der künftigen AOK (Landesebene, Regierungsbezirksebene usw.) drehten. Die Aufhebung der bisherigen Selbstverwaltungsstrukturen und die Abschaffung des bisher „auf Lebenszeit“ bestellten Geschäftsführers traten völlig in den Hintergrund. Zwar wandten sich die Selbstverwalter der AOK Kempten-Oberallgäu mit einer Resolution an maßgebliche Politiker in Bundes- und Landtag gegen die Änderung (siehe Niederschrift über die Vertreterversammlung vom 30.11.1992, Archiv AOK Kempten-Oberallgäu), die aber als unzutreffend zurückgewiesen wurde: Durch die neuen Führungsstrukturen würden die Selbstverwalter gestärkt.

Fakt war, dass die AOKn durch die künftig zu erwartenden größeren Unternehmenseinheiten, die allein schon der Fusionszwang des § 145 SGB

V bedingte, über das organisationale Feld der „regionalen Behörden“ hinauswachsen würden und durch den sich künftig verstärkenden Wettbewerb Wirtschaftsunternehmen ähneln würden. Nach Ulrich Okoniewski bietet es sich mit den wettbewerblichen Rahmenbedingungen des GSG und dem damit zu erwartenden Verdrängungswettbewerb „geradezu an, das AOK-System am ehesten mit der Organisation von Konzernen zu vergleichen. [...] Die moderne Konzernorganisation muß einer Vielzahl neuer Einflußfaktoren und Rahmenbedingungen der Umwelt gerecht werden und diese Umwelt selbst aktiv beeinflussen können.“ (Okoniewski, 1993, S. 118) Was lag also näher, als auf Strukturen von Konzernen zurückzugreifen und das dort vorherrschende System von „Vorstand“ und „Aufsichtsrat“ zu „adaptieren“? Man erwartete sich dadurch eine dynamischere Unternehmensführung, die nutzenstiftende Aktivitäten über die richtigen organisatorischen und motivationalen Maßnahmen erzeugen konnte. In Verbindung mit Zusammenschlüssen zu größeren Unternehmenseinheiten konnten so AOKn entstehen, die mit einheitlichen Beitragssätzen, einheitlichem Marketing, einheitlichen Geschäftsgrundsätzen, einheitlicher Sprachregelung gegenüber der Politik usw. auftreten konnten.

Interessant ist, dass es dem AOK-Bundesverband – unterstützt von den Landesverbänden – gelang, den örtlichen AOKn mit ihren Selbstverwaltungen (zum großen Teil gegen deren Willen) Herrschaft und Macht zu nehmen und diese auf die Landesebene zu verlagern und so das „Regieren von oben nach unten“ zu ermöglichen. Neben Risikostrukturausgleich und Wahlfreiheit war die „innere Erneuerung“ der AOK-Organisation die dritte zentrale These und Forderung des AOK-Bundesverbandes an das GSG, die im Gesetz ihren Niederschlag fand (vgl. Knieps, 1993).

9.7 Selbstverwaltung nach der Vereinigung zur AOK Bayern

Mit dem Inkrafttreten der Organisationsreform am 01.01.1996 und durch den Zusammenschluss zur AOK Bayern blieb für die ehrenamtlichen

Selbstverwalter als einziges Betätigungsfeld der Verwaltungsrat, der nach dem geänderten § 43 Abs. 1 SGB IV höchstens 30 Mitglieder umfassen durfte. Die Aufgaben des früheren ehrenamtlichen Vorstandes und des hauptamtlichen Geschäftsführers waren auf den nun hauptamtlich besetzten Vorstand übergegangen. Die Fusion zur Landes-AOK und der geänderte § 43 Abs. 1 SGB IV hätten bedingt, dass die Zahl der für die bisher 39 selbstständigen AOK-Einheiten tätigen Selbstverwalter von fast 2.000 (unter Berücksichtigung der gewählten Stellvertreter sogar über 2.000) auf 30 hätte verringert werden müssen.

Um die traditionelle Einbindung der Versicherten und Arbeitgeber in den Direktionen nicht zu verlieren, regelte die AOK Bayern in ihrer Satzung, dass unterhalb des auf Landesebene bestehenden Verwaltungsrats in jeder Direktion ein „Beirat“ gebildet wird, der bei Direktionen bis zu 50.000 Mitglieder aus je neun Vertretern der Versicherten und Arbeitgebern, im übrigen aus je zwölf Vertretern der Versicherten und Arbeitgebern besteht.

9.8 Aufgaben des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat beschließt „die Satzung und sonstiges autonomes Recht“ der AOK sowie „in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges [...] maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen“ (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB IV). Der Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grundlegender Bedeutung sind (§ 197 Abs. 1 Nr. 1 a und b SGB IV).

Wichtigste Aufgaben des Verwaltungsrates sind nach § 31 Abs. 5 der Satzung der AOK Bayern unter anderem:

- Entscheidungen über die strategische und unternehmenspolitische Ausrichtung der AOK zum Beispiel in der Vertrags- und Produktpolitik, der Vertriebs- und Marketingstrategie sowie den Grundsätzen der inneren Organisation und Personalentwicklung;
- Entscheidungen und Interessenvertretung in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen;

- Wahl des Vorstandes und aus dessen Mitte des Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter;
- Absprache von Zielvereinbarungen mit dem Vorstand;
- Überwachung des Vorstandes unter anderem durch Entgegennahme der Berichte des Vorstandes über die Umsetzung von Entscheidungen des Verwaltungsrates, die finanzielle Situation und Entwicklung sowie die Erreichung des Jahreszieles (§ 35a Abs. 2 SGB IV);
- Entlastung des Vorstandes bezüglich der Jahresrechnung (§ 197 Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
- Feststellung des Haushaltsplanes (§ 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Der Verwaltungsrat besteht nach § 15 der Satzung der AOK Bayern aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Bei der Besetzung sollen die Regierungsbezirke angemessen berücksichtigt werden. So kommen entsprechend dieser Satzungsbestimmung aus Oberbayern je drei Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber, aus den übrigen Regierungsbezirken jeweils zwei.

9.9 Aufgabe der Beiräte in den Direktionen

Aufgaben der Beiräte sind gemäß der Satzung Stellungnahmen und Beschlussempfehlungen, insbesondere

- zum Marketingplan,
- bei Projekten und Maßnahmen der Prävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Fragen der regionalen Gesundheitspolitik (z.B. regionale Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung),
- bei Anstellung, Beförderung, Höhergruppierung, Versetzung in den Ruhestand, Kündigung oder Entlassung des Direktors und, soweit vorgesehen, des stellvertretenden Direktors der Direktion,
- bei der Aufstellung des jährlichen Geschäftsplans und eines Direktionsbudgets,

- bei der Einrichtung oder Schließung von Geschäftsstellen oder Eigeneinrichtungen sowie bei Baumaßnahmen, soweit sie der Direktion zugeordnet sind, und
- bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken im Bereich der Direktion.

Außerdem soll der Beirat Vertrieb und Marketing auf lokaler Ebene unterstützen, insbesondere durch Zusammenarbeit mit Betreuungsbeauftragten.

Mit dieser Regelung ist es der AOK Bayern gelungen, ihre traditionellen Verbindungen zu den Einrichtungen der Versicherten und Arbeitgeber vor Ort aufrechtzuerhalten. Auch wenn die direktionalen Beiräte grundsätzlich nur „Stellungnahmen und Beschlussempfehlungen“ abgeben können, so bestünde doch über die Verbindung zu den Verwaltungsratsmitgliedern die Möglichkeit zur Einwirkung auf unternehmenspolitische Strategien.

9.10 Besetzung der Selbstverwaltungsorgane bei der AOK Bayern

Die „Wahl“ der Selbstverwalter erfolgt nach wie vor über Vorschlagslisten (§ 48 Abs. 1 SGB IV). Die letzte Wahl fand in Bayern 2017 statt. Nachdem die jeweils für die Wahl der Versichertenvertreter und für die Wahl der Arbeitgebervertreter eingereichten Vorschlagslisten nicht mehr Bewerber enthielten, als Mitglieder zu wählen waren, galten die Vorgeschlagenen als gewählt.

Die Arbeitgebergruppe im Verwaltungsrat der AOK Bayern setzt sich aus 15 Arbeitgebern aus den verschiedensten Berufen, vom Handwerksmeister über Personalleiter, Geschäftsführer, Firmeninhaber bis zum Vorstand eines Großunternehmens, zusammen. Entsprechend der Vorgabe der Satzung stammen aus jedem Regierungsbezirk – je nach Größe – bis zu drei Arbeitgebervertreter. Die Arbeitgebergruppe im Verwaltungsrat repräsentiert also einen Querschnitt der Unternehmer aus den verschiedensten Regierungsbezirken. Auch in den direktionalen Beiräten

geht die Zusammensetzung der Arbeitgebergruppe weitgehend über alle Geschäftssparten und Betriebsgrößen.

Für die Versichertengruppe im Verwaltungsrat der AOK Bayern sind vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und der Arbeitsgemeinschaft christlicher Arbeitnehmerorganisationen (ACA) in erster Linie Repräsentanten der Gewerkschaften und Arbeitnehmerverbände benannt. Auch hier kommen die Vertreter aus den verschiedenen Regierungsbezirken. Die diversen Berufssparten der Versicherten werden im Verwaltungsrat durch die verschiedenen Gewerkschaftsvertreter repräsentiert. Dass im Verwaltungsrat – der Aufsicht über den Vorstand führt, alle grundlegenden Entscheidungen für die AOK trifft, Haushaltspläne aufstellt, Jahresrechnungen abnimmt usw. – „Professionalität“ gefordert ist und die Interessen durch „höhere“ Funktionäre der Gewerkschaften und Arbeitnehmervereinigungen vertreten werden, die sich nach ihrem Selbstverständnis nicht nur der Gestaltung der Arbeitswelt, sondern auch sozialpolitischen Themen zu widmen haben, ist nachvollziehbar. Die Versichertengruppe in den direktionalen Beiräten, bei denen es um die Frage des Services, der Geschäftsstellen vor Ort usw. geht, sind primär mit (allerdings auch wieder gewerkschaftlich orientierten) Arbeitnehmern örtlicher Betriebe und Rentnern besetzt.

Alles in allem spiegelt sich die Versicherten- und Gesellschaftsstruktur in den Selbstverwaltungsgremien der AOK Bayern wider. Sollten sich Versicherte, die nicht Gewerkschaftsmitglied sind, oder Arbeitgeber, die keinem Arbeitgeberverband angehören, selbst in Gremien einbringen wollen, könnte dies über „freie“ Wahllisten geschehen, in denen sich nichtorganisierte AOK-Versichertengruppen oder auch Arbeitgeber zusammenschließen können (vgl. § 48 SGB IV). Einfluss auf die Besetzung der Gremien haben so alle Versicherten und Arbeitgeber selbst. Unterrepräsentanz von Versicherten- oder Arbeitgebergruppen könnte durch Eigeninitiative behoben werden.

9.11 Beurteilung der durch das GSG bedingten Veränderungen in der Selbstverwaltung

Die vom AOK-Bundesverband aufgestellten Thesen zur „inneren Erneuerung der AOK“ (DOK 1991, S. 533, Archiv AOK Kempten-Oberallgäu) hatten in erster Linie eine funktionale innere AOK-Struktur im Blick, weniger die Befindlichkeiten von Selbstverwaltern und Geschäftsführern. Die zwar mustergültig demokratische, aber doch recht umständliche Verwaltung der vielen früheren örtlichen AOKn durch Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführer und die sich daraus ergebende Meinungsvielfalt machten ein einheitliches Auftreten und ein landes- oder bundesweites Bewerben von Aktivitäten, das in Zeiten des zu erwartenden völligen Wettbewerbs unbedingt notwendig war, äußerst schwierig. Im Gegensatz zu den bundesweit agierenden Ersatzkassen hatten weder der AOK-Bundesverband noch die AOK-Landesverbände Weisungsbefugnisse gegenüber den Mitglieds-kassen. Der AOK-Bundesverband sah letztlich nur in größeren Einheiten – wobei er schon früh die Landes-AOK präferierte – und in geänderten Führungsstrukturen eine Chance für die AOK-Gemeinschaft, sich im einsetzenden Wettbewerb behaupten zu können.

Vorbild waren die in der freien Wirtschaft für Großbetriebe bestehenden Führungsstrukturen aus Vorstand und Aufsichtsrat.

Vergleicht man die Veröffentlichungen vor und nach der Verabschiedung des GSG, zeigt sich der AOK-Bundesverband als Initiator sämtlicher wesentlicher Neuerungen. Für den in Zusammenhang mit dem freien Wahlrecht eingeführten Risikostrukturausgleich verdient er das Prädikat „Institutional Entrepreneur“, da ein solcher Ausgleich zwischen den verschiedenen eigenständigen Unternehmen völlig neu und nicht vergleichbar war. Den neuen Führungsstrukturen der AOK mit Vorstand und Verwaltungsrat dienten als Vorbilder die großen Wirtschaftsunternehmen und Konzerne. Die AOK war durch die Vereinigung in dieses für sie neue organisationale Feld der kapitalistischen

Unternehmen vorgedrungen; die Angleichung der Führungsstrukturen belegt den dem Neoinstitutionalismus zugrunde liegenden Ansatz der Isomorphie durch Mimese. Aber nicht nur die formellen Strukturen der Landes-AOK sollten nun der eines Konzernes gleichen, vielmehr sollten auch mit den Praktiken des modernen Managements die Ziele einer ökonomisch, effizient und wirksam handelnden Organisation erreicht werden.

Die Voraussetzungen für ein modernes Management, das die AOK nunmehr von der Landesebene aus führen kann und das den Zugriff auf alle Geschäftsstellen hat, waren durch die neue Kassengröße, den in seinen Führungsbefugnissen erweiterten hauptamtlichen Vorstand und die Beschränkung der Ehrenamtstätigkeit auf den Verwaltungsrat gegeben. Für den Verwaltungsrat besteht ein strategischer Vorteil gegenüber früher darin, dass der geschäftsführende Vorstand sein Amt auf sechs Jahre befristet ausübt und der Verwaltungsrat danach neu entscheiden kann. Ebenso wurde den bisherigen Geschäftsführern der früheren bayerischen AOKn eine Weiterbeschäftigung als Leiter einer Direktion angeboten mit der Maßgabe, dass auch dies für jeweils sechs Jahre gelten soll.

Die in weiten Bereichen propagierte „Stärkung der Selbstverwaltung“ kann allenfalls in dieser Befristung der Akteursverträge gesehen werden. Ansonsten sind, objektiv betrachtet, die Möglichkeiten der Selbstverwaltung eingeschränkt worden. Gestärkt worden ist eindeutig die „Organisation AOK“ hinsichtlich der Umsetzung ihrer Strategien, ihrer Möglichkeiten von modernem Management und der Generierung von Potenzial.

Mit der Einführung des örtlichen ehrenamtlichen Beirats hat die AOK Bayern die Mitwirkung der Versicherten und Arbeitgeber über die gesetzlichen Vorgaben hinaus bestmöglich gelöst. Aber auch der „direktionale Beirat“ zeigt die mimetischen Wirkungen innerhalb des organisationalen Feldes. Okoniewski beschrieb schon 1993 die mögliche Einführung von „beratenden Selbstverwaltungsausschüssen“ auf der Ebene der früheren AOK-Bezirke, falls es zum damaligen Zeitpunkt in

Niedersachsen einen Zusammenschluss auf Landesebene gegeben hätte (vgl. Okoniewski, 1993).

10 Die Rolle des Marktes innerhalb der GKV – die AOK als Marke

Die bisher beschriebenen Veränderungen der Strukturen der Organisation AOK sind auf den sich verändernden Wettbewerb (Wahlfreiheit der Versicherten) mit den im organisationalen Feld GKV ebenfalls um Mitglieder konkurrierenden anderen Krankenkassen zurückzuführen. Es zeigt sich die Angleichung von Organisationsstrukturen und insbesondere von Handlungsmustern der Krankenkassen durch den im Neoinstitutionalismus begründeten Isomorphismus. Die Beeinflussung der Organisationen Krankenkassen durch die Umwelt und auch umgekehrt die Beeinflussung der Umwelt durch die Aktivitäten der Krankenkassen ist größtenteils auf den „Kampf“, um Marktanteile an Mitgliedern zurückzuführen.

Von existenzieller Bedeutung sind dabei nicht nur funktionale Organisationsstrukturen, welche die ersten beiden Säulen des Scott'schen Drei-Säulen-Modells (vgl. Abschnitt 2.5), nämlich den regulativen und den normativen Aspekt, abdecken können, denn von Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts wird die Einhaltung von Gesetzen, Richtlinien und allgemeingültigen Normen und Werten als Selbstverständlichkeit erwartet. Mindestens genauso wichtig für die Legitimität einer Krankenkasse ist die kulturell-kognitive Säule dieses Modells, nämlich wie ihr Tun und Handeln von der Umwelt wahrgenommen wird. Gerade dieser Punkt ist ein wesentlicher Parameter im Wettbewerb. Dass sich die Krankenkassen bei Erbringung der Leistungen an Recht und Gesetz halten, erwartet der Kunde. Entscheidend ist für ihn, wie er die Leistungserbringung erlebt und fühlt: bürokratisch, umständlich, zeitaufwendig, unflexibel – oder: kundenorientiert, schnell, unbürokratisch, kulant. Die Kunden erwarten eine „fürsorgliche“ Krankenkasse, die einen umfassenden Krankenversicherungsschutz zu günstigen Beiträgen (möglichst ohne Zusatzbeiträge) schnell und unkompliziert zur Verfügung stellt. Da die Krankenkassen die Leistungen bis auf wenige Ausnahmen (wie das Krankengeld) nicht selbst erbringen, sind sie auf weitere Akteure

im organisationalen Feld GKV angewiesen. Dieser „besondere Markt“ innerhalb der GKV soll in diesem Abschnitt beschrieben werden.

Trotz Wettbewerbs darf eine Krankenkasse die Ziele, die sie als Teil der GKV zu erfüllen hat, nicht aus den Augen verlieren. Bevor auf die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrem besonderen Markt eingegangen wird, sollen deshalb zunächst kurz die Ziele der Krankenversicherung dargestellt werden.

Die World Health Organization (WHO) liefert eine umfassende Definition von Gesundheit: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization, 1946, S. 1) Auch wenn diese Definition utopisch und unerreichbar erscheint, so gibt sie doch die Ziele der Gesundheitspolitik vor. Wichtigstes Ziel dabei ist es, die Lebensbedingungen der Bevölkerung so zu beeinflussen, dass die Gesundheitschancen für alle Bürger steigen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen ergibt sich daraus die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches festgeschriebene Aufgabe:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ (§ 1 SGB V)

Den Versicherten wird hier die Verantwortung übertragen, auf sich und ihre Gesundheit zu achten. Den Versicherungen selbst kommt eine unterstützende Funktion in diesem System zu. Diese Leistungen werden in

§ 12 Sozialgesetzbuch V. Buch allerdings klar reglementiert. Auf diesen Punkt wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

Die gesetzliche Krankenversicherung und auch die AOK Bayern bewegen sich also in einem Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Vorgaben und Wettbewerb. Angelehnt an Scheffold werden zunächst die drei Märkte, auf denen sich eine gesetzliche Krankenversicherung bewegt, herausgearbeitet und anschließend die Besonderheiten für die AOK Bayern aufgezeigt (vgl. dazu Scheffold, 2008).

Noweski definiert Gesundheitsmärkte folgendermaßen:

„Gesundheitsmärkte sind entsprechend der sektoralen Unterscheidung von Teilen der Volkswirtschaftslehre („Branchen“) Märkte mit einer spezifischen Struktur von Gütern. Das für Gesundheitsmärkte kennzeichnende Merkmal der Güter ist ihr Konsum zum Zwecke einer Verbesserung oder des Erhaltes eines angestrebten Gesundheitszustandes. Dementsprechend kann folgende Definition gelten: Gesundheitsmärkte sind Orte des Aufeinandertreffens von Angebot und Nachfrage jener Waren und Dienstleistungen, die mit dem Zweck, Gesundheitszustände positiv zu beeinflussen, konsumiert werden.“ (Noweski, 2012, S. 11 f.)

10.1 Spannungsfeld Sozialgesetzbuch V und Wettbewerb

Das Prinzip der Solidarität, das bereits eingehend beschrieben wurde, ist das Grundprinzip jeder gesetzlichen Versicherung. „Der Solidaritätsgedanke ist unter anderem an der Finanzierung der GKV zu erkennen, denn der Versicherungsbeitrag für eine gesetzliche Krankenversicherung richtet sich gemäß § 3 SGB V nach der Höhe des versicherungspflichtigen Einkommens einer Person und nicht nach dem aus Morbidität, Geschlecht oder Alter resultierenden Versicherungsrisiko (Diskriminierungsverbot). Ungeachtet dessen sind die zu gewährenden medizinischen Leistungen unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit und werden allen Versicherten gemäß dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit gleichermaßen gewährt.“ (Scheffold, 2008, S. 27)

Das in § 12 SGB V festgeschriebene Prinzip der Wirtschaftlichkeit schränkt die Krankenkassen auf den ersten Blick in ihrer Gewährung von Leistungen ein. Darin heißt es:

„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

Ziel der GKV ist, ihren Versicherten einen umfassenden Krankenversicherungsschutz zu einem möglichst günstigen Beitragssatz anbieten zu können. Zwar ist der Krankenversicherungsbeitragssatz seit Einführung des Gesundheitsfonds bundeseinheitlich festgeschrieben (§ 241 SGB V), dennoch besteht für die einzelne Krankenkasse die Gefahr, Zusatzbeiträge erheben zu müssen, falls die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf nicht decken würden. Da gesamtgesellschaftlich und -wirtschaftlich ein niedriger Krankenversicherungsbeitrag wünschenswert ist und die einzelne Krankenkasse im Wettbewerb entscheidende Nachteile bei Einführung eines Zusatzbeitrages befürchten müsste, ist dieses Gesetz im Sinne der Beitragszahler, „denn die Krankenkassen sind daran interessiert, einen niedrigen Beitragssatz anzubieten und diesen nicht durch eine

unwirtschaftliche Versorgung der Versicherten in Gefahr zu bringen“ (Scheffold, 2008, S. 28).

Auch das Prinzip der Sachleistungen reglementiert die Möglichkeiten der Angebotsleistungen gesetzlicher Krankenversicherungen. Im Krankheitsfall erhalten die Versicherten primär Sach- oder Dienstleistungen und können nur im Ausnahmefall monetären Ausgleich beantragen.

Auch der beschriebene Risikostrukturausgleich spielt im Rahmen des Gesundheitsfonds eine wesentliche Rolle. Er dient der Sicherung des Solidaritätsprinzips und erhält zugleich die Chancengleichheit der Krankenkassen. Weiterhin vermeidet er, dass diese eine aktive Risikoselektion vornehmen, und motiviert die Kassen zu wirtschaftlichem Verhalten. Er ist „eine notwendige Bedingung für die Sicherung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs“ (Scheffold, 2008, S. 34).

Betrachtet man das Verhältnis zwischen Kasse und deren Versicherten, herrscht auf den ersten Blick eine klassische Prinzipal-Agenten-Beziehung. Die Versicherten (Prinzipal) zahlen einen Beitrag an die Krankenversicherung (Agent), der es ihnen ermöglicht, die Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern etc. in Anspruch zu nehmen.



Abbildung 28: Prinzipal-Agenten-Beziehung (eigene Darstellung)

Allerdings kommt hier ein dritter Akteur zum Tragen, der sowohl mit den Kassen als auch mit den Versicherten eine Vertragsbeziehung eingeht. Ärzte, Krankenhäuser etc. sind die eigentlichen Leistungserbringer. Der Prinzipal erhält seine Leistungen nicht direkt von der Versicherung, sondern von einem Dritten.

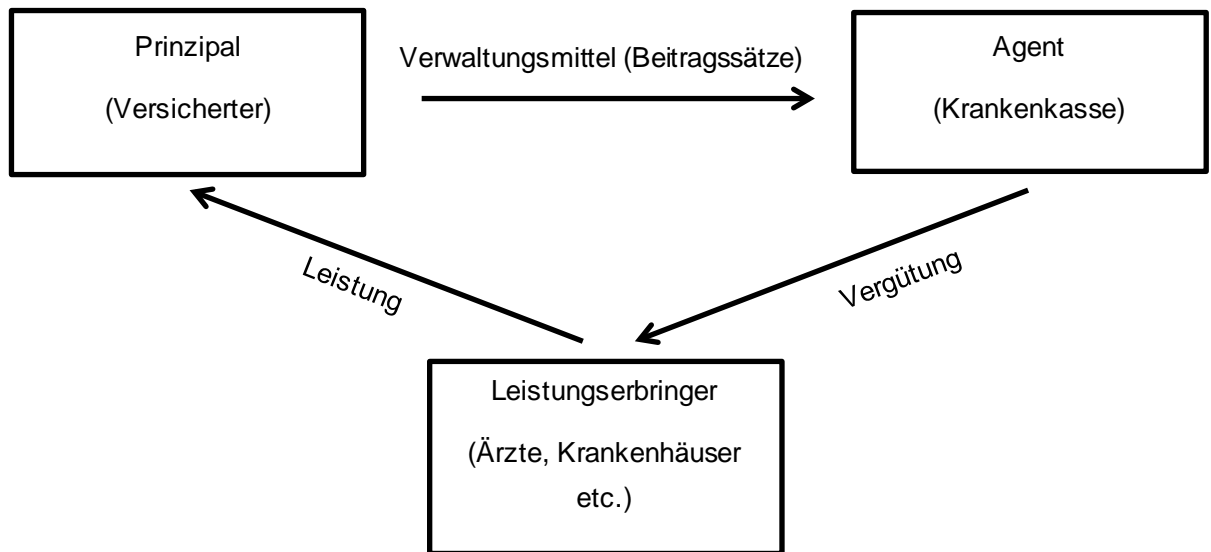


Abbildung 29: Erweiterte Prinzipal-Agenten-Beziehung (eigene Darstellung)

Aus dieser Darstellung wird klar, warum die AOK sich auf drei Märkten bewegt. Wir sprechen hier vom Versichertenmarkt, Behandlungsmarkt und Versorgungsmarkt (siehe Abbildung 30).

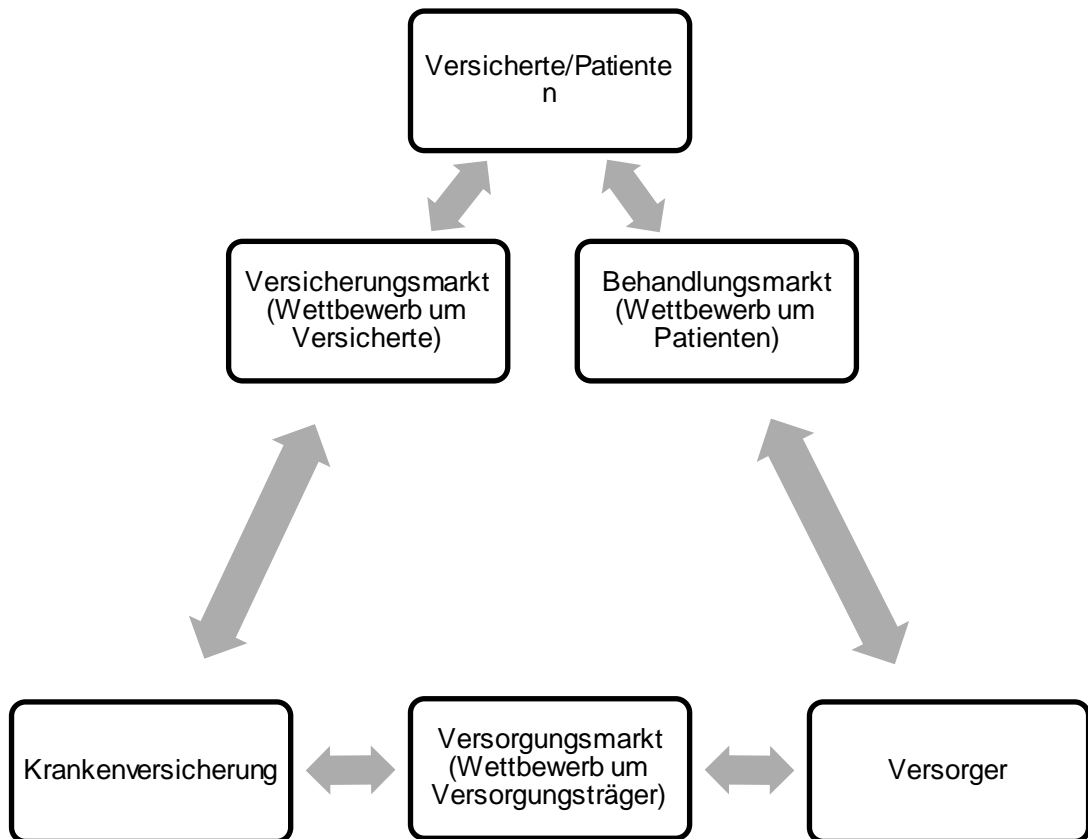


Abbildung 30: Die drei Märkte der GKV (eigene Darstellung nach Scheffold, 2008, S. 34)

Die Regulierung des Gesundheitsmarktes, der aus meiner Sicht als Überbegriff für die folgenden drei „Untermärkte“ genutzt werden kann, ist das wesentliche Merkmal dieses Marktes. Die staatliche Regulierung erfolgt aufgrund gesetzlicher Grundlagen. Bevor nun auf die drei Märkte des Gesundheitsmarktes eingegangen wird, folgt ein Exkurs zu Regulierung.

10.2 Exkurs: Regulierung im Gesundheitsmarkt

Gemäß Sozialgesetzbuch V unterliegt der Gesundheitsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung der Regulierung des Staates. Noweski definiert dies folgendermaßen: „Regulierung kann als die Beschränkung der Entscheidungsfreiheit eines Akteurs durch einen anderen Akteur gekennzeichnet werden. In Wohlfahrtsstaaten ist die Regulierung der Märkte eine Aufgabe des Staates und eine Form staatlicher Steuerung.“ (Noweski, 2012, S. 15) Der Staat nimmt immer dann Einfluss, wenn Marktversagen zu erwarten ist. „Wenn Marktprozesse nachweislich nicht das Wohlfahrtsoptimum gewährleisten, gelten Interventionen des Staates als akzeptabel. [...] In Gesundheitsmärkten geben vor allem folgende Phänomene Anlass einzugreifen:

- Informationsasymmetrien,
- Verknappung auf Grund asymmetrischen Konsums,
- Produktionsengpässe,
- objektive Konsumdefizite.“ (Noweski, 2012, S. 27)

Diese werden im Zusammenhang mit den verschiedenen Märkten näher behandelt.

In Deutschland sind Angebot und Nachfrage streng reguliert. Hierbei tritt allerdings weniger der Staat in Aktion als die Marktteilnehmer selbst. Diese agieren in korporatistischen Verbänden. „Obwohl das Versorgungssystem nicht verstaatlicht wurde, verhielten sich Krankenkassen, Krankenhäuser und teilweise auch die niedergelassenen Ärzte wie Staatsunternehmen und weniger wie Marktteilnehmer. Ursache hierfür waren insbesondere eine Suspendierung der Preiskonkurrenz sowie eine weitgehende Bestandsicherung durch Kollektivverhandlungen und Kontrahierungszwang zwischen den Verbänden.“ (Noweski, 2012, S. 56)

10.3 Der Behandlungsmarkt

Hier treffen gemäß Abbildung 28 Versorger (Ärzte etc.) und Patienten aufeinander. Dieser Markt setzt sich aus der Nachfrage der Patienten

beziehungsweise Versicherten und dem Angebot der Versorger zusammen. „Die Nachfrage einer Person nach Gesundheitsleistungen ist teilweise zufallsbedingt. Bei einem medizinischen Notfall ist es hingegen nicht möglich, bestimmte Gesundheitsgüter innerhalb einer kurzen Zeitspanne bereitzustellen. Aus diesem Grund wird Vorsorge getroffen, und bestimmte Kapazitäten werden durchgehend bereitgehalten. Die Besonderheit, dass bereitgestellte Kapazitäten bereits durch das alleinige Vorhalten [...] Nutzen spenden, ist für diese charakteristisch. Aufgrund der ständigen Bereitstellung medizinischer Kapazitäten wird auch von der Optionsguteigenschaft von Gesundheitsleistungen gesprochen.“ (Scheffold, 2008, S. 35)

Gemäß § 76 Sozialgesetzbuch V können Patienten frei und räumlich unabhängig einen von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Arzt wählen.

Auf diesem Markt ist es nicht möglich, dass allen Beteiligten uneingeschränkt alle Informationen zur Verfügung stehen. „Um im akuten Krankheitsfall eine rationale Wahl der Leistungserbringer vornehmen zu können, müsste sich ein Konsument über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten usw. bereits vor dem Eintritt einer Erkrankung informieren. Aufgrund der Vielzahl [...] ist dieses allerdings unmöglich. Zudem [ist] die Beschaffung von relevanten Informationen [...] nur sehr eingeschränkt möglich. Die Folgen sind eine mangelnde Markttransparenz auf der Nachfrageseite sowie eine eingeschränkte Konsumentensouveränität.“ (Scheffold, 2008, S. 36)³⁶

³⁶ Knieps und Reiners, 2015, formulieren die Informationssuche von Patienten weit überspizter: „[...], dass Kranke, bevor sie zum Arzt gehen, eine Google-Abfrage über ihr Leiden und seine Behandlungsmöglichkeiten zu machen haben, deren Ergebnisse sie womöglich eher verwirren als aufklären. Dann müssen sie sich noch über die Arzthonorare, Pflegesätze und Arzneimittelpreise informieren, um zu entscheiden, welche Therapie sie sich leisten können oder wollen. Wenn sie die aufwändigen Recherchen abgeschlossen haben und noch nicht wegen akuter Beschwerden die Notfallambulanz aufsuchen mussten, machen sie sich auf die Suche nach einem Arzt oder Krankenhaus, die sie nach ihren Preisvorstellungen behandeln. [...]“ (Knieps & Reiners, 2015, S.27)

Hier ist ein Defizit in der Beziehung zu erkennen. Der Leistungserbringer wird vom Patienten beauftragt, seine Krankheit zu heilen. Wie bereits beschrieben, besteht in dieser Beziehung kein Informationsgleichgewicht. Der Leistungserbringer kann den Patienten zu Leistungen überzeugen, die gar nicht nötig sind, um sich einen Vorteil zu verschaffen. Da die zu erbringende Dienstleistung am Patienten ausgeführt wird, hat auch dieser einen Informationsvorsprung, da er mit seinem Verhalten während der Behandlung maßgeblich zum Erfolg oder Misserfolg beitragen kann.

Auf beiden Seiten herrscht ein Informationsungleichgewicht, welches diese Beziehung prägt. Diese Informationsasymmetrie führt oft dazu, dass Regulierung durch den Staat notwendig wird.

Auf diesem Markt herrscht also ein Wettbewerb innerhalb der von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Ärzte um Patienten, die in der Regel freie Arztwahl haben. In diesem Wettbewerb sind auf der einen Seite Ärzte, die ihr fachliches Wissen und Können in modern eingerichteten Praxen mit umfangreicher Geräte- und Laborausstattung anbieten und die ihre Investitionen in Ausbildung und Praxis honoriert haben möchten. Sie könnten – wie beschrieben – versucht sein, Patienten von Behandlungen zu überzeugen, die gar nicht notwendig sind. Auf der anderen Seite ist der Patient, der als gesunder Versicherter eine sparsam wirtschaftende, unnötige Ausgaben vermeidende und damit preisgünstige Krankenkasse erwartet, sich aber nun als Erkrankter in einer anderen Lage sieht. Er ist Prinzipal, der seinem Arzt einen Behandlungsauftrag erteilt, Anspruch auf eine kostenfreie Behandlung hat und sich nun eine möglichst intensive, umfassende Therapie wünscht. Als uninformatierter Patient wäre in seinen Augen der Arzt, der möglichst viel untersucht und therapiert, viele Medikamente und Heilmittel verordnet, ein guter Arzt, den er gerne weiterempfehlen würde.

Diesem Marktverhalten, bei dem sowohl dem Versicherten als auch dem Leistungserbringer an einem möglichst hohen Aufwand an Leistungen und damit Kosten gelegen sein könnte, steht jedoch das bereits beschriebene

Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV entgegen. Reguliert wird dieser Markt über eine große Anzahl von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Verträgen, die den anschließend beschriebenen Versorgungsmarkt beherrschen und dafür sorgen, dass die Leistungserbringer alle notwendigen und zweckmäßigen Leistungen erbringen, von nicht notwendigen Behandlungen aber Abstand nehmen.

„Dieser Wettbewerb hat momentan i. d. R. keine direkte Auswirkung auf die Beziehung zwischen Krankenkasse und Versicherten, da die Kassen gegenwärtig nur eingeschränkt selbstständig selektive Versorgungsverträge mit einzelnen Ärzten abschließen und somit auch nur eine eingeschränkte Möglichkeit haben bei Unzufriedenheit mit einzelnen Ärzten, diesen Versorgungsvertrag zu kündigen.“ (Scheffold, 2008, S. 37)

Die Übernahme der Kosten verschiedener Behandlungsmethoden und alternativer Behandlungsmöglichkeiten beeinflusst die Wahl der Krankenkasse. Versicherte entscheiden hier nach den Möglichkeiten, die ihnen einzelne Ärzte bieten. Wenn eine neue, innovative Behandlung auf den Markt kommt, die von den Versicherten sehr stark angenommen, aber nicht von allen Krankenkassen übernommen wird, werden sich die Versicherten für die Kasse entscheiden, die diese Behandlung bezahlt. Somit wirkt sich der Behandlungsmarkt indirekt auf das Angebot der Krankenkassen aus.

10.4 Versorgungsmarkt

Hier treffen gemäß Abbildung 28 die Leistungserbringer und die Krankenversicherungen aufeinander. Die hier entstandene Prinzipal-Agenten-Beziehung ist durch asymmetrische Informationsverteilung gekennzeichnet. „Die Krankenkassen geben den Versorgern den Auftrag, eine effektive und effiziente Behandlung ihrer Versicherten im Krankheitsfall durchzuführen. [...] Dabei ist der Grad der asymmetrischen Informationsverteilung und die Möglichkeit, diese eigennützig auszunutzen, von der Art der Vergütung der Versorger sowie dem Kenntnisstand der Krankenkassen und der Versorger über die Versichertenmorbidity vor und

nach Abschluss eines Versorgungsvertrages abhängig.“ (Scheffold, 2008, S. 37) Das Informationsgleichgewicht um die Frage der Morbidität ist neben der „Unwissenheit“ der Krankenkassen im Bereich der Behandlungsmethoden der ausschlaggebende Faktor bei Verhandlungen zwischen diesen beiden.

Noweski nennt diesen Markt Vertragssystemwettbewerb. Als Lösung für die beschriebene Informationsasymmetrie und die Möglichkeit, dass Krankenkassen aktiver in die Vertragsgestaltung eingreifen können, sieht er das Konzept von Managed Care (vgl. dazu Noweski, 2012). Auf dieses Konzept und seine Auswirkungen auf die verschiedenen Märkte wird im Anschluss genauer eingegangen.

Der Vertragsmarkt – wie ihn Pfister bezeichnet (vgl. dazu Pfister, 2010) – wurde bewusst eingeführt, um eine weitere Möglichkeit des Wettbewerbs und der Versicherungen zu schaffen. „Dies ist aus Sicht der idealtypischen Merkmale der GKV nur konsequent, da die Ausgabensteuerung direkt an den Leistungserbringern ansetzt. Nach dem Menschenbild der GKV sind die Versicherten nur bedingt rational und benötigen nicht nur vor finanziellen Risiken Schutz, sondern auch vor unvernünftigen Nachfrageentscheidungen. Auf Basis eines einheitlichen Leistungskatalogs treten die Kassen mit den Leistungserbringern in einen Preis- und Qualitätswettbewerb.“ (Pfister, 2010, S. 210)

Hier wird zwischen Kollektivverhandlungen bzw. -verträgen und Selektivverhandlungen bzw. -verträgen unterschieden. Der Begriff Kollektivvertrag wird zwar nicht direkt im Sozialgesetzbuch V genutzt, dennoch sind die Krankenkassen verpflichtet, „bei Vertragsvereinbarungen mit Versorgern gemeinsam und einheitlich vorzugehen.“ (Scheffold, 2008, S. 39)

Weiterhin besteht hier auch die Möglichkeit, Selektivverträge zu schließen. Hier verhandeln einzelne (regional beschränkte) Kassen mit Leistungserbringern, „um die Qualität zu verbessern und / oder die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.“ (Pfister, 2010, S. 222)

Der Wille des Gesetzgebers ist, einerseits durch Wettbewerb die Qualität der Behandlung zu verbessern und Innovationen zu ermöglichen, andererseits aber die Kosten in vertretbarem Rahmen zu halten und darüber hinaus die Solidarität zwischen den Versicherten innerhalb der gegliederten GKV sicherzustellen. Die früheren, unterschiedlichen Vergütungen zwischen Ersatzkassen und gesetzlichen Krankenkassen und ihre negativen Auswirkungen auf die Solidarität wurden bereits in Abschnitt 6.3 beschrieben.

Die durch das GSG bedingten Veränderungen brachten eine Angleichung der Vertragsbeziehungen. So vereinbart nunmehr der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen sowie die zahnärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 1 SGB V), der für alle Krankenkassen, also auch für die Ersatzkassen, gleichermaßen gilt; die Gesamtvergütungen werden allerdings noch auf Landesebene vereinbart. Der Versorgungsmarkt wird durch zahlreiche gesetzliche Bestimmungen (z.B. §§ 63–140 SGB V, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz), Verordnungen (z.B. Bundespflegeverordnung), Richtlinien (z.B. Heilmittel, Hilfsmittel etc.) und Verträge (z.B. Bundesmantelvertrag Ärzte/Zahnärzte) geregelt. Was nicht schon durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Bundesebene geregelt ist, soll in der Regel „gemeinsam und einheitlich“ auf Landesebene vereinbart werden. Selektivverträge sind – an der Gesamtsumme der Leistungsausgaben gemessen in fast unbedeutendem Umfang – in bestimmten Teilbereichen möglich. So bieten die Strukturverträge nach § 73a SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die Erprobungsregelungen nach § 137e SGB V und die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V Plattformen für Selektivverträge.

Festzustellen ist, dass durch die umfangreiche Regulierung des Versorgungsmarktes der Wettbewerb zugunsten der Finanzierbarkeit der GKV eingeschränkt wird. In den beschriebenen Selektivverträgen sieht

Scheffold keine Alternative, da bei solchen Abschlüssen keine Bereinigung der Kollektivverträge stattfindet. „Somit wird durch die mehrheitlich gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Verträge [...] der Wettbewerb um präferenzgerechte Versorgungsformen unterbunden, die Handlungsmöglichkeiten einer Krankenkasse, produktpolitisch tätig zu werden, stark eingeschränkt und damit die kassenindividuellen Möglichkeiten, sich auf der Leistungsseite voneinander zu differenzieren, weitestgehend ausgehebelt. Dies führt dazu, dass der Nutzen eines gesetzlichen Krankenversicherungsvertrages von einer Krankenkasse nicht in einem nennenswerten Ausmaß durch Produktmodifikationen [...] variiert werden kann.“ (Scheffold, 2008, S. 41)

Aus neoinstitutionalistischer Sicht haben sich die gesetzlichen Krankenkassen auch bei den Versorgungsverträgen angeglichen. Ursache war der Gesetzgeber, der durch das GSG die Angleichung erzwungen hat, da in seinen Augen die Finanzierbarkeit der GKV ein höheres Gut als die absolute Marktfreiheit darstellt.

Auch Selektivverträge bieten kaum Möglichkeit, sich von den Mitbewerbern abzugrenzen. Da sie keinen „Patentschutz“ genießen, werden sie – wenn sie vorteilhaft und erfolgversprechend erscheinen – von anderen Krankenkassen kurzerhand übernommen.

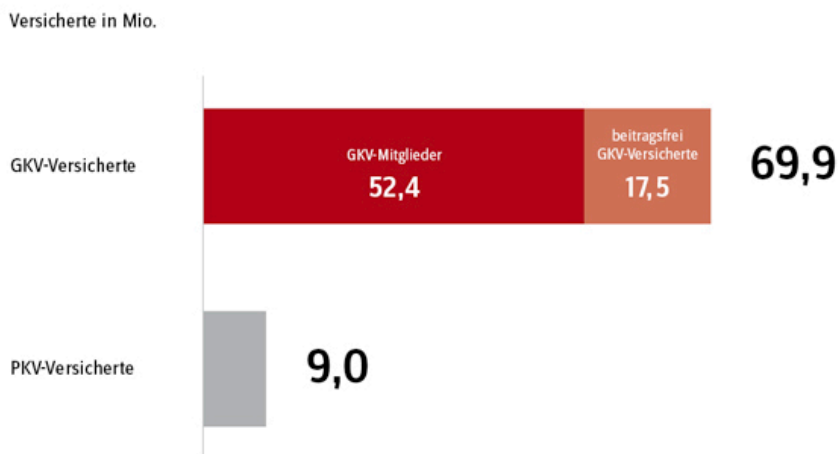
Auch hier zeigt sich die dem Neoinstitutionalismus eigene Philosophie der Strukturangleichung durch mimetische Prozesse in Organisationen, die innerhalb eines organisationalen Feldes dasselbe Ziel verfolgen.

10.5 Versicherungsmarkt

Gemäß Abbildung 28 treffen hier die Krankenversicherungen aufeinander, die um die potenziellen Kunden konkurrieren. Neben der in dieser Arbeit beschriebenen gesetzlichen Krankenversicherung ist auch die private Krankenversicherung Teil des Krankenversicherungsmarktes. Ein Wettbewerb zwischen den beiden Systemen findet aufgrund der Gesetzeslage aber nur in einem kleinen Segment statt, da der nach

Meinung des Gesetzgebers „schutzbedürftige“ Personenkreis in der GKV zwangsversichert ist und der „nicht schutzbedürftige“ Kreis in der Regel keinen Zugang zur GKV hat. Nur in einigen wenigen Fällen (z.B. bei Überschreitungen der Versicherungspflichtgrenze) steht die Wahl zwischen GKV und PKV offen.

Mitglieder und Versicherte GKV - PKV



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Ergebnisse der GKV-Statistik KM 1, Stand 30. November 2012; Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Stand November 2012

Abbildung 31: Mitglieder und Versicherte GKV-PKV (http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox abgerufen am 12.03.2013)

Der Kassenwettbewerb (vgl. Noweski, 2012, S. 71) findet also – in einem Teilbereich – innerhalb zweier organisationaler Felder statt. Unterschiedliche Menschenbilder, Zielvorstellungen und gesetzliche Regelungen wirken sich direkt auf diesen Wettbewerb aus.

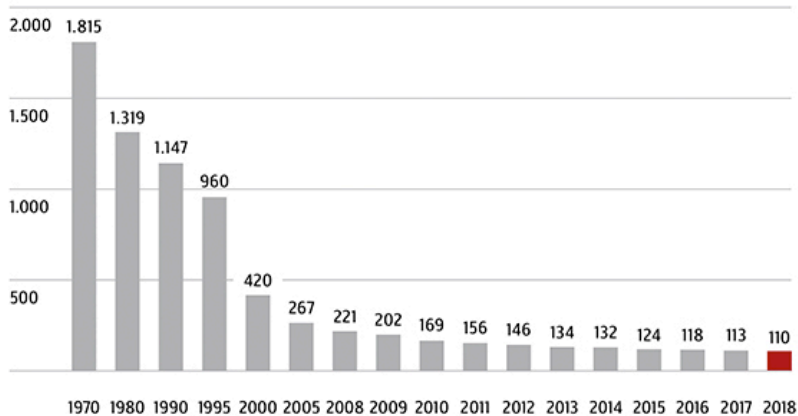
Pfister sieht den Finanzierungsmarkt – wie er den Krankenversicherungsmarkt nennt – zunächst durch den

„Systemwettbewerb im dualen System“ (Pfister, 2010, S. 178) charakterisiert. „Unter Systemwettbewerb versteht man die Konkurrenz zwischen Anbietern, die in unterschiedliche institutionelle Arrangements eingebettet sind.“ (Pfister, 2010, S. 178) „Wettbewerb um Versicherte“, so die Folgerung Pfisters, „kann es nur geben, wenn diese auch eine Wahlmöglichkeit zwischen beiden Systemalternativen haben. In Deutschland sind nahezu 100% der Bevölkerung entweder in der GKV, PKV oder einem Sonderversorgungssystem krankenversichert. [...] Systemwettbewerb gibt es grundsätzlich nur um Personen, die auch eine Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV besitzen. Dies sind nicht alle Bürger Deutschlands, sondern im Gegenteil eine relativ kleine Gruppe.“ (Pfister, 2010, S. 179)

Gerade dies ist aber der Wille des Gesetzgebers, der den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV beschränkt, um die beschriebene Solidarität innerhalb der GKV, die trotz Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen über RSA, Gesundheitsfonds usw. sichergestellt ist, nicht auszuhöhlen.

Die Auswirkungen des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen im organisationalen Feld GKV wurden bereits ausführlich in Abschnitt 6.3 beschrieben. Die durch gesetzliche Vorgaben entstandene Konkurrenz auf dem Markt und der Kampf um Versicherte erforderte nicht nur bei der bayerischen AOK-Gemeinschaft, sondern bundesweit einen Konzentrationsprozess. Durch Vereinigung ist der Bestand an gesetzlichen Krankenkassen von über 1.800 im Jahr 1970 auf knapp 150 im Jahr 2012 zurückgegangen.

Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf -
Konzentrationsprozess durch Fusionen
(Angaben zum Stichtag 1.1.)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Abbildung 32: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf - Konzentrationsprozess durch Fusionen, Angaben zum Stichtag 1.1. (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp abgerufen am 09.06.2019)

10.6 Exkurs: Managed Care

Die Forderung nach freiem Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt und der Spagat zwischen medizinisch Machbarem und Finanzierbarem haben die Akteure des Gesundheitssystems dazu gezwungen, das bestehende System zu überdenken. „Die Entwicklung von Managed Care ist maßgeblich von Veränderungen der Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme geprägt. [...] :

- Ressourcenverknappung und Mischfinanzierung,
- Wettbewerb als wirtschaftspolitische Zielgröße,
- das Gesundheitswesen als bedeutende Einzelbranche in unserer Dienstleistungsgesellschaft,

- Veränderungen des Krankheitspanoramas und demografischer Wandel,
- veränderte Rolle der Medizin in der Gesellschaft und
- neue Technologien.“ (Amelung, 2012, S. 16)

Aber wie definiert sich Managed Care eigentlich? Allgemein wird der Begriff wie folgt beschrieben:

„Unter Managed Care wird im weitesten Sinne gesteuerte Versorgung verstanden. Dies bedeutet insbesondere, dass selektive Verträge geschlossen werden, Managementmethoden aus der allgemeinen Managementlehre übertragen werden und die Trennung von Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung zumindest partiell aufgehoben wird. In der Literatur findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen, wobei entscheidend ist, dass Managed Care nicht als eine geschlossene Theorie verstanden werden kann, sondern aus ganz unterschiedlichen Organisationsformen und eingesetzten Managementinstrumenten besteht.“ (Amelung, 2012, S. 16) Ziel ist die Optimierung von Versorgungsprogrammen, also die Steigerung der Qualität bei gleichzeitiger Kostensenkung. Amelung bezieht sich in seiner Definition auf dieses Prinzip: „Managed Care ist gesteuerte Versorgung und somit die Anwendung von Management-Prinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen und somit eine Optimierung der Versorgungsprogramme. Managed Care umfasst Organisationsmodelle und Steuerungsinstrumente, die die Versorgungsstrukturen aus der Sicht des Patienten optimieren.“ (Amelung, 2012, S. 20)

Die Folge dieser neugeschaffenen Organisationen ist für die Patienten ein abgestuftes Abwägen derzeitiger und künftiger Angebote, die mit einer hohen Informationsflut der Versicherungsträger einhergeht. „An die Stelle von ‚Einheitskost‘ treten differenzierte Leistungsangebote“ (Amelung, 2012,

S. 23). Die Krankenkassen als Finanzierer nehmen eine deutlichere Rolle ein. „Aus den ‚Geldsammelstellen‘ werden managementorientierte Leistungsfinanzierer, die unmittelbar in die Leistungserstellung steuernd eingreifen und selektiv kontrahieren. Neue Gestaltungsspielräume bieten auf der einen Seite mehr Flexibilität, können aber auch zu einem Verdrängungswettbewerb führen.“ (Amelung, 2012, S. 23) Verlierer dieses Konstrukts sind die „Götter in Weiß“. Die Leistungserbringer verlieren ihren Handlungsspielraum, wenn der Leistungsfinanzierer bei der Auswahl und Anwendung von Behandlungsmöglichkeiten mitwirkt.

10.7 Positionierung der AOK Bayern auf dem Gesundheitsmarkt

Auch auf dem Gesundheitsmarkt, der sich aus den beschriebenen Märkten zusammensetzt, sind die klassischen vier P's die ausschlaggebenden Wettbewerbsparameter, mit denen die AOK Bayern werben kann.

Diese sind:

- Product – Krankenversicherung
- Price – Beitragssatz und Leistungsumfang
- Place – Vertrieb
- Promotion – Marketing

Von diesen vier P's ist zwar das Produkt – die Krankenversicherung – durch das Sozialgesetzbuch V bereits definiert, allerdings ist auch dieser Faktor durch Einzelleistungen je nach Versicherung individuell. Bereits hier lässt sich erkennen, dass der Gesundheitsmarkt mit seinen unterschiedlichen Feldern kein vollkommener Markt ist. Es liegen weder Produktgleichheit noch vollkommene Markttransparenz vor und es ist auch nicht allen Akteuren möglich, auf alle Änderungen sofort zu reagieren.

„Die jungen, gesunden Personen mit hohem Einkommen, die de facto eine Wahlmöglichkeit haben, sehen sich einer Vielfalt von Tarifen bei der PKV gegenüber, das Produkt Krankenversicherung ist als Bündel von Einzelleistungen nicht homogen. Auch bei der GKV eröffnen sich insb. durch das GKV-WSG über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus

Wahlmöglichkeiten. Es kommt zu einem simultanen Preis- und Produktwettbewerb bei beiden Krankenversicherungen.“ (Pfister, 2010, S. 183)

Und genau an diesem Punkt positioniert sich die AOK Bayern. Die AOK sieht sich selbst als Gesundheitskasse und versucht so im Kampf um Mitglieder zu bestehen.³⁷

Ihr Produkt besteht neben der „klassischen“ Krankenversicherung im Sinne des Sozialgesetzbuches aus Zusatzversicherungen in Zusammenarbeit mit der Versicherungskammer Bayern, Leistungsangeboten zur Gesundheitserhaltung, Beratung im Krankheitsfalle im Sinne von Managed Care und einer Unterstützung zur Reintegration in das Berufsleben nach längerer Krankheit.

Wie Pfister beschreibt, erweitern alle Akteure der GKV ihr Angebot durch Zusatzangebote mit „exklusiven Partnern aus der PKV-Branche“ (Pfister, 2010, S. 187)

Den Preis als weiteren wesentlichen Faktor beeinflusst die AOK Bayern durch Boni für bestimmte Leistungen der Versicherten wie einen Nachweis der Sportlichkeit. Hier versucht die Gesundheitskasse AOK ein Alleinstellungsmerkmal zu schaffen.

Ein weiterer Faktor, der aus meiner Sicht eine kleine Rolle spielt, ist die Kooperation mit Vertragspartnern, die im Feld der Gesundheitsvorsorge tätig sind und bei denen Mitglieder der AOK Bayern Vorteile erhalten. Dies hat neben dem Faktor Preis einen weiteren Effekt: Werbung. Mit und über diese Vertragspartner kann Werbung (promotion) generiert werden. Neben Printmedien wird über das Internet und im Fernsehen für die AOK und ihre Angebote geworben. Auch sind die Mund-zu-Mund-Propaganda und außenwirksame Aktionen wie Informationsveranstaltungen wesentliche

³⁷ Mit Einführung des Kassenwettbewerbs war es unklar, wie dieser gestaltet werden sollte und traf die meisten Krankenkassen unvorbereitet. Knieps und Reiners (2015) betonen, dass das AOK-System mit dem Konzept der Gesundheitskasse eine Strategie entwickelt hatte, den Abwanderungsbewegungen von Versicherten vorzubeugen. (Vg. Knieps & Reiners, 2015, S.124 f.)

Faktoren, die die AOK Bayern nutzen kann, um sich gegenüber der Konkurrenz zu positionieren.

Ein absolutes Plus der AOK Bayern ist ihre Präsenz in ihrem Marktgebiet. Sie ist durch ihre Direktionen und durch ihre zahlreichen Geschäftsstellen in ihrem operationalen Feld flächendeckend vertreten. Dies ergibt sich, wie beschrieben, aus der Historie der AOK Bayern. Diese Verankerung der Filialen vor Ort und die Begrenzung des Operationsraumes begründet sowohl bei den Vertragspartnern wie Krankenhäusern als auch bei den Versicherten ein besonderes Vertrauensverhältnis – „man kennt sich“. Der „Vertrieb“ beschränkt sich auf das Bundesland Bayern und schafft so ein begrenztes räumliches operationales Feld mit definierten Akteuren, die sich in diesem Feld bewegen.

Trotz der hohen Anzahl von Krankenkassen (siehe dazu Abbildung 30) hat sich die AOK Bayern in ihrem organisationalen Feld mit über vier Millionen Versicherten und einem Marktanteil von über 40 Prozent behaupten können. Die enge Verwurzelung in die Region, das durch den AOK-Bundesverband vorgegebene Konzept und eine für den Kunden attraktive Kosten-Nutzen-Abwägung schaffen es, dass die Marke AOK Bayern als Gesundheitskasse sich in ihrem Feld positioniert.

11 Resümee und Fazit

Die vorangegangenen Kapitel zeigen auf, wie sich sämtliche Strömungen des Neoinstitutionalismus in den einzelnen Entwicklungsphasen der AOK wiederfinden. Die Legitimation der AOKn beruhte bei ihrer Einführung Anfang des 20. Jahrhunderts auf ihrem vom Gesetzgeber zugewiesenen Auftrag als typische Behörde. In ihrem selbstgeschaffenen Umweltbild sahen sich die einzelnen AOKn zunächst nur im organisationalen Feld der AOK-Gemeinschaft. Die von DiMaggio und Powell beschriebenen Strukturangleichungen erfolgten hauptsächlich durch staatliche Vorgaben und Auflagen (Coercive Isomorphism) und zum geringeren Teil durch Übernahme von Organisationsstrukturen anderer AOKn, die als sinnvoll angesehen wurden (Mimetic Process).

Wettbewerb mit anderen Krankenkassen, ein veränderter Arbeitsmarkt und ein Wandel in der Erwartungshaltung der Gesellschaft (veränderte institutionale Regeln) führten später in der AOK-Gemeinschaft zu einer neuen Sichtweise ihres organisationalen Umfeldes. Sie konstatierte, dass sie – um ihre Legitimation zu behalten – ihr Augenmerk auf das organisationale Umfeld aller Krankenkassen und darüber hinaus auf das von Dienstleistungsunternehmen zu richten hatte. Die AOKn übernahmen nicht nur Strategien und Strukturen ihrer Mitkonkurrenten, sondern auch – unter anderem durch Einwirken von Verbänden und Beraterfirmen – die aus der Privatwirtschaft bekannten und dort institutionalisierten Regeln und Normen. Sie beeinflussten mit ihrem veränderten Handeln ihre Mitkonkurrenten, die nun ihrerseits von der AOK geschaffenen Strukturen übernahmen. So lässt sich in vielen Punkten Isomorphie durch Mimese verfolgen. Darüber hinaus ist die Rolle des AOK-Bundesverbandes als die eines „Institutional Entrepreneurs“ bemerkenswert, der durch seine Lobbyarbeit bei der Entwicklung des GSG nicht nur völlig neue Regeln im organisationalen Feld GKV initiierte, sondern auch die inneren Führungsstrukturen durch Übernahme von Elementen aus der Privatwirtschaft anpasste und die Selbstverwaltung veränderte.

Wichtig für die Erhaltung ihrer Legitimität war für die AOK-Gemeinschaft, dass sie rechtzeitig die Veränderungen in ihrer Umwelt und das sich erweiternde organisationale Feld erkannte und die dort als rational erachteten Regeln übernahm. Sie ist damit ein Musterbeispiel für den institutionellen Isomorphismus.

Aus der dargestellten Entwicklung ist auch ersichtlich, dass sich Isomorphismus in einer ausgeprägteren Form zeigt, wenn Organisationen mit gleicher Zielrichtung unter Wettbewerbsbedingungen in einem organisationalen Feld agieren.

Die Punkte ab Kapitel 5.2 zeigen auf, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen und speziell die AOKn auf diversen Marktfeldern bewegen, in denen viele Akteure zu finden sind. Anders als bei dem Versicherungsmarkt, in dem sich die AOK im Wettbewerb um Versicherte bemüht, steht sie im Behandler- bzw. Versorgungsmarkt nicht im Wettbewerb mit den dortigen Organisationen. Die hier anzutreffenden Akteure (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker usw.) stehen nicht in Konkurrenz zur AOK. Sie möchten die Versicherten der AOK behandeln bzw. beliefern und treten somit als „Vertragspartner“ der AOK auf. Wollte man nun die Organisationsstrukturen aller im organisationalen Feld „Gesundheitsmarkt“ tätigen Akteure vergleichen, träten völlig unterschiedlichen Strukturen zutage. Wie sollten sich die Organisationsstrukturen der AOK mit denen eines Krankenhauses oder auch die eines Krankenhauses mit denen einer Apotheke vergleichen lassen? Verständlicher wird hier die unter 2.6 beschriebene Ablehnung des Isomorphiebegriffes. Es ist tatsächlich so, dass hier die unterschiedlichen Akteure ihre Organisationsstrukturen auf eine Zusammenarbeit untereinander ausrichten müssen und an den Berührungspunkten eine „Adaption“ der Organisationen erfolgen muss.

Dass andererseits bei Organisationen, die mit gleicher Zielrichtung im organisationalen Feld unter Wettbewerbsbedingungen handeln, Isomorphie

durch Mimese erfolgt, wurde am Beispiel der Entwicklung der AOK Bayern eingehend dargelegt.

Wie die vorliegende Arbeit zeigt, sind wesentliche Entwicklungen innerhalb der bayerischen AOK-Gemeinschaft darauf zurückzuführen, dass damit Legitimität, also Integrität, Anerkennung und Vertrauenswürdigkeit, letztlich eine hohe Überlebensfähigkeit, gewonnen werden sollte. Nach ihrer Gründung sahen die AOKn ihre Legitimation vor allem als Behörde in der strikten Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Die Staatsregierung selbst war auf Legitimation angewiesen und diesbezüglich Zwängen unterworfen. Bereits die Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Einführung anderer Sozialversicherungen, war aus dem technischen Fortschritt der industriellen Revolution geboren. Die Auswirkungen vor allem für die Arbeiter zwangen Bismarck, ein soziales Netz zu schaffen. Auch wenn sein Handeln auf den ersten Blick als edel erscheinen mag, so war sein primäres Ziel doch im Schwerpunkt die Absicherung seiner politischen Macht.

Geprägt waren die Anpassungsprozesse der Organisationsstrukturen der AOKn zunächst vor allen Dingen durch Änderungen in der Gesetzeslage. In welchem Umfang diese externen Zwänge auf die frühen Formen der Ortskrankenkassen schon kurz nach ihrer Gründung Anfang des 20. Jahrhunderts wirkten, zeigen die zahlreichen Änderungen der RVO. Die Entwicklung der Krankenversicherung ist ein dynamischer Prozess (vgl. dazu Kapitel 4), der im Laufe der Jahre dazu geführt hat, dass sich die AOK Bayern von einer „Arbeiterversicherung“ zu einem Großunternehmen in dem komplexen Feld der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt hat.

Neben den durch Änderungen der Gesetzeslage formal erzwungenen Organisationsveränderungen führte ein geändertes Anspruchsverhalten der Versicherungsnehmer zu einem Umdenken und – um Legitimität zu sichern – zu neuen Organisationsstrukturen. Die AOK entwickelte sich weg von einer Behörde im Sinne Max Webers hin zu einem Dienstleistungsunternehmen. Nicht mehr das „emotionslose Abarbeiten“

gemäß bestehenden Satzungen steht jetzt im Vordergrund, sondern der Versicherte als Mensch steht im Mittelpunkt der Bemühungen (vgl. AOK Bayern, Geschäftsbericht 2014).

11.1 Ableitung für die AOK Bayern

Zur Beantwortung der in der Einleitung zuerst gestellten Frage, weshalb sich die 39 ‚einzelnen‘ AOKn in Bayern zu einer AOK zusammengeschlossen haben, lässt sich Folgendes zusammenfassen:^[1] Die im Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1996 verankerte freie Kassenwahl führte letztendlich zum Zusammenschluss der AOKn in Bayern. „Wir brauchen die Waffengleichheit der Krankenkassen, wir brauchen die Freiheit der Wahl von Arbeitnehmern, in welcher Kasse sie sich versichern wollen“ – ganz im Sinne von Horst Seehofers Äußerung schlossen sich die AOKn zusammen, um schlagkräftig auf dem neuen Markt agieren zu können. Zum ersten Mal in der Geschichte mussten die Ortskrankenkassen auf einem für ihre Verhältnisse „offenen“ Markt sich der Konkurrenz stellen. Um effizient und einheitlich auftreten zu können, war der Zusammenschluss unumgänglich. Eine normative Veränderung (Einführung des Krankenkassenwahlrechtes 1996) zwang die AOKn Bayerns zum Handeln und zum Zusammenschluss zu einer großen AOK Bayern. Obwohl die verschiedenen Krankenkassen nach § 4 SGB V zur Zusammenarbeit verpflichtet sind, stehen sie dennoch in Konkurrenz. Auch wenn dieser Markt stark durch Gesetze reglementiert ist, so treten sie dennoch in einen Leistungsvergleich über Beiträge und Angebote, auf dessen Grundlage der Versicherungsnehmer entscheidet. Ebenfalls spielte die Steigerung der Legitimität eine große Rolle. Der Zusammenschluss sollte Stärke demonstrieren und so die Vormachtstellung im organisationalen Feld „gesetzliche Krankenversicherungen Bayerns“ festigen und die eigene Rolle deutschlandweit ausbauen. Die Idee einer effizienteren und kostengünstigeren Arbeitsweise als eine große Organisation steigerte die Legitimität und somit die Stabilität. Die Überlebenschancen stiegen trotz der Unsicherheiten der Strukturreform

von 1996. Ganz im Sinne von Meyer und Rowan führte die Übernahme des Mythos „je größer, desto besser“ zu einer Stärkung des Vertrauens in die AOK Bayern. Auch ein zweiter positiver Nebeneffekt ist zu beobachten: Neben der besseren Handlungsfähigkeit im Kampf um die Versicherten konnte die AOK Bayern auch stärker auf dem Versorgungsmarkt agieren. Von einem großen Akteur können andere Ansprüche formuliert werden, als viele kleine einzelne Akteure dies könnten. Auch hier kommt der AOK Bayern eine Stärkung der Legitimität zugute.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Einführung der Kassenwahlfreiheit die AOKn gezwungen hat, sich organisational anzupassen, um auf dem Markt bestehen zu können. Ohne diese Gesetzesänderung hätte es keine Notwendigkeit gegeben, die bestehende Struktur der 39 selbstständig agierenden Allgemeinen Ortskrankenkassen Bayerns zu ändern. Maximal ein regionaler Zusammenschluss von wirtschaftlich weniger profitablen Direktionen wäre eventuell denkbar und notwendig gewesen.

Die weitere Frage, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergibt, ist, warum die AOK Bayern Strukturen eines Wirtschaftsunternehmens übernommen hat, wenn sie doch selbst eine andere Zielrichtung verfolgt.^[1] Mit ihrem Zusammenschluss wurde die AOK Bayern zu einem Großunternehmen. Mit einer fast so großen Anzahl an Mitarbeitern wie zum Beispiel die Firma Kärcher (11.333 Mitarbeiter im Jahr 2016) und einem Bilanzvolumen von 12 Milliarden (vergleichbar der Otto GmbH & CO. KG, Umsatz 12,057 Milliarden Euro im Jahr 2014) gehört die AOK Bayern aufgrund ihrer Größe zu den Großunternehmen Deutschlands. Wegen des enormen Organisationsaufwandes war und ist es nicht verwunderlich, eine führende Unternehmensberatung bei der Gründung hinzuzuziehen. Man wollte professionell eine effektive und effiziente Struktur einsetzen, hatte aber im eigenen organisationalen Feld keinen anderen Akteur, an dem man sich orientieren konnte. Die bei DiMaggio und Powell beschriebene Unsicherheit führte dazu, dass die Imitation eines Wirtschaftsunternehmens erfolgte, wobei die eigenen, durch den Gesetzgeber festgelegten Besonderheiten

einfließen mussten. Allerdings sollte auch die regionale Verbundenheit bestehen bleiben.

Um auch hier größtmögliche Legitimität zu erreichen und so die Überlebenschancen zu steigern, wurde McKinsey für Beratungen und die Entwicklung der Organisation hinzugezogen. Ähnlich wie bei einem Wirtschaftsunternehmen wurden all die Sparten, bei denen es möglich war, zentralisiert und auch professionalisiert. Ein Beispiel für die Professionalisierung ist die Entwicklung und Herausarbeitung eines eigenen Führungskräfteentwicklungsprogramms, aus dessen Pool die Ressortleiter sowie Direktoren gewonnen werden können. Bei der Gründung selbst wurden zunächst Faktoren des Coercive Isomorphism und des Mimetic Process berücksichtigt bzw. durch McKinsey verarbeitet, später kamen, wie die diversen Projekte und auch ein eigenes Führungskräfteprogramm zeigen, Faktoren des normativen Drucks hinzu.

Durch diese Prozesse konnten nicht nur Kosten eingespart werden, sondern vor allem durch die Zentralisierung die Legitimität für das eigene Unternehmen gesteigert werden. Der externe Druck konnte so gemindert und neue, für andere Akteure im organisationalen Feld beispielgebende Strukturen übernommen werden.

Der wichtigste Aspekt der Fusion war natürlich die Übertragung der Macht- und Verfügungsgewalt von 39 Einzelunternehmen auf eine zentrale Stelle, die Organisations- und Marktentscheidungen für das gesamte Unternehmen verbindlich treffen und durchsetzen konnte und den „Durchgriff“ auf alle Direktionen und Geschäftsstellen hatte.

Wie die vorgelegte Arbeit zeigt, ist die AOK Bayern ein Beispiel, wie Änderungen im organisationalen Feld Strukturveränderungen hervorrufen bzw. sogar noch radikaler neue Organisationen hervorbringen. Wie beschrieben, erklärt der Neoinstitutionalismus Änderungen von Organisationen durch Änderungen externer Bedingungen. Institutionen, Werte und Normen spielen eine größere Rolle, der rational handelnde Akteur verliert an Bedeutung.

11.2 Ableitung für den Neoinstitutionalismus

Die Rekonstruktion der Strukturgeschichte der AOK Bayern auf Basis zentraler Begriffe des Neoinstitutionalismus kann in folgenden sieben Aspekten zusammengefasst werden:

1. Organisationen, die innerhalb eines organisationalen Feldes mit gleichen Zielrichtungen tätig sind und im Wettbewerb stehen (hier die gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der GKV), gleichen sich sowohl in ihren formalen Organisationsstrukturen als auch in ihren Strategien und ihrem Handeln und Tun an. Die Strukturangleichung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt zum Teil durch Zwang (Gesetzgebung) und zum Teil aufgrund mimetischer Prozesse, zum Beispiel bei der Einführung des Außendienstes (vgl. Abschnitt 6.4).

2. Wettbewerb fördert die Strukturangleichungen von Organisationen, denn ein Versagen im Wettbewerb könnte den Verlust von Legitimität und im schlimmsten Fall das Aus der Organisation bedeuten. Solange jeder gesetzlichen Krankenkasse ihr Versichertenkreis zugewiesen war, bildete jede Krankenkasse ihre Organisationsstrukturen innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens nach ihren eigenen Vorstellungen von Effektivität und Effizienz aus. Erst der einsetzende Druck durch Veränderungen in der Gesellschaft und im Arbeitsleben und die dadurch erzeugte Verstärkung des Wettbewerbs, also Veränderungen der institutionalisierten Erwartungen im organisationalen Feld, führten zur Nachahmung von Strategien und zur Übernahme von Handlungsmustern der nunmehr zu Wettbewerbern gewordenen Organisationen. Diese Imitationen hatten auch Auswirkungen auf die formalen Organisationsstrukturen. Daher ist Wettbewerb ein Katalysator für Isomorphie und Homogenisierung.

3. Bei wettbewerbsfremden Organisationen (z.B. Behörden, Ämtern, Gemeindeverwaltungen), bei denen die formalen Organisationsstrukturen durch Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Anordnungen usw. vorgegeben sind, kann durch „Pseudo-Wettbewerb“ mehr Effizienz der Verwaltung, eine höhere Akzeptanz bei den Bürgern und damit Legitimität erreicht werden.

Auch Behörden und Ämter sind vor Umorganisationen (bis hin zur Auflösung) nicht gefeit, wenn sie die Akzeptanz verlieren. Legitimität bringt auch hier Stabilität und erhöht die Überlebenschancen. Pseudo-Wettbewerb kann durch Betriebsvergleiche (z.B. bezüglich Fallzahlen, Bearbeitungsdauer, Bearbeitungsfehlern, Anzahl der Mitarbeiter) und Kundenzufriedenheitsanalysen erzeugt werden. Auch hier werden sich die Organisationen in ihrem Tun und Handeln angleichen, da bessere Praktiken der „Mitkonkurrenten“ übernommen werden (Best-practice-Lösung).

4. Vorteile, die sich Organisationen durch Innovation der Strukturen oder durch neue Strategien erarbeiten, wirken nur zeitlich begrenzt, da die in Konkurrenz stehenden Organisationen erfolversprechende neue Strukturen und Strategien, wenn sie diese als rational betrachten, übernehmen bzw. imitieren werden. Wettbewerbsvorteile können also nur durch ständige Innovation dauerhaft gefestigt werden.

5. Isomorphie und Homogenisierung werden durch die Tätigkeit von Verbänden und Beraterfirmen unterstützt. Im Fall der AOK-Gemeinschaft führten die Aktivitäten des AOK-Bundesverbandes und sein durchaus bemerkenswertes Einwirken auf die Gesetzgebung zu einer Vereinigung der zahlreichen selbstständigen Organisationen „AOK“ zu Landes-AOKn, durchaus gegen den Willen einzelner AOKn. Verbände und Beraterfirmen wirken durch ihre überbetriebliche Sichtweise, ihren besseren Überblick über Strukturen und Strategien der Konkurrenzorganisationen und ihr somit fundiertes Wissen auf die Organisationsstrukturen und Strategien ihrer Klientel ein. Durch ihren größeren Überblick und ihr höheres Wissen sind sie durchaus mächtige Akteure für Veränderungen bei Organisationen. So haben Beraterfirmen die bayerische AOK-Gemeinschaft nicht nur auf ihrem Weg von der „Behörde zur Dienstleistungseinrichtung“, bei der Prägung eines neuen Selbstverständnisses oder beim Aufbau des Außendienstes usw. unterstützt und beraten, sondern auch an einem neuen Organisationsaufbau und an der Umsetzung einer neuen Führungsphilosophie mitgewirkt. Die Übernahme von Strukturen und

Praktiken aus größeren Wirtschaftsunternehmen bei der nunmehr zu einem „Großunternehmen“ gewachsenen AOK Bayern sind offensichtlich.

6. Für Organisationen, die innerhalb eines organisationalen Feldes nicht die gleichen Ziele verfolgen und nicht zueinander in Wettbewerb stehen, besteht wenig Veranlassung zu mimetischen Prozessen. Betrachtet man das Wirken der gesetzlichen Krankenkassen im größeren organisationalen Feld „Gesundheitswesen“, so wird man neben den Krankenkassen eine große Anzahl anderer Organisationen und Akteure finden, die mit den Krankenkassen zwar zusammenarbeiten, jedoch jeweils andere Zielrichtungen verfolgen, wie Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und Krankenhausgesellschaften, Apotheker, Hilfsmittellieferanten und auch die Arbeitgeberschaft, die bezüglich Meldung und Beitragsentrichtung für ihre Arbeitnehmer gesetzlich zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gezwungen ist. All diese Einrichtungen sind Akteure, die auf die Organisation „Krankenkasse“ einwirken, jedoch völlig unterschiedliche Organisationsstrukturen aufweisen. Allerdings müssen alle Einrichtungen ihre Organisationsstrukturen so ausrichten, dass eine Zusammenarbeit an den Berührungspunkten möglich ist. So müssen zum Beispiel Krankenkassen und Ärzte sich auf Krankenversicherungskarten verständigen, die die Geräte in den Praxen lesen können. Für Arbeitgeber muss geregelt sein, wie sie ihre Arbeitnehmer bei den Krankenkassen melden und wie sie ihre Beiträge nachzuweisen und zu entrichten haben. Auch müssen die Abrechnungen der Leistungserbringer geregelt werden. Aufgrund dieser nur beispielhaft aufgeführten Berührungspunkte sind sowohl die Krankenkassen als auch die mit ihnen zusammenarbeitenden Einrichtungen gezwungen, gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu treffen, um die Zusammenarbeit zu ermöglichen. Es wird an diesen Berührungspunkten zur „Adaption“ von Organisationsstrukturen kommen (vgl. Punkt 4.2), ohne dass man von Isomorphie sprechen könnte. Es wären auch keine Gründe erkennbar, weshalb Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken, Hilfsmittellieferanten, Krankenkassen usw., die alle völlig

unterschiedlichen Organisationsstrukturen aufweisen und mit unterschiedlichen Zielen am Markt agieren, ihre Strukturen angleichen sollten. Zu Isomorphie kommt es – wie in Punkt 1 dargestellt – vor allem dann, wenn Organisationen die gleiche Zielrichtung verfolgen und miteinander in Wettbewerb stehen. So würde sich die bei den Krankenkassen festgestellte Isomorphie wohl auch beim Vergleich von Krankenhäusern mit anderen Krankenhäusern, beim Vergleich von Arztpraxen, von Rehabilitationseinrichtungen usw. zeigen, da auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern, zwischen den einzelnen Arztpraxen und zwischen den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen in mehr oder weniger großem Maße Wettbewerb besteht.

7. Vergleiche von Organisationen unter neoinstitutionalistischen Gesichtspunkten bedingen eine Auswahl sowohl der Organisationen als auch der Vergleichspunkte. Aus dieser „Auswahl“ ergibt sich von selbst ein „organisationales Feld“, das mehr oder weniger groß sein kann. Bei Vergleichen von Organisationen ist also die Bildung von „organisationalen Feldern“ unumgänglich.

11.3 Ausblick

Die Geschichte der bayerischen AOK-Gemeinschaft ist ein eindrucksvolles Beispiel für die Entwicklung von Organisationen entsprechend der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie. Sie zeigt, wie die AOK über viele Jahrzehnte sich als Körperschaft des öffentlichen Rechts dem organisationalen Feld von „Ämtern und Behörden“ zugehörig fühlte und entsprechend Max Webers Bürokratiemodell handelte. Erst der Wandel in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt sowie der dadurch entstandene Konkurrenzdruck durch die Ersatzkrankenkassen machten der AOK bewusst, dass sie sich (auch) im organisationalen Feld der GKV bewegt. Ab Mitte der 1970er Jahre zeigen sich die im Neoinstitutionalismus als Isomorphie bezeichneten Strukturangleichungen zwischen den AOKn und EKKn. Gleichzeitig arbeitete die AOK daran, das ihr negativ anhängende Image einer „Behörde“ abzulegen und nunmehr als

Dienstleistungsunternehmen aufzutreten. Auslöser dieses Prozesses war der eingetretene Wettbewerbsdruck. Die AOKn können diesbezüglich als „Vorreiter“ des später im New Public Management beschriebenen Wandels der öffentlichen Verwaltung bezeichnet werden.

Konkurrenz und Wettbewerb bewirkten auch, dass die AOK-Gemeinschaft nach jahrzehntelanger Lethargie nun selbst als Akteur in Erscheinung trat, mit neuen Produkten das organisationale Feld belebte und als „Institutional Entrepreneur“ gar ein Gesetz initiierte, das ihr das „Überleben“ sicherte. Durch den Zusammenschluss zur AOK Bayern wurde ein Wettbewerb zwischen den bayerischen AOKn vermieden, eine bayernweit gleiche Beitragssituation geschaffen und einheitliches Auftreten auf dem Markt und auch gegenüber anderen Institutionen und der Politik erreicht. Die Bewältigung der umfangreichen Veränderungen und Umstrukturierungen war nur durch die aktive Beteiligung von Beraterfirmen möglich, da diese das dafür notwendige Know-how mitbrachten.

Die neue AOK hat nicht nur eine neue Struktur angenommen, sondern auch die aus der Privatwirtschaft bekannten Führungsinstrumente übernommen. Durch Zielvereinbarungen, Controlling, laufende Berichte über die Zielerreichung und Ranking-Listen erhält sie einen Wettbewerb zwischen den Einheiten aufrecht, der wie gezeigt Anstoß für Veränderung und Verbesserung ist. Sie erhält über die Zufriedenheit ihrer Kunden monatlich eine Analyse und kann daraus auch ersehen, wie einzelne Maßnahmen, seien es Marketingprodukte, Serviceleistungen oder auch Kostensteuerungsmaßnahmen im Leistungsbereich, auf die Kunden wirken. Das Personal wird im Rahmen des Personalentwicklungs- und -managementprogramms geschult, beraten, qualifiziert, gecoacht und begleitet, um einerseits die Ziele der AOK zu erfüllen und andererseits den Kundenerwartungen zu entsprechen.

Dieser Wandel hatte sich auch Einfluss auf die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. In der Retrospektive auf einen Prozess in den 1990er Jahren lässt es sich heute nicht mehr nachvollziehen, wie stark sich die

Gründung der AOK Bayern auf die Verhandlungen, Vertragsbeziehungen und Kostenerstattungen mit Ärzten, Krankenhäusern etc. ausgewirkt hat. Vermutlich waren die spürbaren Auswirkungen hier relativ gering, da Leistungsverhandlungen bereits früher zentral wahrgenommen worden waren und die Direktoren der Allgemeinen Ortskrankenkassen vor und nach der Gründung der AOK Bayern Ansprechpartner vor Ort geblieben sind.

Ähnlich wird es sich für die Versicherten bezüglich der AOK Bayern dargestellt haben. Die bereits in den Jahren zuvor vorgenommene „Vereinheitlichung“ nicht nur landes-, sondern auch bundesweit hatte nach außen hin bereits zu einem uniformeren Bild der AOK geführt. Spürbarer – vor allem im Blick auf die Beitragssätze – dürfte sich das Gesundheitsstrukturgesetz ausgewirkt haben, da eben nicht mehr nur nach dem „Geldbeutel“ entschieden werden konnte, sondern der Vergleich über andere Leistungen gezogen werden musste, um zu entscheiden, welche Versicherung die beste für einen selbst war.

Die AOK Bayern und ihre Mitkonkurrenten werden mit neuen Strukturen, Produkten und Marketingmaßnahmen im organisationalen Feld der GKV operieren. Sie werden allerdings – wie uns der Neoinstitutionalismus lehrt – daraus entstehende Wettbewerbsvorteile nur zeitlich beschränkt nützen können, da erfolgreiche neue Strukturen, Produkte und Marketingmaßnahmen früher oder später die Mitbewerber durch mimetische Prozesse wettmachen.

Grundsätzlich stellt sich auch die Frage, ob die organisationale Entwicklung der Ersatzkassen einen ähnlichen Verlauf genommen hat, wie die der AOKn. Wie in der Arbeit beschrieben gab es auf Grund von äußeren Einflüssen, aber auch auf Grund von Imitation von vermeintlich besseren Herangehensweisen bereits strukturelle Angleichungen der AOKn an die EKKn. Interessant ist, ob es sich umgekehrt genauso verhalten hat und verhält. Dies erfordert allerdings den Zugang zu historischen Unterlagen, Archivdokumenten und Veröffentlichungen diverser Ersatzkassen, welche

weder im Umfang noch in der Tiefe bei der Erstellung der Arbeit vorlagen, um zu diesem Zeitpunkt einen adäquaten Vergleich ziehen zu können.

Organisatorische Änderungen in Großbetrieben wie der AOK Bayern sind laufende Prozesse und werden nie abgeschlossen sein. Unterschiede treten jetzt auf Länderebene auf: So gibt es aufgrund der unterschiedlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unterschiedliche Beitragssätze (AOK Bayern 15,7 Prozent, Sachsen-Anhalt 14,9 Prozent). Die AOK-Gemeinschaft steht also wieder vor der gleichen Frage: Wie können regionale Unterschiede, die bei bundesweit agierenden Konkurrenzassen innerbetrieblich ausgeglichen werden, innerhalb des AOK-Systems gelöst werden, ohne dass es zu Beitragsverwerfungen kommt?

Die AOK Bayern wird also weitere Organisationsänderungen angehen müssen. Angesichts der Tatsache, dass allein schon die „schiere Größe“ einer Organisation zu Macht und Ansehen führt und die Legitimität stärkt, könnte man zum Abschluss die eingangs gestellte Frage „Warum AOK Bayern?“ mit Blick auf die Zukunft auf die Frage „Warum nur AOK Bayern?“ erweitern. Sollten sich die Organisationsstrukturen der bundesweit aufgestellten Konkurrenzassen als eminenter Wettbewerbsvorteil erweisen, müssten nach den Regeln des Neoinstitutionalismus weitere Fusionen mit anderen Landes-AOKn erfolgen.

Aber auch institutionalisierte Regeln und Rationalitätsmythen können sich ändern. Beispielsweise war die „Krankenkassenvielfalt“ schon bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 ein solcher Mythos, dem selbst ein starker Reichskanzler von Bismarck Rechnung tragen musste, indem er auf die von ihm favorisierte Einheitskasse verzichtete. Dieser Mythos hat sich bis heute gehalten. So haben wir bis heute „Orts“-Krankenkassen, die für Länder errichtet sind, „Innungs“- und „Betriebs“-Krankenkassen, bei denen jeder – auch nicht Innungs- und Betriebsangehörige – Mitglied werden kann, „Ersatz“-Krankenkassen – errichtet für bestimmte Berufe –, in die jetzt jeder eintreten kann. Damit alle Krankenkassen die gleichen Wettbewerbschancen haben

und es nicht zu großen Beitragsverwerfungen kommt, erfolgen über den Risikostrukturausgleich Transferzahlungen zwischen den einzelnen Krankenkassen. Um nicht bei Vertragsverhandlungen einem unzuträglichen Wettbewerbsdruck ausgesetzt zu sein, führt diese in den wesentlichsten Teilen für alle Krankenkassen gemeinsam der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Es erfolgten – wie dargelegt wurde – zahlreiche Maßnahmen, um diese Kassenvielfalt zu erhalten. Auch die sich aus diesem „Wettbewerb“ ergebenden Vorteile für die Kunden dieser Einrichtungen wurden aufgezeigt. New Public Management zeigt aber auch, dass in öffentlichen Einrichtungen auch ohne direkte Konkurrenz kundenorientiertes Handeln möglich ist. Der nach wie vor geltende Mythos, dass eine funktionierende GKV nur mit einer Vielzahl von gesetzlichen Krankenkassen möglich ist, muss daher nicht unverrückbar für alle Zukunft festgeschrieben bleiben. Prekäre Finanz- und Versorgungslagen könnten durchaus zu Veränderungen der Marktregeln und zur Frage der Legitimation der vielen Kassen führen. Die AOKn und die anderen gesetzlichen Krankenkassen können also beim Streben nach Legitimität und Stabilität für ihre eigene Organisation nicht allein um bessere Organisationsstrukturen und Wettbewerbsvorteile bemüht sein, sondern sie werden auch die Gesamtkonstruktion GKV im Blick behalten müssen.

Institutionalisierte Regeln und Rationalitätsmythen innerhalb des organisationalen Feldes bleiben nicht für alle Zeit gleich, sondern werden sich mehr oder weniger verändern. Dies wird auch zu Veränderungen bei den Organisationen und Akteuren innerhalb dieses Feldes führen, Knieps und Reiners sprechen bezogen auf Reformen der GKV sogar von „Dramaturgie“ (Knieps & Reiners, 2015, S. 42). Auch wenn der Umfang und die Folgen solcher künftigen Veränderungen noch nicht absehbar sind, so steht doch heute schon ganz sicher fest: Die dann eintretenden Veränderungen lassen sich durch den Neoinstitutionalismus analysieren, retrospektiv begründen und wissenschaftlich aufarbeiten.

12 Literaturverzeichnis

- Ahrens, H. J. (2008). *Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Eine Festschrift zum Jubiläum*. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Amelung, V. E. (2012). *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Arnold, M., Lauterbach, K., & Preuß, K.-J. (1997). *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart: F.K. Schattauer Verlagsgesellschaft mgH.
- Augurzky, B. (2010). *Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Kommentar zum Gesetzentwurf zum GKV-FinG*. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Bartels, C. (2013). *Versicherung und Anreize im deutschen Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bastian, M. (2008). Der Schritt nach vorn im Blick zurück. In Ahrens, *Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Eine Festschrift zum Jubiläum*. Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Baur, N., Korte, H., Löw, M., & Schroer, M. (Hrsg.). (2008). *Handbuch Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. (1995). *Statistisches Jahrbuch für Bayern 1995*. München: Selbstverlag.
- Becker-Rittersbach, F., & Becker-Rittersbach, J. (2006). Organisationales Feld und Gesellschaftlicher Sektor im Neo-Institutionalismus. In K. Senge, & K.-U. Hellmann, *Einführung in den Neo-Institutionalismus* (S. 118-138). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Benz, A. (2007). Politischer Wettbewerb. In A. Benz, S. Lütz, U. Schimank, & G. Simonis, *Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und*

empirische Anwendungsfelder (S. 54-67). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY: Anchor Books.

Berger, P., & Luckmann, T. (1969). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt/Main: Fischer Verlag.

Bergstein, J., & Studer, T. (2017). Führungskräfte auf den digitalen Wandel vorbereiten. *Personalwirtschaft* 01_2017.

Bleicher, K. (1991). *Das Konzept Integriertes Management*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.

Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung - Einführung in qualitative Methoden*. Opladen/Toronto: Barbara Budrich.

Brinckmann, H. (1994). Strategien für eine effektivere und effizientere Verwaltung. In F. Naschold, & M. Pröhl, *Produktivität öffentlicher Dienstleistungen: Band 1: Dokumentation eines wissenschaftlichen Diskurses zum Produktivitätsbegriff* (S. 167-242). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Busse, R., Blümel, M., & Spranger, A. (2017). *Das deutsche Gesundheitssystem. Akteuer, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Chang, S.-I. (2004). *Das Konzept des "National Business Systems" und der Transfer von HRM-Praktiken multinationaler Unternehmen auf Ihre Tochtergesellschaften*. Trier: Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften der Universität Trier.

Conze, E. (2009). *Die Suche nach Sicherheit*. Berlin: Siedler Verlag.

- Cortekar, J., & Hugenroth, S. (2006). *Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen*. Marburg: Metropolis-Verlag für Ökonomie, Gesellschaft und Politik GmbH.
- Czada, R. (2007). Markt. In A. Benz, S. Lütz, U. Schimank, & G. Simonis, *Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder* (S. 68-81). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014). *125 Jahre gesetzliche Rentenversicherung*. München : August Dreesbach Verlag .
- DiMaggio , P. (1986). Interest and Agency in Institutional Theory. In L. Zucker, *Institutional Patterns and Organizations* (S. 3-22). Cambridge: Ballinger.
- DiMaggio , P., & Powell , W. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press .
- DiMaggio, P. (1988). Interest and Agency in Institutional Theory. In L. Zucker, *Institutional Patterns and Organizations* (S. 3-22). Cambridge: Ballinger.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields. *American Sociological Review*(48), S. 147-160.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1991). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields. In P. J. DiMaggio, & W. W. Powell, *The new Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 63-82). Chicago: The University of Chicago Press.
- Finkenbusch, N., Riechel, J., Schomburg, H., Stabbert, F., & Wröbel, M. (1997). *Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Fitzi, G. (2008). *Max Weber*. Frankfurt: Campus Verlag .

- Gloger, A. (August 2011). Lernen im Verborgenen. Weiterbildung im Topmanagement . *managerSeminare*, 161.
- Halder, W. (2003). *Innenpolitik im Kaiserreich 1871-1914*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hasse, R. (2005). Luhmann's Systems Theory and the New Institutionalism. In D. Seidl , & K. Becker, *Niklas Luhmann and Organization Studies* (S. 248-261). Kriterion: Liber & Copenhagen Business Scholl Press .
- Hasse, R. (kein Datum). Der Neoinstitutionalismus als makrosoziologische Kulturtheorie. In K. Senge, & K.-U. Hellmann, *Einführung in den Neo-Institutionalismus* . Wiesbaden: VS Verlag.
- Hasse, R., & Krücken, G. (2005). *Neo-Institutionalismus*. Bielefeld : transcript Verlag.
- Hasse, R., & Krüger, A. (2020). Außenbezüge, Binnendifferenzen und neue Herausforderungen des Neo-Institutionalismus. Eine Übersicht. In R. Hasse, & A. Krüger, *Neo-Institutionalismus. Kritik und Weiterentwicklung eines sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramms* (S. 9-24). Bielefeld: transcript Verlag.
- Hasse, R., & Krüger, A. (2020). *Neo-Institutionalismus. Kritik und Weiterentwicklung eines sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramms*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hellmann, K.-U. (2006). Organisationslegitimität im Neo-Institutionalismus. In K. Senge, & K.-U. Hellmann, *Einführung in den Neo-Institutionalismus. Mit einem Beitrag von W. Richard Scott*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Henkel-Hoving, H.-B. (2008). Früher drei Buchstaben - heute ein Gefühl. In A.-B. (Hrsg.), *Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Eine Festschrift zum Jubiläum* (S. 44-49). Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Houben, D. (2022). *Die verborgenen Mechanismen der Governance Zur kulturellen und praktischen Bedingtheit organisationaler (Re-)Produktion*. Wiesbaden: Springer VS.
- Houben, D. (2022). Neoinstitutionalismus als kulturalistische Organisationssoziologie – Prämissen und Entwicklungen eines Forschungsprogramms. In D. Houben, *Die verborgenen Mechanismen der Governance. Zur kultruellen und praktischen Bedingtheit organisationaler (Re-)Produktion* (S. 47-102). Wiesbaden: Springer VS.
- Jörges-Süß, K. (2007). *Leistungsbezogene Bezahlung in der öffentlichen Verwaltung: Eine neoinstitutionalistisch-historische Analyse*. Mering: Hampp Verlag.
- Jepperson, R. (1991). Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. In W. Powell, & P. DiMaggio, *The new Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 143-163). Chicago: The University of Chicago Press.
- Kelle, U. (2008). *Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kieser, A. (2006). Max Weber Analyse der Bürokratie. In A. Kieser, & M. Ebers, *Organisationstheorien* (S. 63-92). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kieser, A., & Ebers, M. (2006). *Organisationstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klages, H. (kein Datum). *Verwaltungsmodernisierung. "Harte" und "weiche" Aspekte II*. Speyer: Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung bei der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer.
- Knieps, F., & Reiners, H. (2015). *Gesundheitsrreformen in Deutschland. Geschichte - Intention - Kontroversen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Leopold, D. (1992). *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

- Lovens, S. (01. August 2003). Der lange und meist erfolgreiche Weg von Fürst Bismarck zu Walter Riester. *Das Parlament*.
- Müller, H., & Papendick, U. (Mai 2011). Unternehmen McKinsey: Kratzer im Lack. *Manager Magazin*, 49-54.
- Müller, H.-P. (2007). *Max Weber*. Köln : Böhlau Verlag.
- Maurer, A., & Schmid, M. (2003). *Ökonomischer und soziologischer Institutionalismus. Interdisziplinäre Beiträge und Perspektiven der Institutionentheorie und -analyse*. Marburg: Metropolis Verlag.
- Maurer, A., & Schmid, M. (2002). *Neuer Institutionalismus. Zur soziologischen Erklärung von Organisation, Moral und Vertrauen*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Meier, F. (2011). Die Akteure des soziologischen Neo-Institutionalismus. In N. Lüdtke, & H. Matsuzaki, *Akteur-Individuum-Subjekt. Fragen zu 'Personalität' und 'Sozialität'* (S. 199-218). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mense-Petermann, U. (2006). Das Verständnis von Organisationen im Neo-Institutionalismus. Lose Kopplung, Reifikation, Institution. In K. Sege, & K.-U. Hellmann, *Einführung in den Neo-Institutionalismus* (S. 62-74). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften .
- Merz, F. (2008). *Wachstumsmotor Gesundheit*. München: Carl Hanser Verlag.
- Meyer, J. R. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology* 83, S. 340-363.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1991). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In J. W. Meyer, & B. Rowan, *The new Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 41-62). Chicago: The University of Chicago Press.
- Millonig, K. (2002). *Wettbewerbsvorteile durch das Management des institutionalen Kontextes. Eine integrative Betrachtung von*

- Institutionalismus und Strategischem Management*. Berlin: Weißensee Verlag.
- Milloning, K. (2002). *Wettbewerbsvorteile durch das Management des institutionalen Kontextes. Eine integrative Betrachtung von Institutionalismus und Strategischem Management*. Berlin: Weißensee Verlag.
- Nopper, W. (2002). Der Risikostrukturausgleich. In P. Jobornegg, R. Resch, & O. Seewald, *Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung* (S. 137-153). Essen: CW Haarfeld-Verlag.
- Noweski, M. (2012). *Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen*. Berlin: Verlag Dr. Köster.
- Oberender, P., & Zerth, J. (2008). Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor. In F. Merz (Hrsg.), *Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens* (S. 11-28). München: Carl Hanser Verlag.
- Okoniewski, U. (1993). Gesetzliche Krankenversicherung in Bewegung. (D. Gewerkschaftsbund, Hrsg.) *Soziale Sicherheit*, 4, S. 118.
- Oliver, C. (1991). Strategic Response to Institutional Processes. *The Academy of Management Review*(16), S. 145-179.
- Peters, H. (1978). *Die Geschichte der sozialen Versicherung*. Sankt Augustin: Asgard Verlag Dr. Werne Hippe KG.
- Pfister, F. M. (2010). *Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG. Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*. Frankfurt am Main : Peter Lang. Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Powell, W., & DiMaggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Reiners, H. (2009). *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Hans Huber.
- Reiners, H. (2011). *Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Ritter, G. (2010). *Der Sozialstaat*. Oldenburg: De Gruyter Verlag.
- Süß, S. (2009). *Die Institutionalisierung von Managementkonzepten. Diversity-Management in Deutschland*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Sauerland, D. (2002). *Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schaefers, C. (2002). Der soziologische Neo-Institutionalismus. Eine organisationstheoretische Analyse- und Forschungsperspektive auf schulische Organisationen. *Zeitschrift für Pädagogik*, S. 835-855.
- Schedler, K., & Proeller, I. (2009). *New Public Management*. Stuttgart: UTB Verlag Stuttgart.
- Scheffold, K. (2008). *Kundenbindung bei Krankenkassen. Eine marketingorientierte Analyse kassenindividueller Handlungsparameter bei selektivem Kontrahieren auf dem GKV-Versorgungsmarkt*. Berlin : Duncker&Humblot GmbH .
- Scherer, A. G. (2006). Kritik der Organisation oder Organisation der Kritik? - Wissenschaftstheoretische Bemerkungen um kritischen Umgang mit Organisationstheorien. In A. Kieser, & M. Ebers, *Organisationstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer .
- Scherm, E., & Pietsch, G. (2007). *Organisation. Theorie, Gestaltung, Wandel*. München: Oldenburg Verlag.
- Schmidt, M. (2012). *Der Deutsche Sozialstaat*. München: Verlag C.H.Beck.
- Schröter, E., & Wollmann, H. (1998). New Public Management. In S. Bandemer, B. Blanke, F. Nullmeier, & G. Wewer, *Handbuch zur Verwaltungsreform* (S. 59-70). Opladen.

- Schroeder, W. (2008). *Zur Reform der soziale Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Kasseler Konzept*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Schwartz , F., Walter, U., Dierks, M.-L., Busse, R., & Schneider, N. (Hrsg.). (2012). *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.
- Schwartz, F., Kickbusch , I., Wismar, M., & Krugmann, C. (2003). Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In F. Schwartz , U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip , R. Leidl , M.-L. Dierks, N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 243-257). München: Urban & Fischer.
- Schwartz, F., Kickbusch, I., Wismar, M., & Krugmann, C. (2012). Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In F. Schwartz , U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 243-257). München: Urban & Fischer.
- Schwartz, F., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M.-L., Schneider, N. (2012). *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* . München : Urban & Fischer.
- Scott, R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousands Oaks: Sage.
- Scott, R. (2008). *Institutions and Organizations: Ideas and interests*. Thousands Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Scott, R., & Meyer , J. (1991). The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence. In W. Powell, & P. DiMaggio, *The new Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 108-142). Chicago: The university of Chicago Press.
- Scott, W. (1986). *Grundlagen der Organisationstheorie*. Frankfurt/Main : Campus-Verlag.
- Scott, W. (2014). *Institutions and Organizations. Ideas, Interests, and Identities* (4. Ausg.). Los Angeles: SAGE Publications Inc. .

- Seidl, D., & Becker, K. (2005). *Niklas Luhmann and Organization Studies*. Kriterion: Liber & Copenhagen Business School.
- Senge, K. (2011). *Das Neue am Neo-Institutionalismus. Der Neo-Institutionalismus im Kontext der Organisationswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Senge, K., & Hellmann, K.-U. (2006). *Einführung in den Neo-Institutionalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stürmer, M. (2004). *Deutsche Geschichte: Das ruhelose Reich. Deutschland 1866-1918*. München: Bassermann Verlag.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review* 20, S. 571-610.
- Suchmann, M. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review* (20), S. 571-610.
- Suchmann, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review* 20, S. 571-610.
- Tacke, V. (2006). Rationalität im Neo-Institutionalismus. Vom exakten Kalkül zum Mythos. In K. Senge, & K.-U. Hellmann, *Einführung in den Neo-Institutionalismus. Mit einem Beitrag von W. Richard Scott*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walgenbach, P. (2002). Neoinstitutionalistische Organisationstheorien - State of Art und Entwicklungslinien. In G. Schreyögg, & P. Conrad, *Managementforschung* (S. 155-202). Wiesbaden: Gabler.
- Walgenbach, P. (2006). Neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In A. Kieser, & M. Ebers (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Walgenbach, P., Meyer, R. (2008). *Neoinstitutionalistischen Organisationstheorie*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J.C.B Mohr.

- Weber, S. (1995). *Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestaltungsmöglichkeiten des Bundesgesetzgebers*. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.
- Wernet, A. (2009). *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wilkins, U., Lang, R., & Winkler, I. (kein Datum). Institutionensoziologische Ansätze. In E. Weik, & R. Lang, *Moderne Organisationstheorien 2 - Strukturorientierte Ansätze* (S. 189-242). Wiesbaden: Galber.
- Zucker, L. (1987). Institutional Theories of Organizations. *Annual Review of Sociology* (13), 443-464.
- Zucker, L. (1987). Normal Change or Risky Business: Institutional Effects on the 'Hazard' of Change in Hospital Organizations 1959-1979. *Journal of Management Studies* (24), 671-700.
- Zucker, L. (1983). Organizations as Institutions. In S. Bacharach, *Research in the Sociology of Organizations*. Greenwich.

13 Quellen AOK Bayern (Archivnachweise)

Hinweis zur Quellenarbeit:

Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht ein einheitlicher Registratur- und Dokumentationsplan, der für sämtliche Sach- und Fachgebiete Nummerierungen vorsieht. Alle zu archivierenden Unterlagen wurden mit der entsprechenden Registraturnummer versehen und so abgelegt, dass innerhalb der jeweiligen Registraturnummer die neusten Unterlagen oben lagen. Auch Fachzeitschriften, Sozialgerichte, Sozialministerin usw. hielten sich an diesen Plan und versahen Veröffentlichungen, Anweisungen und dergleichen mit den inhaltlich zutreffenden Registraturnummern. Der Registratur- und Dokumentationsplan enthält ein Stichwortverzeichnis, unter dem die zu den Vorgängen passenden Nummern gefunden werden können. So konnte im Archiv der AOK Kempten-Oberallgäu (stellvertretend für die Archive der AOKn in Bayern) eine Vorauswahl an Dokumenten getroffen werden, da diese themenbezogen zeitlich gestaffelt in Hardcopy abgelegt waren.

AOK Bayern. (12. 08 2010). Satzung AOK Bayern. München.

AOK Nürnberg. (1915). Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse Nürnberg für das Jahr 1914. *Ortskrankenkasse*(9), 300.

Bohlmann, F. (1924). Agitationsmethoden und Leistungen der Ersatzkassen. *DOK*, S. 679-684.

Eberle, G. (1981). *Prävention und AOK*. *DOK*.

Eichelsbacher, F. (1923). Die Krankenversicherung in Bayern . *DOK*(26), S. 527-528.

Eller. (kein Datum). *Dienst- und Geschäftsanweisung* . *DOK* .

Fräßdorf, J. (1918). Geschäftsleiter und Vorstand bei den Ortskrankenkassen. *Ortskrankenkasse*(7), 203-205.

- Heitzer, W. (1989). GKV-Organisationsreform. Leitvorstellungen der AOK .
DOK, 727-730.
- Kallis, G. (1920). *Ortskrankenkassen und Ersatzkassen*. DOK.
- Kaus, G. (1965). *Die Geschäfts- und Dienstanweisung der Krankenkassen*.
DOK.
- Klein , R. (1987). Ernährungsberatung: Baustein der AOK-
Gesundheitsförderung. *DOK*, 400-401.
- Knieps, F. (1992). Organisationsreform. *DOK*, S. 625-631.
- Knieps, F. (15. Februar 1993). Die AOK im neuen Ordnungssystem der
GKV. Gewährleistung der sozial- und unternehmenspolitischen
Handlungsfähigkeit- Auswirkungen des GSG auf die AOK. *DOK*, S.
160-162.
- Knieps, F., Pannen, C., Meyer-Middendorf, J., & Tophoven, C. (1993).
Argumentationshilfen für Konzentrationsprozesse. AOK
Bundesverband .
- Knoll, & Heller. (1933). Die Neubesetzung der Krankenkassen.
Einstellungen, Prüfungen und Versetzungen. *DOK*, S. 1092-1101.
- McKinsey & Company. (1994). *Sicherstellung der Wettbewerbsfähigkeit
durch Weiterentwicklung der Organisation. Abschlussbericht*.
München: Archiv Zentrale AOK Bayern.
- Peters, H. (1968). Zur Geschichte der Krankenversicherung . In B. G.
Bundesverband der Ortskrankenkasse, *Die Ortskrankenkasse. Der
deutschen Krankenversicherung Weg und Wirken. Zum 50jährigen
Bestehen der Zeitschrift "Die Ortskrankenkasse"*. (S. 331-336). Bad
Godesberg: Asgard-Verlag.
- Reiners, H. (2008). Nach der Refom ist vor der Reform. In H. J. Ahrens, *Die
Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Eine Festschrift zum Jubiläum*
(S. 50-62). Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Schneider, W. (1993). Die Organisationsreform. Ein historischer Durchbruch. *DOK*, 49-57.
- Siebeck, T. (1968). Ehrenamtliche und kooperative Selbstverwaltung. In Bundesverband der Ortskrankenkassen, *Die Ortskrankenkasse. Der deutschen Krankenversicherung Weg und Wirken. Zum 50jährigen Bestehen der Zeitschrift "Die Ortskrankenkasse"* (S. 303-304). Bad Godesberg: Asgard Verlag.
- Töns, H. (1978). 25 Jahre Selbstverwaltung. *Die Ortskrankenkasse*, S. 555-563.
- Taprogge, K. (1960). Natürliche und künstliche Verlagerung innerhalb der gegliederten Krankenversicherung. *DOK*, S. 437-443.

14 Internetquellen

- Bach, I. (15. Juni 2004). *www.tagesspiegel.de*. Abgerufen am 10. Juni 2019 von Millionengeschäft mit Vivantes: www.tagesspiegel.de
- Bode, I. (2002). *Vom Player zum Player oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK un ein vergleichender Exkurs nach Frankreich*. Abgerufen am Februar 2023 von Esonstor. Make your publication visible: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/121812/1/2002-04.pdf>
- Fockenbrock, D., & Fröndhoff, B. (31. Januar 2008). *McKinsey schweigt ab jetzt*. Abgerufen am 05. November 2011 von Handelsblatt: www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/mckinsey-schweigt-ab-jetzt/2917090.html?p2917090=all
- dpa/sh. (18. 03 2015). *Augsburger Allgemeine* . (A. Holland, Hrsg.) Abgerufen am 08. 06 2015 von www.augsburger-allgemeine.de
- Eikel, R. (kein Datum). *AOK Bundesverband Reformdatenbank*. Abgerufen am 26. Februar 2011 von www.aok-bv/politik/reformaktuell/reformdatenbank
- GKV Spitzenverband . (2018). *Organisation des GKV Spitzenverband* . Abgerufen am 13. 02 2081 von www.gkv-spitzenverband.de
- Hericks, K. (12. April 2017). *Rationalitätsmythos - ein Konzept*. Abgerufen am Februar 2023 von Nano-Papers: Insitution - Organisation - Gestellschaft: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1356416/1356416.pdf>
- Hungbauer, D. (17. 03 2015). *Augsburger Allgemeine* . (A. Holland, Hrsg.) Abgerufen am 08. 06 2015 von www.augsburger-allgemeine.de
- Kirchner, S., & Meyer, U. (01. November 2016). *Entkopplung – ein folgenreicher Begriff des soziologischen Neoinstitutionalismus*.

Abgerufen am Februar 2023 von
<https://mediatum.ub.tum.de/doc/1335554/1335554.pdf>

Kleese, H.-J. (01. Juli 2009). *Gut verdrahtet: Ex-McKinseyaner in Spitzenjobs*. Abgerufen am 05. November 2011 von
Wirtschaftswoche : www.wiwo.de/unternehmen/netzwerk-gut-verdrahtet-ex-mckinseyaner-in-spitzenjobs/5554614.html

McKinsey & Company. (2011). *Unsere Werte*. Abgerufen am 05. November 2011 von McKinsey&Company:
http://www.mckinsey.de/html/profil/unsere_werte/unsere_werte.asp

McKinsey & Company. (2011). *Ursprung und Geschichte*. Abgerufen am 05. November 2011 von
http://www.mckinsey.de/html/profil/ueber_mckinsey/ursprung_und_geschichte.asp

Springer, V. G. (kein Datum). *Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissenlexikon*. Abgerufen am 07. 06 2107 von Stichwort: Managed Care: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2622/managed-care-v14.html>

Wirtschaftslexikon. (2015). *Wirtschaftslexikon*. Abgerufen am 13. 02 2018 von Beitragsbemessung :
www.wirtschaftslexikon.co/d/beitragsbemessung/beitragsbemessung/htm

World Health Organization . (22. Juli 1946). *Constitution of the World Health Organization*. Abgerufen am 06. November 2011 von World Health Organization: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

15 Anhang

15.1 Rede Doktor Platzer: „Hersbrucker Gespräche 2005 – Begrüßung und Einführung“

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Hersbrucker Gespräche 2005

Begrüßung und Einführung

anlässlich der 21. Hersbrucker Gespräche
der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
am 9./10. Juni 2005

Referent: Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender
der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Es gilt das gesprochene Wort

AOK Bayern
Die Gesundheitskasse
Zentrale
Carl-Wery-Straße 28
81739 München

Telefon (089) 62730-226
Telefax (089) 62730-399
<http://www.aok.de>



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf Sie zu den 21. Hersbrucker Gesprächen – hier im Bildungszentrum der AOK Bayern – herzlich begrüßen. Ich freue mich sehr, dass Sie auch heuer wieder Zeit gefunden haben, mit uns diese beiden Tage zu verbringen, auch wenn wir die Veranstaltung – abweichend von den bisher üblichen Gepflogenheiten – von der Faschingszeit in den Juni verlegt haben.

Beherrschendes Thema des vergangenen Jahres war das mit Wirkung zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“. Geprägt wurde es in der öffentlichen Wahrnehmung vor allem dadurch, dass es für alle Krankenversicherten zahlreiche neue oder erweiterte Belastungen mit sich brachte. So wurde z. B. eine quartalsweise bei Ärzten und Zahnärzten zu entrichtende Praxisgebühr von 10 € eingeführt, die Zuzahlungsregelungen zu Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln wurden geändert, ein Anspruch auf Kostenübernahme von Fahrten zu ambulanten Behandlungen ist nur noch eingeschränkt möglich, darüber hinaus erfolgte eine Überarbeitung der bisherigen Härtefallregelungen.

Das GMG brachte jedoch auch zahlreiche Chancen für strukturelle Weiterentwicklungen, von denen die AOK Bay-

ern entschlossen Gebrauch macht. So nutzen wir seit verganginem Jahr die Möglichkeit, unseren Kunden Zusatzversicherungen anzubieten. Zu diesem Zweck wurde mit der Versicherungskammer Bayern eine strategische Allianz gebildet. Zusammen können die beiden bayerischen Marktführer im Bereich der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung für AOK-Mitglieder exklusive Sonderkonditionen offerieren. Auch die Möglichkeit Bonustarife und Prämienprogramme anzubieten, wurde von der AOK Bayern zügig vorangetrieben, eine Teilnahme hieran ist seit Frühjahr 2005 möglich.

Auch die sogenannten Disease-Management-Programme wurden von der AOK Bayern rasch umgesetzt, so können zwischenzeitlich Patienten, die an Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs oder koronarer Herzkrankheit (KHK) leiden, von speziellen Behandlungsprogrammen profitieren. Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität bringen diese Entwicklungen den Patienten auch Vorteile durch den Erlass der Praxisgebühr.

Aber auch für die Gestaltung des Verhältnisses zu unseren Vertragspartnern hat das GMG zahlreiche neue Möglichkeiten eröffnet. So konnte die AOK Bayern bereits einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung abschließen, der ihren Versicherten eine umfassende und qualitativ hochwertige Behandlung durch beigetretene Hausärzte bietet. Zusätz-

lich konnten zahlreiche Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen werden, die für spezielle Krankheitsbilder medizinische Behandlungen auf höchstem Niveau gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns dazu entschlossen, bei den diesjährigen Hersbrucker Gesprächen die beiden letztgenannten neuen Versorgungsformen – die Hausarztzentrierte Versorgung und ein Beispiel der Integrierten Versorgung – in den Fokus zu nehmen.

Darüber hinaus durfte natürlich der Dauerbrenner „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich (RSA)“ nicht ausgespart werden, der gerade in den vergangenen Wochen durch eine gemeinsame Aktion der AOK, der Barmer Ersatzkasse und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wieder zu kontroversen Diskussionen Anlass gab. Hierzu konnten wir als Referenten Herrn Dr. Klaus Jacobs – Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) – gewinnen, den ich an dieser Stelle herzlich in unserer Mitte begrüßen darf.

Ich darf Sie bereits jetzt dazu einladen, heute nach der Kaffeepause mit Herrn Dr. Jacobs, Herrn Schösser (MdB, Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Bayern und des AOK Bundesverbandes), Herrn Dr. Gaßner vom Bayeri-

schen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen – den ich an dieser Stelle ebenfalls willkommen heißen darf – sowie meinem Vorstandskollegen Herrn Walter Schwarz das Thema RSA eingehend zu diskutieren.

Morgen wird Sie darüber hinaus Herr Brum, Bereichsleiter für Grundsatz/Recht, Verwaltung über das Thema „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ informieren. Zwar ist dies für die AOK Bayern kein völlig neues Betätigungsfeld, aber erst durch das GMG wurde die Verpflichtung zur Einrichtung entsprechender Stellen bei den gesetzlichen Krankenkassen im SGB V (§ 197a) verankert.

Zu guter Letzt stellt Ihnen morgen der stv. Direktor unserer AOK Direktion Mittelfranken, Herr Vetter, ein neues Projekt namens IDA vor – eine Initiative der AOK Bayern, des AOK Bundesverbandes und der Pharmaunternehmen Pfizer GmbH und Eisai GmbH zur Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Kalenderjahr 2005 stellt für die AOK Bayern einen besonderen Meilenstein in ihrer Entwicklungsgeschichte dar. Wie Ihnen vielleicht bekannt ist, wurde am 1. Juni 1995, also fast auf den Tag genau vor 10 Jahren, die AOK Bayern aus der Taufe gehoben.

Auch wenn auf den ersten Blick 10 Jahre noch keinen besonderen Anlass zum Feiern bieten, Anlass zur Rückschau sind sie angesichts unseres schnelllebigen GKV-Systems allemal. Viele Krankenkassen sind in dieser Zeit als angebliche Sterne am Firmament des Gesundheitswesens mit großen Plänen und manche mit noch größeren Sprüchen angetreten und zwischenzeitlich genauso schnell verschwunden, wie sie gekommen sind, zahlreiche weitere kämpfen noch ums Überleben.

Die AOK hat es hingegen verstanden, mit beispielhafter Kontinuität ihre Vormachtstellung in Bayern trotz schwieriger Umstände zu behaupten - Qualität setzt sich eben durch. Wir haben dies unter dem Regime extrem großer Herausforderungen geschafft, ich nenne beispielsweise nur die beiden größten, auf die ich noch zurückkommen werde, einen Fusions- und damit Integrationsprozess über 39 bayerische AOKen und mehr als 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie ein ehrgeiziges Konsolidierungsprogramm über 3 Jahre hinweg von 2002 bis 2004. Begleitet wurden diese Prozesse von einem Kulturwandel in den Köpfen, von der Behörde zum öffentlich-rechtlichen Dienstleistungsunternehmen.

Als sich zum 1. Juni 1995 die damals 39 selbständigen AOKen sowie der damalige AOK-Landesverband zur AOK Bayern vereinten, entstand der größte gesetzliche Kranken-

versicherer in Bayern und die viertgrößte gesetzliche Krankenkasse in Deutschland; ich spreche gerne in diesem Zusammenhang auch von der größten AOK der Welt. Diese Stellung haben wir bis heute souverän verteidigt. Mit über 4,3 Millionen Versicherten, 11.000 Beschäftigten, 11 Mrd. € Haushaltsvolumen und 200 Geschäftsstellen stellt die AOK auch heute noch die recht unangefochtene Nummer 1 in Bayern dar.

Wir haben mit dem damaligen Fusionsprozess frühzeitig das in die Wege geleitet, was zahlreiche andere Krankenkassen erst Jahre später vollzogen haben, oder - im Falle der Betriebskrankenkassen - erst langsam zu vollziehen beginnen. Mit den 1995 neu geschaffenen Strukturen konnten wir Synergieeffekte freisetzen, die zu Einsparungen - gerade bei den Verwaltungskosten - und rationelleren Arbeitsweisen geführt haben. Gerade die durch das GMG geschaffenen neuen Möglichkeiten von Disease-Management-Programmen, Integrierten Versorgungsverträgen und Hausarztmodellen können von größeren Krankenkassen sehr viel besser und effizienter genutzt werden, als dies bei kleineren „Einzelkämpfern“ der Fall ist. Die AOK Bayern profitiert damit heute noch mehr denn je von ihrer Fusionsentscheidung aus dem Jahr 1995.

Sehr geehrte Gäste,

ein Vergleich der Verhältnisse des Jahres 1995 mit den heutigen Gegebenheiten lohnt sich! Der damalige Fusionsbeitragssatz von 13,2 Prozent lag nur knapp über dem GKV-Durchschnitt von 13,15 Prozent. Auch heute agiert die AOK Bayern mit einem - zwar über dem damaligen Niveau liegenden - aber durchaus konkurrenzfähigen Beitragssatz, der mit 14,5 Prozent nur leicht über dem aktuellen GKV-Schnitt (14,2 %) liegt.

Apropos Beitragssatz:

Wie Sie sicher mitbekommen haben, ändert sich die Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrages zum 1. Juli 2005 grundlegend. So haben alle gesetzlichen Krankenkassen ihren paritätisch durch z. B. Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. durch Rentenversicherungsträger und Rentner finanzierten Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte zu senken. Gleichzeitig müssen die Versicherten aller gesetzlicher Krankenkassen einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent entrichten. Da die Versicherten von dem abgesenkten paritätisch finanzierten Beitragssatz nur zur Hälfte profitieren, den Sonderbeitrag jedoch alleine zu übernehmen haben, führt dies im Ergebnis zu einer Mehrbelastung der Versicherten von 0,45 Prozentpunkten.

In den vergangenen Wochen ist eine rege Diskussion darüber entbrannt, welche Krankenkassen über die vom Gesetzgeber vorgesehenen 0,9 Prozent hinaus senken werden - um es gleich vorweg zu nehmen, die meisten gesetzlichen Krankenkassen sehen derzeit kein darüber hinaus gehendes Senkungspotential. Auch wenn das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht müde wird, die Kassen immer wieder zu einer Beitragssatzsenkung aufzufordern, so scheint dies finanziell nur wenigen Versicherungsträgern möglich zu sein.

Die AOK Bayern hat auch diesbezüglich eine Vorreiterrolle eingenommen. Wir haben bereits im vergangenen Jahr als erste und einzige große Krankenkasse unseren Beitragssatz am 1. April 2004 um 0,4 Prozentpunkte gesenkt und damit unser Versprechen eingelöst, die durch das GMG entstandenen Mehrbelastungen bestmöglichst an unsere Versicherten zurückzugeben. Diesen Schritt verdanken wir aber nicht nur den aus dem GMG erzielten Einsparungen, sondern auch dem schon genannten Konsolidierungsprogramm - ich werde gleich noch einmal darauf zurückkommen.

Natürlich vollziehen auch wir die vom Gesetzgeber zum 1. Juli 2005 geforderte Absenkung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes um 0,9 Prozentpunkte bei gleichzeitiger Erhebung des Sonderbeitrags. Im Gegensatz zu zahlreichen Konkurrenten „verkaufen“ wir diese Änderungen aber nicht

als Vorteil für die Versicherten, da sich eine solche Täuschung unserer Meinung nach beim ersten Blick auf den Juli-Gehaltszettel rächen wird. Immerhin bedeutet diese vom Gesetzgeber initiierte Neuregelung eine monatliche Mehrbelastung der Versicherten von 4,50 € pro 1.000 € Bruttoeinkommen.

Aber kommen wir auf unsere Rückschau über die letzten 10 Jahre zurück. Welchen raschen Veränderungsprozessen unsere Branche allgemein unterworfen ist, zeigt sich auch anhand der zahlreichen gesetzlichen Neuregelungen, mit denen wir während der vergangenen 10 Jahre konfrontiert wurden. Beispielhaft darf ich Ihnen einige Versuche nennen, unser Gesundheitswesen zu reformieren, die meisten hatten leider nur sehr kurzfristige positive finanzielle Wirkungen:

- 1.7.96: Einführung der stationären Pflege
- 1997: Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG
- 1997: 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz - 1./2. GKV-NOG
- 1999: GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG
- 2000: GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
- 2001: Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz - ABAG
- 2002: Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz - AABG
- 2003: Beitragssatzsicherungsgesetz - BSSichG
- 2004: GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist eine Dauerbaustelle und wird es auch sicher in den nächsten Jahren noch bleiben. Dies ist keine kritische Wertung, sondern angesichts der sich ständig wandelnden relevanten gesellschaftlichen Gegebenheiten die Feststellung einer schlichten Zwangsläufigkeit. Denken wir nur an die noch völlig offene Frage der nachhaltigen Gestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV in Zeiten stärkster Abhängigkeit von Konjunkturzyklen.

Richten wir aber auch einen Blick nach innen. Die AOK Bayern war in den vergangenen 10 Jahren etlichen gewaltigen Veränderungsprozessen unterworfen, die uns nachhaltig beeinflusst und geprägt haben:

Gleich nach der Fusion mussten die unterschiedlichen Organisationsformen und Arbeitsweisen in den bis dahin 39 selbständigen Direktionen optimiert werden. In den Jahren 1996, 1997 und 1999 wurden unsere 15 Dienstleistungszentren ins Leben gerufen, die sich im nicht versichertenahen Geschäft um die Abwicklung des Vertrags- und Abrechnungsgeschäfts mit den Leistungserbringern kümmern. Oberstes Ziel war bei allen Veränderungsprozessen immer, dass wir bei unseren Versicherten „vor Ort“ bleiben. Getreu dem Motto „soviel dezentral wie möglich, soviel zentral wie nötig“ haben wir die Kundenbetreuung und damit auch die Arbeitsplätze in den 39 Direktionen und 200 Geschäftsstellen belassen und nur dort zentrale Einheiten eingesetzt, die

fern vom Kundengeschäft agieren und wo tatsächliche Synergieeffekte zu erwarten waren. Nicht zuletzt als dezentral aufgestellter Arbeitgeber haben wir uns dabei als der Exponent der GKV in Bayern auch in strukturpolitischer Wirkung bewährt. Einen anderen vergleichbaren Partner der bayerischen Politik gibt es auch mit Blick auf diese Dimension nicht.

Zwischen 2002 und 2004 schließlich haben wir uns in einem Konsolidierungsprogramm einer gewaltigen Kraftanstrengung unterzogen. Nur so war es möglich, die Wettbewerbsfähigkeit der AOK Bayern innerhalb des GKV-Systems zu erhalten und unseren Versicherten auch künftig ein umfangreiches Leistungsspektrum zu adäquaten Beitragssätzen bieten zu können. Im Rahmen dieses Konsolidierungsprogramms wurden alle Ausgabenbereiche unseres Hauses einer gewissenhaften Prüfung unterzogen und nach Möglichkeiten gesucht, die Versorgung unserer Versicherten noch wirtschaftlicher zu gestalten, ohne dabei auf Qualität verzichten zu müssen. Ich darf nach Abschluss dieser dreijährigen Bemühungen mit einem gewissen Stolz feststellen, dass uns dies gelungen ist. Wenn die AOK Bayern in den vergangenen Jahren wieder schwarze Zahlen geschrieben hat, so verdanken wir dies primär unseren Konsolidierungsbemühungen.

Uns ist durchaus bewusst, dass der Fortschritt nicht in Kostendämpfungskriterien, sondern in versorgungspolitischen und versorgungsökologischen Maßstäben richtig beurteilt ist. Wir tragen damit auch der Tatsache Rechnung, dass der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor von herausragender volkswirtschaftlicher Bedeutung ist.

Wir wissen aber auch - Veränderungen sind nie abgeschlossen. Wir sind Teil eines sich ständig fortentwickelnden Prozesses. Das gilt für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Sozialpolitik im Allgemeinen, wie natürlich auch für die AOK Bayern. Ich bin aber der festen Überzeugung, dass wir auch künftig die an uns gestellten Herausforderungen souverän meistern werden, die sich schon klar abzeichnen: Der Wettbewerb wird nicht an Härte verlieren (Stichwort: Morbi-RSA), ebenso wenig der Verteilungskampf auf Seiten der Leistungserbringer. Die Neuregelung nachhaltiger Finanzierung wird zur Zerreißprobe der Sozialpolitik. Europäische Entwicklungen werden uns in Atem halten.

Nach 10 Jahren AOK Bayern bin ich zuversichtlich, dass wir auch in den kommenden Jahren den Platz im deutschen Gesundheitswesen einnehmen werden, der der AOK Bayern zusteht - nämlich ganz vorne.

Sehr geehrte Gäste,

die Planung der diesjährigen Hersbrucker Gespräche lag wieder in den bewährten Händen unseres Pressesprechers Michael Leonhart und seiner Mitarbeiter, er wird Sie auch als Moderator durch diese Veranstaltung begleiten. Darüber hinaus soll auch der gesellige Teil nicht zu kurz kommen, ich darf Sie deshalb heute Abend zum Sommerfest in den Garten unseres Bildungszentrums einladen (sofern das Wetter mitspielt).

Damit möchte ich meine einleitenden Worte auch schon abschließen und wünsche Ihnen zwei angenehme und informative Tage.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

15.2 Übersicht DOK Fundstellen

Von 1908 bis 1988 wurde die AOK-interne Zeitschrift unter dem Namen „Die Ortskrankenkasse“ (abgekürzt DOK) veröffentlicht. Von 1988 bis 1998 wurde die Zeitschrift als „DOK – Politik Praxis Recht“ titulierte.

Herausgeber waren die jeweiligen Spitzenverbände der AOKn, zuletzt der AOK Bundesverband. Zuletzt verlegt wurde die Zeitschrift im AOK-Verlag in Remagen.



Die Abkürzung „DOK“

Die Abkürzung DOK ist eigentlich so alt wie die Zeitschrift selbst. Amtlich eingeführt wurde sie aber erst mit folgender Bekanntmachung des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen (RdO) aus dem Jahre 1935 (DOK 1935 S. 156):

„Die ‚Ortskrankenkasse‘ erscheint jetzt im 22. Jahrgang. Sie hat sowohl dem Inhalt und der äußeren Gestalt nach manche Wandlungen erfahren, als auch mehrmals ihren Titel geändert. Die ersten 11 Jahrgänge (bis 1924) erschienen unter dem Titel ‚Ortskrankenkasse‘. Vom 1. 1. 1925 an trug die Zeitschrift 7/8 Jahre lang den Titel ‚Deutsche Krankenkasse‘. Nach der nationalsozialistischen Revolution und der Eingliederung des früheren Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands in den RdO wurde von der Nr. 16 des 20. Jahrgangs ab der Titel erneut geändert in ‚Die Deutsche Ortskrankenkasse‘, und von der Nr. 11 des Jahrgangs 1934 an in ‚Die Ortskrankenkasse‘.

Diese mehrfachen Titeländerungen haben dazu geführt, daß die Zeitschrift nicht einheitlich zitiert wird. Das erschwert die praktische Arbeit. Um hier eine Einheitlichkeit herbeizuführen, werden wir in Zukunft bei Hinweisen, auch auf frühere Jahrgänge, einheitlich die Abkürzung DOK verwenden.

Wir bitten hiermit auch alle sonstigen in Frage kommenden Stellen (Gesetzgebung, Rechtsprechung, Behörden, Wissenschaft, Krankenkassen u. a. m.), die Zeitschrift aller Jahrgänge einheitlich nur noch mit DOK abzukürzen.“

Nimmt man die Angaben über den Herausgeber mit zum Titel hinzu, so ergibt sich vom 1. 5. 1914 bis auf den heutigen Tag folgende Übersicht:

1. 5. 1914: „Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, e. V. Dresden

20. 9. 1923: „Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V., Dresden
21. 8. 1924: „Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V., Berlin
1. 1. 1925: „Deutsche Krankenkasse“
Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V., Berlin
4. 3. 1933: „Die Deutsche Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen e. V., Berlin
1. 6. 1934: „Die Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen e. V., Berlin-Charlottenburg
1. 10. 1937: „Die Ortskrankenkasse“
Zeitschrift des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin-Charlottenburg
1. 1. 1949: „Die Ortskrankenkasse“
Herausgeber: Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt/M
1. 10. 1952: „Die Ortskrankenkasse“
Herausgeber: Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände in der Bundesrepublik Deutschland, Bad Godesberg
1. 8. 1955: „Die Ortskrankenkasse“
Herausgeber: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bad Godesberg

Erst seit dem 1. 2. 1934 werden die einzelnen Seiten der DOK innerhalb des einzelnen Jahrgangs fortlaufend numeriert. Bis dahin wurde nach Spalten numeriert.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich

- die Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe (Vermittlungs- oder Beratungsdiensten) verfasst habe,
- in der Vorbereitung keine Entgelte gezahlt oder Dienste unentgeltlich in Anspruch genommen habe, die dem Sinn und Zweck eines Promotionsverfahrens widersprechen,
- nur die im Quellen- und Literaturverzeichnis genannten Hilfsmittel benutzt habe und
- alle aus Quellen und Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht sowie ihre Fundstellen nachgewiesen habe.

Die eingereichte elektronische Fassung ist mit den gedruckten Exemplaren identisch.

Ich stimme der Nutzung meiner Arbeit, ihrer Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung (auch an Dritte) zum Zweck der Plagiatsüberprüfung - auch als Referenzmaterial für zukünftige Prüfungen - zu.

Bonn, den

Kathrin Mayr