

Ingo Bode

Von Bürokraten zu Managern?

Identitätsmanagement im Organisationswandel von Krankenkassen

Abstract

Gesetzliche Krankenkassen sind administrative Schaltstellen eines sich dynamisch entwickelnden Gesundheitswesens. Im Zuge veränderter sozialpolitischer Steuerungen wandelt sich das Verhältnis zwischen den Kassen und ihren Umwelten. Wesentlich erscheint dabei die Aufwertung betriebswirtschaftlichen Denkens. Dadurch sind die Akteure gefordert, sich auf das organisationale Handeln einen neuen ‚Reim zu machen‘. Der Beitrag untersucht, welche neue Subjektivität organisationalen Handelns bei Führungskräften der Kassen entsteht. Die Analyse richtet sich auf Handlungskonzepte von mittleren Führungskräften und begreift diese als Ergebnis einer sinnhaften Auseinandersetzung mit dem multiplen Identitätshaushalt ihrer Organisation. Argumentiert wird, dass sich erst aus dem Identitätsmanagement der Funktionäre die Korridore für einen konstruktiven Umgang mit den umweltinduzierten Herausforderungen ergeben. Anders gewendet: Der effektive Umbau des Kassensystems hängt zumindest teilweise von der Art und Weise ab, wie dessen Funktionäre den Wandlungsprozess kreativ interpretieren.

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Dabei geraten auch jene Organisationen unter Veränderungsdruck, die für die Ressourcenausstattung und administrative Steuerung des Systems zuständig sind – die *gesetzlichen Krankenkassen*. Die staatliche Politik treibt, veranlasst durch eine als ‚Notstand‘ definierte Kostenentwicklung, bei den Kassen Rationalisierungsprozesse an, die sich maßgeblich an Modellen aus der ‚freien Wirtschaft‘ orientieren (Curtius 1999; Haenecke 2001; Alexander u.a. 2001). Krankenkassen definieren sich als „kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen“ mit eigener „Geschäftspolitik“; sie sehen sich als „Einkäufer“ von Produkten und als Architekten vernetzter Produktionsstrukturen (Niedermeier 2001). Es geht um ein neues Selbstverständnis: Die Akteure sollen gestalten, nicht einfach nur verwalten; an die Stelle exekutiven Handelns tritt unternehmerisches Denken. Gefragt sind nicht mehr Bürokraten, sondern Manager.

Diese *betriebswirtschaftlich ausgerichtete Umbauagenda* trifft indes auf spezifische Voraussetzungen – Krankenkassen können nicht ohne weiteres zu ‚normalen‘ gewerblichen Unternehmen mutieren. Sie behalten ihren öffentlichen Auftrag und operieren in Umwelten, in denen es *auch* um medizinische Professionalität oder sozialen Ausgleich geht. Sie bewegen sich „im Spannungsfeld zwischen Kommerz und Sozialpolitik“ (Kruse/Kruse 2003) bzw. von „Multireferenzialität und Marktorientierung“ (Bode 2003). Schon ein oberflächlicher Blick auf ihr ‚Alltagsgeschäft‘ offenbart, dass sie mit multiplen Referenzen operieren, etwa wenn sie

Verträge mit Leistungsanbietern aushandeln oder wenn sie Präventionsprogramme auflegen. Wesentlich sind zudem die Beziehungen, die die Kassen – qua Selbstverwaltung – mit zivilgesellschaftlichen Akteuren (z.B. Gewerkschaften) unterhalten. Krankenkassen sind (und waren schon immer) *hybride Gebilde*, in denen mehrere Sinnprovinzen parallel geführt werden.

Entsprechend stellt sich die Frage, wie die betriebswirtschaftliche Umbauagenda im Organisationswandel der Kassen verarbeitet wird. Der vorliegende Beitrag behandelt diese Frage mit Blick auf *subjektive Handlungskonzepte im Management der Kassen*. Diese Perspektive wird gewählt, weil Organisationswandel auch in staatsnahen Sektoren wesentlich von Orientierungen auf der Leitungsebene abhängt. Das Interesse richtet sich insbesondere auf das mittlere Management. Gerade hier geht es zunehmend um das, was schon in klassischen Theorieansätzen als kritisches Moment organisationaler Reproduktion gilt: ‚überzeugende‘ Führung (Barnard 1970, 129ff) bzw. die damit korrespondierenden Sinnstrukturen (in den Worten Barnards: Rationalisierungen). Solche Sinnstrukturen übernehmen im „Prozess des Organisierens“ (Weick 1979) v.a. dann einen ‚konstruktiven‘ Part auch auf mittleren Führungsebenen, wenn auf Grund turbulenter bzw. dynamischer Umwelten Handlungskompetenzen breiter gestreut werden müssen (Burns/Stalker 1961). Das gilt besonders im Hinblick auf Innovationsprozesse (Blutner u.a. 1999).¹ Überzeugende Führung hängt wesentlich davon ab, wie das leitende Personal mit dem *Identitätshaushalt* seiner Organisation umgeht – dies wird zu einem zentralen Untersuchungsgegenstand, wenn die Verarbeitung umweltinduzierten Organisationswandels in den Fokus rückt.

Die nachfolgenden Ausführungen beginnen dementsprechend mit einem Abschnitt, der den Umgang von Führungskräften mit organisationaler Identität und hier die besonderen Verhältnisse sozialstaatlich regulierter Organisationsfelder beleuchtet; im Mittelpunkt steht die idealtypisch-heuristische Unterscheidung von Führungsfiguren. Der zweite Teil betrachtet – am Beispiel der „Allgemeinen Ortskrankenkassen“ (AOK) – das Feld der gesetzlichen Krankenversicherung und die Entwicklung von Handlungskonzepten in Prozessen des Organisationswandels. Den Kern der Analyse bilden interpretative Beschreibungen von Orientierungsmustern leitender Kassenfunktionäre.

2 Identität und Führungsfiguren in Organisationen des Sozialsektors

Formal organisiertes, kollektives Handeln stiftet „*organizational identity*“ (Gioia 1998): Organisationen bieten ihren Mitgliedern bzw. ‚stake holdern‘ einen sozialen Raum für die Ausbildung von Sinnreferenzen bzw. eines „transcendent we“ (Pratt 1998, 196) – nicht zuletzt deswegen, weil sich Organisationen von anderen Organisationen symbolisch unterscheiden wollen. Um passende Mitglieder anzuwerben oder in ihrer Umwelt eine Erkennungsmarke zu verankern, bemühen sich viele Organisationen aktiv um die Gestaltung von Sinnangeboten (z.B. in Form von Leitbildern). Gewiss führen die soziale Binnendifferenzierung sowie die Vielfalt von Umweltbezügen dazu, dass die so gewonnene Identität häufig nicht mehr darstellt als ein „ambiguous corporate ‚we‘“ (Cheney 1991, 5). Organisationskulturen reduzieren sich nicht auf ein, zu Steuerungszwecken frei disponibles, Sinnangebot (Franzpötter 1997). Weil

¹ Es geht also um ein Mehr an „transformational leadership“ (Hollander 1993, Moyhinan/Ingraham 2004).

sich innerhalb von Organisationen verschiedene Identitäten – z.B. in Bezug auf Bildungserfahrungen – überlagern, bleibt eine „multiplicity of cultures“ (Parker 2000, 75) hochwahrscheinlich. Entsprechend herrschen häufig unterschiedliche Vorstellungen über das vor, was die Organisation leistet oder wie dies geschieht.

Organisationen sind aber darauf angewiesen, dass die entscheidenden Akteure ein verbindliches Verständnis von deren Sinn und Zweck entwickeln – und auch ‚leben‘, um es mit einem Trendbegriff der Unternehmensführung auszudrücken. Damit Führungspraxis – die mit Luhmann (2000, 63ff) letztlich als Entscheidungshandeln begriffen werden muss – nicht durch Widersprüche oder Orientierungsunsicherheiten gelähmt wird, übernimmt sie die Funktion der Kondensierung oder auch Sublimierung organisationsinterner kursierender Orientierungsmuster. Führungskräfte entwickeln *Handlungskonzepte* und avancieren erst dadurch zum organisationalen Subjekt (Whittington 1994, 66). Solche Handlungskonzepte werden durch Sozialisierungserfahrungen (in der Qualifikationsphase, in der Berufsbiografie) vorgeprägt, festigen sich aber erst in Auseinandersetzung mit dem, was Führungsakteure als Organisationszweck bzw. ihre eigene Haltung dazu begreifen – ein Prozess, der sich von jener gleichsam mechanistischen Bindung der Individuen an die Welt der (Arbeits-)Organisationen unterscheidet, wie sie die klassische Organisationstheorie (für das Gros des ausführenden Personals) unterstellt hat.

Sveningsson und Alvesson (2003) haben diesbezüglich den Begriff des „identity struggle“ eingeführt. Führungskräfte setzen sich mit verschiedenen Identitätsangeboten aus Organisation und Umwelt auseinander und agieren als „people engaged in forming, repairing, maintaining, strengthening or revising the constructions that are productive of a sense of coherence“ (ebd., 1165). Zwar bleiben die Autoren skeptisch im Hinblick auf die Formierung einer konsistenten, organisationsbezogenen Führungsidentität, doch sie unterstellen (zu Recht), dass die Führungskräfte an der Ausbildung einer solchen Identität arbeiten. Sie verweisen damit auf die Bedeutung dessen, was man konstruktives *Identitätsmanagement* nennen könnte.

Zu beachten sind indes die Besonderheiten von Organisationsfeldern. In Einrichtungen, die mit der Verwaltung, Steuerung und Produktion sozialer Daseinsvorsorge befasst sind – kurz: bei Trägern des *Sozialssektors* – sind spezifische Orientierungsmuster prominent. So verweisen sektorbezogene Studien auf den Einfluss sozialprofessioneller Rationalität (Scott/Meyer 1991). Die Dritte-Sektor-Forschung und verbändesoziologische Arbeiten legen nahe, dass in stärker zivilgesellschaftlich strukturierten Kontexten des Sozialssektors persönliche Überzeugungen bzw. Weltanschauungen sinnstiftend sind: Nicht die Orientierung an Eigentumsrechten oder hierarchischen Vorgaben, sondern die ‚an der Sache‘ dominiert. Entsprechend spezifisch gestaltet sich der Umgang von Führungskräften mit organisationaler Identität. Im Rückgriff auf vorliegende Arbeiten lassen sich drei Handlungskonstellationen identifizieren, aus denen sich idealtypisch unterschiedliche Führungsfiguren ableiten lassen. Dabei kann nicht ohne weiteres auf klassische handlungstheoretische Unterscheidungen rekurriert werden, wie etwa jene zwischen zweck- und wertbezogenen Handlungsorientierungen im Sinne Max Webers (1976). Instrukтив sind die im „welfare mix“ (Evers/Olk 1996) moderner Sozialstaaten (je unterschiedlich) prominenten organisationalen Reproduktionslogiken.²

Eine dieser Reproduktionslogiken beruht auf Legitimationen wie Recht und Gleichheit – also auf einer wertrationalen Grundlage –, impliziert aber vorwiegend *anwendendes* und in

2 Die Theorie des „welfare mix“ unterscheidet drei organisierte Sphären der Wohlfahrtsproduktion: Staat, Zivilgesellschaft und Markt. Diesen Sphären werden verschiedene Koordinationsmuster, Gratifikationsmechanismen und Bezugswerte zugeordnet, die nicht in der klassischen Dichotomie von Markt und Staat aufgehen.

diesem Sinne zweckrationales Handeln. Typisch ist die Konstellation der Sozialverwaltung. Hier bestehen klare Gewährleistungsvorgaben, wenngleich diese durch autonome (z.B. sozialprofessionell geschulte) Akteure vielfach erst noch ‚mit Leben‘ gefüllt werden müssen. Von dieser Konstellation zu unterscheiden ist eine zweite, die von (freiwilligem) Engagement in zivilgesellschaftlich verankerten Praxiskontexten geprägt wird und in der es nicht nur um die zweckrationale Operationalisierung wertrationaler Bezüge geht, sondern immer auch um deren *innovative Aktualisierung*. Hier wird Wertrationalität also eigendynamisch. Schließlich ist eine dritte Handlungskonstellation einzuführen, die mit dem gegenwärtigen Wandel der ‚governance‘-Strukturen im Sozialsektor zusammenhängt (Clarke/Newman 1997 oder Trube/Wohlfahrt 2000). Sie wird geprägt durch die Logik des ‚Managerialismus‘, die zwar formal an wertrational gesetzten Zielen (und nicht an erwerbswirtschaftlicher Output-Maximierung) ausgerichtet ist, bei der sich aber instrumentelle Orientierungen *praktisch verselbständigen*. Hier wird die Zweckrationalität eigendynamisch.

All dies macht plausibel, drei *Führungsfiguren* zu unterscheiden, die einen jeweils spezifischen Umgang mit organisationaler Identität repräsentieren:

- Die staatsnahen Segmente des Sozialsektors werden vielfach mit der Figur des ‚Wohlfahrtsbürokraten‘ assoziiert: Der Begriff des Bürokraten verweist auf ein an Regeln und Routinen orientiertes Ausführungshandeln (Weber 1976). Dieses Handeln ist aber nicht indifferent gegenüber seinem Endzweck. Vielmehr verkörpert Bürokratie eine Organisationsidentität stiftende „substantive ethical domain“, wenngleich „within the limits of a procedurally organized environment“ (Du Gay 2000, 2f). Für Weber war diese *exekutive* Organisationsrolle insofern identitätsstiftend, als er in ihr auch die Grundlage eines Lebensführungskonzepts sah. Darüber hinaus aber ist wesentlich, dass sich „welfare bureaucracies“ (Billis 1984) durch eine – nicht immer konfliktfreie – Verkopplung administrativer *und* (sozial-)professioneller Rationalitäten auszeichnen. Der ‚Wohlfahrtsbürokrat‘ internalisiert gleichsam die Vorgabe, „die konkreten Probleme seiner Klienten in ihrer jeweiligen Konkrektion als ganze Personen (zu) würdigen und ihren Fall bezogen auf die Gesetze (zu) interpretieren“ (Harrach u.a. 2000, 84).
- Im Sozialsektor wirken zugleich gesellschaftliche Kräfte, deren Handlungsorientierung über die bloße Interpretation vorgegebener Normen hinausgeht. Aus ihnen gehen Führungsfiguren hervor, die man als ‚*moralische Unternehmer*‘³ bezeichnen kann. Als ‚reinen‘ Typus trifft man diese Unternehmer dort an, wo Wohlfahrtsproduktion ‚von unten‘ her bzw. zivilgesellschaftlich generiert wird, z.B. in Stiftungen: Für Boris (1989, 201) betont deren Führungspersonal „the independence ... from the constraints of business and government and celebrates its unique ability to take risks and creatively address society’s need“. Es geht immer auch um die *kreative Intervention in soziale Verhältnisse*. Einflussreich ist eine entsprechende Identität etwa in Wohlfahrtsverbänden. Das Engagement für ‚gute‘ Zwecke war hier lange Zeit Sache von Honoratioren, deren Lebensführungskonzept die Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung beinhaltete⁴ – was ebenso für Organisationen der genossenschaftlichen Selbsthilfe galt, die konzeptionelle Vorläufer auch von Krankenkassen waren (Bode/Evers 2004). Im Zuge des Profes-

3 Das Konzept des moralischen Unternehmers entstammt der ökonomischen Sozialtheorie und verweist häufig auf Akteure, die der Gesellschaft Problemdeutungen aufdrängen und Gemeinwohlbezüge zur Durchsetzung eigener Interessen instrumentalisieren (Giesen 1983). Ebenso wahrscheinlich ist aber, dass sich solche Akteure aufgrund von Werthaltungen, ohne die Erwartung manifester ‚Auszahlungen‘, engagieren.

4 Zur Rationalität des bürgerlichen Ehrenamts (Pankoke 1994). Wichtig ist: Ungeachtet ihrer Verschmelzung mit Machteliten wirkte private Philanthropie nicht selten auch *gegen* die Interessen dieser Elite (Sachße/Tennstedt 1980, 222ff).

sionalisierungsprozesses, den all diese Organisationen während des 20. Jahrhunderts durchlaufen, schlüpfen hauptamtliche Kräfte in diese Unternehmerrolle. Soweit dabei indes – dem Einfluss einer „normativen Verbandsführung“ (Lakes 1998, 450)⁵ unterliegende – „Missionen“ (Pankoke 1995) das Führungshandeln prägen, bleibt eine Struktur-differenz zum wohlfahrtsbürokratischen Handeln bestehen.

- Wie bereits angedeutet, entsteht mit dem Aufkommen des ‚Managerialismus‘ eine dritte Figur: die des ‚Sozialmanagers‘.⁶ Für ihn stehen nicht Auftrag oder Mission im Mittelpunkt, sondern die Methode. Praktisch bedeutet dies die Konzentration auf Budgetierung, Controlling und standardisiertes Qualitätsmanagement. Den neuen „managerial subjects“ (Clarke/Newman 1997, 83) geht es nicht schlicht um an Ertragsmaximierung orientiertes (zweckrationales) Handeln. Aus der Perspektive des Sozialmanagers erscheint die Organisation vielmehr als Handlungskontext, in dem gegebene soziale Ziele betriebswirtschaftlich umgesetzt werden. Dies schließt nicht aus, dass soziale Zwecke zum Gegenstand von Initiativen in Richtung des politischen Systems werden, so weit dieses (wie im Sozialsektor häufig der Fall), bestimmte ‚Produktionsnormen‘ festlegt. Der Hauptimpetus freilich ist ein anderer: Als für die Organisationspraxis Identität stiftend gilt flexibel gemanagtes, messbar effizientes Handeln im Lichte standardisierbarer Erfolgskriterien – man könnte diesbezüglich auch von *kreativer Exekution* sprechen.

Die getroffenen Unterscheidungen sind durchaus geläufig (Frank u.a. 1994, 173ff oder Young 1986). Letztlich bleiben sie idealtypisch. Da Organisationen des Sozialsektors vielfach hybride strukturiert sind, also gleichzeitig bürokratisch verwalten, sozialpolitisch gestalten und betriebswirtschaftlich agieren (können), stellt sich eher die Frage, wie die damit verbundenen Identitäten untereinander ‚sortiert‘ sind. Dabei lassen die gegenwärtigen Veränderungen, denen nicht zuletzt auch Krankenkassen unterliegen, vermuten, dass sich die durch den hybriden Organisationscharakter bedingten Spannungen weiter zuspitzen. In Arbeiten zum Nonprofit-Sektor wird vielfach beobachtet, wie Managementorientierungen im selben Maße die Oberhand gewinnen, wie diejenigen Kräfte, die (z.B. sozialpolitische) Werthaltungen in die Organisation tragen – etwa ehrenamtliche Vorstände und Verwaltungsräte – an Einfluss verlieren. Damit rückt die hauptamtliche Führung und besonders das mittlere Management als operativer Teil der Führungsorganisation in den Mittelpunkt des Interesses. Denn in dieser „‘elite‘ culture“ (Parker 2000, 219) erfolgt heute die Verarbeitung von umweltinduzierten Veränderungsimpulsen bzw. das entsprechende Identitätsmanagement.

3 Identitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen

3.1 Methodologische Vorbemerkungen

Geht es um Handlungskonzepte von Führungskräften und deren Umgang mit organisationaler Identität, dann sind interpretative Inhaltsanalysen auf der Einzelfallebene sehr instruktiv (Svenigsson/Alvesson 2003). Sie erlauben, durch dichte Beschreibungen jene Orientierungsmuster zu erschließen, die für die subjektive Verarbeitung von Organisationswandel maßgeb-

5 Eine solche normative Verbandsführung spielt potenziell auch in Sozialversicherungen als staatsnahen Organisationen mit körperschaftlicher Selbstverwaltung eine Rolle (Schimanke 1997). Die Mitglieder werden u.a. durch Gewerkschaften – also zivilgesellschaftlich verankerte – Organisationen vertreten.

6 zu dieser Begrifflichkeit die Beiträge in Effinger/Luthe (1993), Brüll/Ölschläger (1996) oder Hermsen (2000).

lich sind. Das nachfolgend untersuchte Material entstammt umfassenderen Fallstudien über die Entwicklung des Verhältnisses von Organisation und Umwelt im Sozialsektor Deutschlands, Frankreichs und Großbritanniens (Bode 2004). Die Erhebung setzte an dokumentierten Praxen an und zielte gleichzeitig darauf, Entwicklungsdynamiken aus Darstellungen von Schnittstellenakteuren (Führungskräften in Bereichen wie Marketing, Prävention, Vertragspolitik, Public relations) zu rekonstruieren. Was die Krankenkassen betrifft, so wurden auf Einzelkassen- und Dachverbandsebene etwa zwei Dutzend Interviews mit Führungskräften der AOK durchgeführt. Auf der Basis eines grob strukturierten Fragebogens wurden die Befragten um Einschätzungen u.a. dazu gebeten, wie sich ihre Tätigkeit vor dem Hintergrund des institutionellen und organisationalen Wandels gestaltet und wie sie diesen Wandel wahrnehmen.

Mit der AOK wurde nur ein – allerdings noch immer zentraler – Ausschnitt des deutschen Kassenwesens betrachtet; die Befunde gelten also für andere Kassenarten (z.B. Betriebskrankenkassen) nur eingeschränkt. Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden zunächst dazu verwendet, den Organisationswandel zu umreißen sowie die Rolle mittlerer Führungskräfte darin zu fixieren. Die vertiefende Analyse basiert auf zwei Interviews; sie versteht sich als explorativ bzw. hypothesenbildend. Die von den Interviewpartnern eingebrachten Perspektiven auf die Organisationsentwicklung von Krankenkassen sind aber insofern für deren Umbruchsituation ‚typisch‘ (wenn auch nicht im engen Sinne repräsentativ), als sie zwei gegenwärtig außerordentlich kritische, weil für den Organisationserfolg besonders maßgebliche Aktivitätsfelder betreffen: den Umgang mit Leistungsanbietern (v.a. unter Kostensteuerungsaspekten) und die Beziehung zur Versichertenklientel (v.a. im Hinblick auf Werbe- bzw. PR-Aktivitäten). Die befragten Personen besetzen diesbezüglich wichtige Schaltstellen im mittleren Management.

Die Analyse fokussiert die für die subjektiven Handlungskonzepte der Befragten maßgeblichen Sinnbezüge. Methodisch handelt es sich einerseits um verdichtende Zusammenfassungen des manifesten Inhalts ausgewählter Interviewpassagen (in Anlehnung an Mayring 2003); andererseits erfolgen Anleihen am hermeneutischen Analyseprogramm (Wohlrab-Saar 2003). Die Aussagen werden sequenziell, in strikter Trennung von Interview- und Kontextinformationen und nach Maßgabe des Prinzips der Wörtlichkeit betrachtet. Ziel ist die Rekonstruktion des Aussagezusammenhangs zur Entschlüsselung latenten Sinns.

3.2 Der Wandel des Organisationsfelds und die Rolle des mittleren Managements

Die „Allgemeinen Ortskrankenkassen“ bilden ein Netzwerk selbstverwalteter, aber staatlich regulierter Nonprofit-Organisationen. Die Selbstverwaltung setzt sich in den Landeskassen aus Vertretern von Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen und auf der Bundesverbandsebene aus den Verwaltungsratsvorsitzenden der Länder zusammen. Der Organisationsprozess als solcher liegt in den Händen des hauptamtlichen Managements, das sich in richtungsweisenden Fragen mit dem Verwaltungsrat oder dessen Ausschüssen abstimmt.

Allgemein haben die kommerziellen Unternehmensberatungen, die die Kassen im Umbruchprozess unterstützt haben, deutliche Spuren hinterlassen: Zwar sind die Führungspositionen mit wenigen Ausnahmen mit ‚Eigengewächsen‘ besetzt; ‚Stallgeruch‘ scheint weiter unverzichtbar. Doch sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erfolgte ein ‚business reengineering‘ mit dem erklärten Ziel, die AOK als Marktakteur aufzustellen. Das wirkte sich

u. a. auf die Personalentwicklungsstrategien aus – diese umfassen nun u. a. Zielvereinbarungen oder auch nebenberufliche Studiengänge.

Hintergrund dieser Entwicklung sind Veränderungen in der gesundheitspolitischen Steuerung des Organisationsfelds. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte hatten nicht nur Leistungsausgrenzungen bzw. höhere Selbstbeteiligungen zur Folge. Sie haben gleichzeitig die operativen Handlungsgrundlagen der Kassen verändert. Einerseits kam es zu einer markanten Ausweitung des Mitgliederwettbewerbs. Seit 1996 können alle Versicherten frei zwischen den verschiedenen Kassen wählen.⁷ Die im Rahmen des „GKV-Modernisierungsgesetzes“ 2004 eingeführte Ermächtigung der Kassen zum Vertrieb von Privatzusatzversicherungen hat die Wettbewerbsdynamik noch verstärkt – der Übergang „vom Einprodukt – zum Mehrproduktanbieter“ (Popp 2003) scheint endgültig vollzogen. Andererseits erfolgte eine sukzessive Liberalisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern – was v. a. darauf abzielt, die Leistungsanbieter unter Konkurrenzdruck zu setzen und ihre Vergütung genauer an vordefinierte Therapieprofile zu koppeln. Der Trend geht zum „Versorgungsmanagement“, d. h. in die Richtung von Einzelverträgen zwischen Kassen und Anbietern an Stelle der bislang dominierenden Kollektivverträge mit (regionaler) Allgemeinverbindlichkeit.

Wie gestaltet sich dabei die Rolle der Akteure vor Ort, konkret von Leitungskräften der hier betrachteten Landes-AOK? Deren PR-Abteilung betont, dass durch ihre Arbeit „Kommunikation einen Stellenwert bekommen hat“ und „die strategische Bedeutung von Kommunikation ... im Unternehmen erkannt worden“ ist (Interview A). Ähnlich lautet der Tenor in anderen Abteilungen: „Ich weiß ja, was ich die letzten vier, fünf Jahre erreicht habe, darauf kann ich ja aufbauen“ (Interview B), oder: „Also, wir sind professioneller geworden, kann man wirklich sagen. Wie wir auch von Tag zu Tag noch dazulernen“ (Interview C). Die Führungskräfte sehen sich als ‚change agents‘ unter Innovationsdruck, und die Rollen scheinen klar verteilt: „Wir wussten, irgendwas stimmt nicht, wir müssen hier etwas bewegen“ (Interview A). Auch andere berichten von dieser Dynamik: „(Ich geh’ am Anfang rein und sage: Ich habe die Idee, kostet so und so viel Kapazität, um das jetzt mal weiter zu entwickeln, halt ich für eine richtige Sache aufgrund der und der Marktforschungsstudie. . . . Und dann sagt er [der Vorstand, I.B.]: Okay, ... dann geh’ los, mach“ (Interview D). Diese Aussagen plausibilisieren, dass das mittlere Management zum entscheidenden Katalysator des Organisationswandels und damit zu einem interessanten Untersuchungsgegenstand wird.

3.3 Organisationsidentität und Handlungskonzept: Das Beispiel zweier AOK-Führungskräfte

Im Folgenden sollen kleinere Interviewpassagen daraufhin betrachtet werden, wie Führungskräfte einer Landes-AOK die Identität ihrer Organisation in ihren Arbeitsvollzügen fassen. Ausgewählt wurden Personen mit Grenzstellenfunktionen in Bezug auf die Leistungsanbieter und auf die ‚Mitgliederumwelt‘.

3.3.1 Fall 1: Abteilungsleiterin in der Kostensteuerung

Die Person arbeitet in der Abteilung „Stationäre Gesundheitspartner“ und ist mit dem Leistungsmanagement im Krankenhaussektor befasst. *Interviewausschnitt*, Stimulus: Welche Ideen gibt es bezüglich eines wünschenswerten Umgangs mit Leistungsanbietern?

⁷ Die wesentliche Rechtsänderung bestand in der Abschaffung des für Arbeiter geltenden Zuweisungssystems im Bereich der sogenannten Primärkrankenkassen.

„Also ich beschäftige mich seit mehreren Wochen damit – und es ist fast umsetzungsreif – mit der Kostensteuerung psychiatrischer Patienten, in der ersten Linie, um – mit diesen Kliniken, die durchschnittliche Verweildauern haben, die von Klinik zu Klinik teilweise 50 Tage Unterschied haben. Da muss ich mir eben die Frage der Qualität stellen, ob ich einen Patient wirklich beschneide oder nicht. Das ist dann eine andere Frage, oder ob ich ihm nicht auch gut tue. Es gibt auch die Diagnose Hospitalismus, dass man eben in einer Klinik leben muss, weil niemand sich darum kümmert, dass man da rauskommt, dass wir uns mit diesem Patientenklientel beschäftigen und landesweit momentan planen, wie wir mit komplementären Einrichtungen – nämlich adäquaten Einrichtungen im niedergelassenen oder ambulanten Bereich – eben aufbauen können, dass diese Patienten so betreut werden, dass es nicht dazu führt, dass sie wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden, weil sie in ein Umfeld zurückschlittern, das eben dieses Krankheitsbild hervorgerufen hat. Und das sind so Konzepte, die wir in dem Bereich machen, gleichzeitig auch uns um Qualitätsstandards bemühen, weil es im psychiatrischen Bereich keine Standards der Medizin gibt, so wie in allen anderen Fachbereichen. Das wären so Ideen, die wir auch auf andere Krankenhaussektoren umsetzen könnten, und gucken uns eben an, was in Fachabteilungen passiert und informieren die Krankenhäuser untereinander über Standards und vergleichen auch mit Kranken, dass das auch besser angenommen wird von den Kliniken, dass da mehr Offenheit gezeigt wird. Das wären so meine Wünsche; dass auch die Verzahnung hin zum ambulanten Bereich so funktioniert, dass nicht in erster Linie das Geld gesehen wird, sondern eben die zusammenhängende Betreuung der Versicherten auch im ambulanten Bereich. Wir merken das zum Beispiel beim beatmungspflichtigen Patienten, wenn die verlegt werden müssen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor, das ist ein Riesenaufwand. Da sind so viele Schnittstellen mit beschäftigt, dass es, möchte ich sagen, schwierig ist, aber sehr langwierig, bis ein solcher Patient geschult ist und die Angehörigen geschult sind, dass er auch zu Hause beatmet werden kann. Das sind so Sachen, wo ich ganz deutlich erkenne, was für Defizite wir hier im Gesundheitssystem haben. Bis es mal zu einer Lösung kommt, die für die Versicherten optimal ist.“

Unterteilt man die Interviewpassage in *Sequenzen*, so informiert die erste über ein neueres Projekt der Befragten: Es geht um „Kostensteuerung“ angesichts unterschiedlicher, messbarer Verweildauern in der stationären Psychiatrie. Von diesem Befund wird die „Frage der Qualität“ abgeleitet: Sie wird daran fest gemacht, dass die Verkürzung der Verweildauer Hospitalismus vermeidet. Die AOK „beschäftigt“ sich mit diesem Problem und kümmert sich um die Betroffenen. Die Organisation „plant“ einen Interventionsmechanismus, der den Betreuungsprozess durch den Einsatz ambulanter Instrumente verbessern soll. Dies soll verhindern, dass Patienten nicht stationär behandelt werden, in einem „Umfeld, das eben dieses Krankheitsbild hervorgerufen hat“, also iatrogene Effekte erzeugt. Nachfolgend wird deutlich, dass es in der Organisation „Ideen“ zu „Qualitätsstandards“ gibt. Dazu gehört, die Vorgänge in stationären Einrichtungen zu inspizieren und letztere über die Standards und darauf bezogene Beobachtungen zu „informieren“. Vergleiche sollen durchgeführt werden mit dem Ziel, die Ausrichtung des stationären Versorgungsprozesses an materiellen Interessen („das Geld“) zugunsten einer „zusammenhängenden Betreuung“ zu brechen. Am Beispiel eines beatmungspflichtigen Patienten wird erläutert, wie „schwierig“ sich der gewünschte Verzahnungsprozess – hier aufgrund des Organisationsaufwands für Schulungen – darstellt. Die Interviewpartnerin „erkennt ganz deutlich“ an diesen Beispielen die „Defizite im Gesundheitswesen“: In einem komplexen System („so viele Schnittstellen“) erfordert eine (ambulante) Lösung, „die für die Versicherten optimal ist“, viel Zeit und Mühe.

Im Hinblick auf eine *Interpretation* dieser Passage sticht zunächst ins Auge, dass die Gesprächspartnerin „Kostensteuerung“ unmittelbar mit der „Frage der Qualität“ verknüpft.

Die Befragte engagiert sich für ein Projekt: Sie hat es bis zur Umsetzungsreife entwickelt, erhofft sich eine Realisierung auch in anderen Feldern, begründet es mit Versorgungsdefiziten aus Patientensicht, „wünscht“ sich, dass es „eben nicht zuerst“ um Geld geht. Das Projekt orientiert sich an der „Qualitätsfrage“: Die Reduzierung der Verweildauer „tut einem Patienten gut“ – der potenzielle Widerspruch zwischen Kostensteuerung und Qualitätsverbesserung – „Beschneiden“ versus „Gut tun“ – ist aufgelöst. Die AOK agiert innovativ und im großen Stil („landesweit“). Im Umgang mit den Kliniken handelt sie sachorientiert: „Informieren“ erscheint als neutraler Ausdruck, der auf eine Expertisefunktion verweist. Zugleich geht es um Kontrolle: Es soll erreicht werden, dass die Kliniken bestimmte Standards akzeptieren. Die Argumentationsfigur folgt bestimmten Unterstellungen: Die in Tagen gemessene Differenz von Verweildauern gilt als Hinweis darauf, dass viele Krankenhäuser zu lange behandeln – und nicht darauf, dass einige von diesen zu schnell entlassen. Es fehlen objektive Behandlungsstandards, sie wären aber möglich, auch auf dem gemeinhin als vergleichsweise komplex geltenden Gebiet seelischer Erkrankungen. Die ambulante Versorgung erscheint als übergeordnetes Ziel; sie ist schwierig und langwierig, aber machbar und im Sinne aller Beteiligten (Angehörige und Patienten).

Das in dieser Interviewpassage engagiert vorgetragene *Gesamtthema* ist die Auseinandersetzung einer Kostensteuerungsexpertin mit sozialverträglichen Sparmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Das *Kontextwissen* bestätigt diese Interpretation: Der Interviewausschnitt folgt anderen Gesprächsteilen, die den möglichen Konflikt zwischen Qualität und Kosten behandelten. Einen solchen Konflikt weist die Befragte für ihren Bereich von sich. Das ist der Hintergrund für die in der ausgewählten Passage aufgemachten Alternative zwischen „schaden“ und „gut tun“. Auch bestätigt die Argumentationsfigur die allgemeine ‚Steuerungsphilosophie‘ der AOK: Rationalisierung ist ohne Qualitätseinbußen möglich und oftmals sogar im Sinne der Patienten. Das Gebiet der psychiatrischen Versorgung eignet sich gut für einen solchen Approach. Denn hier ist er kulturell besonders anschlussfähig, wird doch gemeinhin unterstellt, dass gerade seelisch kranke Menschen häufig in stationären Einrichtungen ‚verwahrt‘ statt ‚kuriert‘ werden. Interessant an der Passage ist jedoch das Engagement, die Konsequenz und die Nachhaltigkeit der Argumentation: Die Krankenkasse soll sich um die Patienten ‚kümmern‘, sie soll sich um ‚Qualität‘ bemühen, sie soll sich dafür einsetzen, „dass eben nicht zuerst das Geld gesehen wird“, sie soll einen langwierigen Verzahnungsprozess moderieren. Das Engagement der Befragten wird auch daran ersichtlich, dass sie im Rahmen einer Fortbildung ein Handbuch zur Kostensteuerung im stationären Sektor verfasst hat, das nun zur Anwendung kommt. Ein weiterer Aspekt tritt hervor: Die Befragte nimmt für sich wie selbstverständlich die Expertise für die Kontrolle des gesamten Versorgungsprozesses in Anspruch, inklusive gegenüber den eigentlichen Versorgern.

Inwiefern wird in der Interviewpassage nun der Aspekt der organisationalen Identität verhandelt? Welches Handlungskonzept zeigt sich? Die Identität der Organisation wird hier gefasst als ‚Anwalt der Patienten‘ zum einen, als Manager eines rationellen Versorgungsprozesses zum anderen. Die Dynamik der Stellungnahme legt nahe, dass die Befragte an die Auflösbarkeit des Spannungsfelds zwischen Kostendämpfung und Qualitätssteigerung qua Leistungsmanagement tatsächlich ‚glaubt‘. Ihre persönliche Herangehensweise ist stark auf die dafür benötigte technische Expertise ausgerichtet, die als Herausforderung bei der Wahrnehmung der Anwalts- und Steuerungsfunktion im Interesse optimaler Gesundheitsversorgung begriffen wird. Damit spielt die Ethik einer *Wohlfahrtsbürokratin* im Selbstverständnis der Befragten eine wichtige Rolle: Bezugspunkte sind gleiche Qualitätsstandards, rationel-

le Ressourcenverwendung im Sinne des Ganzen und über den Weg der technischen Prozesskontrolle. Das Handlungskonzept geht dabei über die schlichte Anwendung von Regeln hinaus. Es ist insofern mit einem unternehmerischen Selbstverständnis verknüpft, als die Befragte die Verhältnisse ändern bzw. eingespielte Routinen aufbrechen will. Zwar ist moralisch-unternehmerische Kreativität im Spiel, weil Investitionen in Leistungsmanagementstrategien den Patienten nutzen, auf jeden Fall aber nicht schaden sollen. Im Ganzen geht es aber mehr um *Sozialmanagement*: Die Initiative fokussiert nicht moralische Ziele (z.B. das unmittelbare Engagement für die Veränderung gesundheitspolitischer Institutionen), sondern eine mit betriebswirtschaftlichen Instrumenten (Output messen, Leistung vergleichen, Standards wahren) verfolgte Optimierung genormter Versorgungsprozesse – gerade dadurch lässt sich aus der Perspektive der Befragten ein möglicher Zielkonflikt zwischen Sparen und Helfen konstruktiv wenden.

3.3.2 Fall 2: Hauptabteilungsleiter Marketing

Der Abteilungsleiter ist für „Marktkommunikation“, „Marktanalyse“ und „Produktvermarktung“ zuständig. *Interviewausschnitt*, Stimulus: Bestimmt der Preis den AOK-Erfolg am Markt?

Natürlich, wenn Sie sich den Markt angucken, dann sehen Sie, der Markt ist sehr preisgetrieben. Aber er kann ja scheinbar nicht nur preisgetrieben sein, weil sonst, wir haben einen Marktanteil, der liegt jetzt bei 37%, 1995 lag er knapp über 40. Also, wir haben drei Punkte vielleicht verloren. Lassen Sie es vier sein. Es kann also nicht nur am Preis liegen. Und was wir aus den Kundenbefragungen wissen, ist: Es liegt primär an der Leistung, am Leistungsimage, wenn Kunden sich für uns entscheiden. An Service-Dienstleistungen, die Geschäftsstellen, das Zutrauen auch zur AOK, Kompetenz der AOK, solche Dinge werden hier zugesprochen, an der Stelle. So, nun arbeiten wir genau an diesen Punkten. Wir arbeiten daran, unsere Leistungen besser zu verkaufen, weil wir haben aus der Vergangenheit durchaus Imagedefizite. Arbeiterkasse usw., kann man verstehen, wie man will, ja, Arme-Leute-Kasse, kann man verstehen, wie man will. Aber letztendlich haben wir das Image und müssen uns überlegen, wie leb' ich in der Welt jetzt damit. Und deswegen verkaufen wir unsere klassischen Leistungen jetzt wesentlich intensiver. Ein anderer, der es moralischer sieht, der würde vielleicht sagen: Wir klären unsere Kunden und die Öffentlichkeit besser auf, was sie denn bei uns in Anspruch nehmen können. Wir haben im letzten Jahr, wir werden nachher noch dazu kommen, für solche Themen geworben, wie das Asthma-Zentrum für Kinder oder das Nieren-Screening für Kinder. Eine Sache, wo die einen sagen: Na gut, ihr klärt eure Kunden auf, was die alles kriegen können, und die anderen sagen: Ja, ihr macht damit nur Werbung. Ja gut, okay, es ist auch Werbung, und es ist auch Aufklärung. Und da kann ich einen Zusammenhang herstellen: Imagewerte steigen.“

Betrachtet man die einzelnen *Sequenzen*, so bejaht der Interviewte die ihm gestellte Frage zur „Preisgetriebenheit“ des Marktes zunächst, um dann aber mit dem Hinweis auf einen begrenzten Rückgang der Marktanteile zurückzurudern. Er bezieht sich auf Kundenbefragungen, aus denen man „wisse“, dass „Leistung“ und „Leistungsimage“ die „Kunden“ dazu bewegen, „sich für uns [die AOK]“ zu „entscheiden“. Leistung und Leistungsimage werden im Weiteren näher umrissen (Service-Dienstleistungen, Geschäftsstellen, Zutrauen, Kompetenz). Der Befragte erklärt, dass man „genau an diesen Punkten“ ansetze. Die Argumentation signalisiert ein systematisches Vorgehen: Erst die Analyse, dann die Konsequenz. Letztere besteht darin, „Leistungen besser zu verkaufen“, wobei „verkaufen“ wohl zielgruppenbezogene Werbung meint. Als Grund für diese Strategie werden „Imagedefizite aus der Vergangenheit“ angegeben – Defizite, die aus Sicht des Befragten kontrafaktisch sind. Die Beschreibung des ‚alten‘ Erscheinungsbildes als „Arbeiterkasse“ bzw. „Arme-Leute-Kasse“ wird

nachdrücklich mit dem Zusatz versehen: „kann man verstehen, wie man will“. Der Befragte fürchtet möglicherweise, mit dieser Titulierung eine Abwertung der genannten Gruppen zum Ausdruck zu bringen und dadurch Kritik hervorzurufen. Von diesem Problem löst er sich, indem er das Imagedefizit als Handlungszwang definiert, mit dem man pragmatisch umzugehen habe. Die letzte Sequenz setzt dann nochmals an der oben genannten Konsequenz des „besser Verkaufens“ an: Die Rede ist von „klassischen Leistungen“, die nun „intensiver“ vermarktet würden. Dabei sieht der Befragte für einen externen Betrachter zwei Deutungsmöglichkeiten: Dieser könne die Kommunikationspraxis der Kasse – hier die medienwirksame Präsentation präventiver bzw. an Randgruppenbedarfen orientierter Versorgungsangebote – „moralischer“ begreifen, als Erfüllung eines öffentlichen Aufklärungsmandats. Demgegenüber stünde eine Wahrnehmung, die in der Präsentation solcher Leistungen „nur Werbung“ sieht. Für ihn handelt es sich sowohl um Werbung als auch um Aufklärung. Wesentlich ist für ihn der „Zusammenhang“ zwischen beiden Dimensionen, der bewirke, dass die „Imagewerte steigen“.

Für die *Interpretation* der Passage ist zunächst bedeutsam, dass der Befragte Marktentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem ‚Leistungsimage‘ einer Kasse erklärt. Er begründet dies mit Ergebnissen von Kundenbefragungen. Seine Organisation sei bestrebt, ihre Leistungen so zu verkaufen, dass das Negativ-Image keine Rolle spielt. Im Vorgehen seiner Kasse sieht er eine Abfolge von sachlicher Analyse („Kundenbefragungen“, imagebezogene „Sachzwänge“) und strategischer Konsequenz („intensiver verkaufen“). Das „Verkaufen“ von Leistungen ist für ihn ambivalent, aber kein Problem. Die Strategie hat vielmehr Erfolg, denn die aus Sicht des Befragten kritische Größe, die Imagewerte, entwickelt sich positiv. Im Ganzen zeigt sich bei ihm eine weitgehende Internalisierung des ‚Marketingdenkens‘: Es besteht ein „Käufermarkt“, den es strategisch zu bedienen gilt, und auf dem spezifisch gestaltete Angebote den Ausschlag geben. Allerdings ist dieses Angebot komplex: Es geht gleichzeitig um die Leistung als solche, die durch sie vermittelte Vertrauenswürdigkeit und die organisationale Gesamtkompetenz.

Das *Gesamthema* ist mithin die Betonung eines großen Handlungsspielraums beim ‚gewieften‘ Vertrieb von Krankenversicherungen unter Marktdruck. Bei Einbezug von *Kontextwissen* relativiert sich indes so einiges: Werbung stellt im Krankenversicherungssystem allgemein (noch immer) ein Politikum dar, u.a. weil bestimmte Außendarstellungen als Aufklärung deklariert werden und dann nicht unter die gesetzliche Obergrenze für das von staatlichen Versicherungsämtern kontrollierte Werbebudget fallen. Allgemein kalkuliert der Befragte, wie sich auf entsprechende Nachfragen herausstellt, sehr wohl mit den bzw. innerhalb der Grenzen des gesetzlich vorgeschriebenen Handlungsspielraums. Zugleich wird im Marketingkonzept der Kasse gezielt zwischen verschiedenen Zielgruppen differenziert; organisationsoffiziell werden Imageprobleme vorwiegend bei Fremdversicherten ‚bearbeitet‘. Die prima facie fragwürdig erscheinende Assoziation zwischen Leistungskompetenz und Kassenimage wird so nachvollziehbarer. Aber: Der Interviewausschnitt legt nahe, dass der Befragte an diese Assoziation tatsächlich ‚glaubt‘. Interessant ist, dass zu keinem Zeitpunkt nach dem Spannungsverhältnis zwischen Aufklärung und Werbung gefragt wurde, der Befragte also den Zusammenhang eigenständig herstellt.

Was besagt die Textpassage im Hinblick auf den Umgang mit organisationaler Identität? Wie gestaltet sich das Handlungskonzept des Befragten? Die Organisation AOK steht bei ihm für eine Außenwirkung, die sich einerseits empirisch abbilden, andererseits strategisch beeinflussen lässt. Danach steht (und fällt) die Kasse mit Serviceleistungen einerseits,

Marktimagen andererseits. Beide Faktoren sind gestaltbar, durch sachliche Analyse und pragmatische Konsequenzen. Der Marketingleiter rekurriert auf das Programm des *Sozialmanagements*: Er arbeitet am Image der Kasse, sucht nach Faktorkombinationen, die die Marktposition der AOK optimieren. Ambivalenzen stören nur, wenn sie blockieren. Ansonsten sind sie ein Schachzug auf dem Weg zum Markterfolg. *Moralisch-unternehmerische Orientierungen* – die die kreative Investition in Vorsorge- und Chronikerprogramme inspirieren – werden dabei als strategisch nutzbare Ressource begriffen. Bürokratische Ethik bleibt in diesem Handlungskonzept ausgeblendet. Es geht schlicht um Management, freilich in einem sozialen Raum, in dem „Zutrauen“, „Aufklärung“ und der öffentliche Auftrag eine wichtige Rolle spielen.

3.4 Die Quintessenz

In den zwei Einzelbetrachtungen kristallisieren sich *unterschiedliche Konstellationen* heraus. Die Kassensfunktionäre verbinden die mit den verschiedenen Führungsfiguren assoziierbaren Identitätshaushalte zu einem je spezifischen Handlungskonzept: Die erste Führungskraft sucht nach einer strategischen Synthese, durch die sich universelle Versorgungsziele mit Hilfe betriebswirtschaftlich standardisierter Steuerungsinstrumente kostengünstiger erreichen lassen. Die Formel lautet: Mehr (bedarfsgerechte) Qualität *und* mehr (messbare) Wirtschaftlichkeit durch ein und denselben Managementprozess. Die Befragte versteht sich als Sozialmanagerin und Wohlfahrtsbürokratin in einem, wobei Momente des moralischen Unternehmertums mitschwingen. Der Fall des Marketingleiters illustriert demgegenüber eine zweite Konstellation. Die Rationalität des Sozialmanagements instrumentalisiert hier die moralununternehmerische Dimension im Kassenhandeln, nämlich das aktive Bemühen um Programme für mehr Volksgesundheit. Der Befragte spielt mit der Ambiguität, die zwischen den Rationalitäten des moralischen Unternehmers und des Sozialmanagers existiert – und subsumiert den Vorsorgeauftrag unter die Marketingstrategie.

Dabei ist nicht zwingend, dass die Marketingfunktion stets instrumentalistisch und die Versorgungsmanagementstrategie zwangsläufig syntheseorientiert ausfällt. Theoretisch *könnte* es auch umgekehrt sein: Die Arbeit an Versorgungskonzepten und deren Einsatz im Marktwettbewerb mag von anderen Führungskräften konsequenter auf eine Synthese zwischen der wohlfahrtsbürokratischen Ethik und der Sozialmanagementlogik zugeschnitten werden, während das Insistieren auf Qualitätsmaximierung qua Rationalisierung in ein ambiguitätsfreudigeres Versorgungsmanagement münden könnte. Erkennbar wird in jedem Fall ein Spektrum der Verbindung von Identitätshaushalten: Beide Führungskräfte betonen die Bedeutung von Management*methoden*, kombinieren dies jedoch entweder instrumentalistisch oder aber syntheseorientiert mit anderen Identitätsmustern.

Es kann anhand der Fallanalysen natürlich nichts darüber ausgesagt werden, inwieweit diese Prozesse für die gesamte AOK oder gar das Organisationsfeld als ganzes repräsentativ sind. Immerhin entsteht eine erste Vorstellung davon, wie Führungskräfte im Kassenwesen mit den oben dargelegten neuen Herausforderungen umgehen. Weitere aus dem o.g. Forschungszusammenhang hervorgehende Befunde legen nahe, dass das Muster einer kreativen und gleichzeitig widerspruchsvollen Vermittlung pluraler Referenzen für den Organisationswandel der AOK generell richtungsweisend ist (Bode 2004, 128ff; 2005; Bode/Bühren 2004). Zudem weisen andere Untersuchungen auf vergleichbare Handlungsprofile, Rationalisierungslogiken und Reflexionsprozesse im fraglichen Organisationsfeld hin (Oppen 1996; Lenhardt 1999; Niedermeier 2001; Drupp 2002). Insofern dürften in anderen Settings

ähnliche Voraussetzungen für die Bildung von Handlungskonzepten bzw. das damit verbundene Identitätsmanagement bestehen.

4 Fazit

Die vorstehende Analyse illustriert, wie Krankenkassen, oder genauer: einige ihrer mittleren Führungskräfte, die Aufwertung betriebswirtschaftlichen Denkens im Wandel ihrer Organisationen verarbeiten. Es ist dabei zunächst offensichtlich, dass die Akteure dem umweltinduzierten Veränderungsdruck nachgeben: Die Akteure sprechen von Kundenorientierung, Service und Controlling und folgen damit Forderungen nach ‚marktnäheren‘ Steuerungsmechanismen. Das steht für eine Referenzverschiebung: Soziale Sicherheit wird zu einem gemanagten Produkt und die Versicherung von Staatsbürgern zu einem Service bzw. zu einer spezifischen Form der ‚Kundenorientierung‘. Daraus erwächst das Potenzial für ein Führungsdenken, in dem wohlfahrtsbürokratische bzw. moralunternehmerische Identitätsmuster einem Managerialismus untergeordnet werden, der in Bezug auf diese Identitätsmuster subversiv wirkt.

Die Befunde legen aber nahe, dass heute im Kassenwesen nicht einfach nur der ‚Sozialmanager‘ regiert, so wie dieses auch früher nicht umstandslos als Hort von Bürokraten begriffen werden konnte. Vielmehr zeigen sich (weiterhin) moralunternehmerische Impulse – die Managementorientierung ist wie auch die schlichte wohlfahrtsbürokratische Identität nicht erschöpfend sinnstiftend. Was am stärksten auffällt: Die Akteure begeben sich auf die Suche nach geschmeidigen Kombinationen zwischen unterschiedlichen Identitäten. Sie betreiben *konstruktives Identitätsmanagement*. Dies manifestiert sich in Handlungskonzepten, die gleichzeitig Qualität *und* höhere Wirtschaftlichkeit, Sozialauftrag *und* Kundenservice, universelle Präventionsorientierung *und* strategisches Imagehandeln ermöglichen (sollen). Gewiss: Die Instrumentalisierung der nicht-manageriellen Bezüge ist stets im Bereich des Möglichen. Aber zugleich zeigt sich Potenzial für ein Identitätsmanagement, das strategische Synthesen sucht.

Das muss nicht bedeuten, dass diese Synthesen auch gelingen: Die Erfahrung lehrt, dass eine formal bedarfsgerechte Versorgung an durchstandardisierten Kostensteuerungen Schaden nehmen kann; auch wirken die zu Marketing- bzw. Legitimationszwecken eingesetzten, scheinbar universellen Dienstleistungsangebote angesichts des Rationalisierungsdrucks häufig selektiv. Ungeachtet dessen investieren die Akteure beträchtliche Energien in neue Konzepte, und dies ist folgenreich im Hinblick auf das Verhältnis von Organisations- und Systemwandel.

Es gibt im Kassenwesen die Neigung, im Prozess der sinnhaften Rekonstruktion organisationaler Identität eine neue ‚Subjektivität‘ auszubilden und die dominante Umbauagenda kreativ mit vorher eingelebten Identitäten zu verknüpfen. Dieses Identitätsmanagement ist nicht nur ein Hilfsmittel für Praktiker im Umgang mit spannungsgeladenen Zielkonflikten. Mit Blick auf das gesamte Gesundheitssystem kann es auch dazu beitragen, den derzeit im Sozialsektor vorherrschenden Managerialismus wenigstens teilweise aufzubrechen.

Literatur

- Alexander, Andrea, Thomas Rath, Werner Voß (2001): *Krankenkassen im Wandel. Organisationsentwicklung als Herausforderung*. Wiesbaden
- Barnard, Chester (1970): *Die Führung großer Organisationen*. Essen
- Billis, David (1984): *Welfare Bureaucracies. Their Design and Change in Response to Social Problems*. London
- Blutner, Doris, Ursula Holtgrewe, Gabriele Wagner (1999): *Charismatische Momente und Trajekte – Das Projekt als Plattform charismatischer Führung*; in: Georg Schreyögg, Jörg Sydow (Hg.): *Führung – neue gesehen. Managementforschung 9*. Berlin/New York, 199-237
- Bode, Ingo (2003): *Multireferenzialität und Marktorientierung? Krankenkassen als hybride Organisationen im Wandel*; in: *Zeitschrift für Soziologie* 32, 5, 435-453
- Bode, Ingo (2004): *Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien*. Wiesbaden
- Bode, Ingo (2005): *Soziale Innovation als Etikettenschwindel? Re-Organisationsstrategien von Krankenkassen zwischen Wunsch und Wirklichkeit*; in: Jens Aderhold, René John (Hg.): *Innovation: Sozialwissenschaftliche Perspektiven*, Konstanz, 173-190
- Bode, Ingo, Patrick Bühnen (2004): *Mehr als Markt und Bürokratie. Krankenkassen im Bild von Versicherten und Mitarbeitern*; in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2, 1, 2004, 48-57
- Bode, Ingo, Adalbert Evers (2004): *From Institutional Fixation to Entrepreneurial Mobility? The German Third Sector and Its Contemporary Challenges*; in: Adalbert Evers, Jean-Louis Laville (Hg.): *The Third Sector in Europe*. Cheltenham, 101-121
- Boris, Elizabeth T. (1989): *Working in Philanthropic Foundations*; in: Richard Magat (Hg.): *Philanthropic Giving. Studies in Varieties and Goals*. Oxford, 200-218
- Burns, Tom, George M. Stalker (1961): *The Management of Innovation*. London
- Cheney, George (1991): *Rhetoric in an Organizational Society. Managing Multiple Identities*. Columbia
- Clarke, John, Janet Newman (1997): *The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London
- Curtius, Bernd (1999): *Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen. Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile*. München/Mering
- Drupp, Michael (2002): *Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Vom „Gesundheitskurs“ zum „Gesundheitscoaching“*; in: Ulla Walter, Michael Drupp, Friedrich Wilhelm Schwartz (Hg.): *Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim, 24-39
- Du Gay, Paul (2000): *In Praise of Bureaucracy. Weber – Organization – Ethics*. London
- Effinger, Herbert, Detlef Luthé (Hg.) (1993): *Sozialmärkte und Management. Herausforderungen bei der Produktion sozialer Dienstleistungen im intermediären Bereich*. Universität Bremen, Forschungsreihe des Forschungsschwerpunkts: Arbeit und Bildung. Bremen
- Evers, Adalbert, Thomas Olk (1996): *Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs*; in: Adalbert Evers, Thomas Olk (Hg.): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen, 9-60
- Frank, Gerhard, Claus Reiss, Manfred Wolf (1994): *Wenn man die Ideologie weglässt, machen wir alle das gleiche. Das Praxisverständnis leitender Fachkräfte unter Bedingungen des Wandels der freien Wohlfahrtspflege*. Frankfurt
- Franzpötter, Reiner (1997): *Organisationskultur: Begriffsverständnis und Analyse aus interpretativ-soziologischer Sicht*. Baden-Baden
- Giesen, Bernd (1983): *Moralische Unternehmer und öffentliche Diskussion*; in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 35, 2, 230-254

- Gioia, Dennis A. (1998): From Individual to Organizational Identity; in: Whetten, David A, Paul C. Godfrey (Hg.): Identity in Organizations. Building Theory through Conversations. Thousand Oaks, 17-31
- Haenecke, Henrik (2001): Krankenkassen-Marketing. Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren. München/Mering
- Harrach, Eva-Marie von, Thomas Loer, Oliver Schmidtke (2000): Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts. Konstanz
- Hermesen, Thomas (2000): Wohlfahrtsverbände und Sozialmanagement. Differenzierung und Verselbständigung in der sozialen Hilfe. Frankfurt u.a.
- Hollander, Edwin P. (1993): Legitimacy, Power, and Influence: A Perspective on Relational Features of Leadership; in: Martin M. Chemers, Roya Ayman (Hg.): Leadership Theory and Research: Perspectives and Directions. San Diego, 29-47
- Kruse, Udo, Silke Kruse (2003): Gesetzliche Krankenversicherung: Die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Kommerz und Sozialpolitik; in: Sozialer Fortschritt 52, 4, 108-112
- Lakes, Beate (1998): NPO im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Wettbewerb; in: Strachwitz, Rupert Graf (Hg.): Dritter Sektor – Dritte Kraft. Versuch einer Standortbestimmung. Düsseldorf, 447-462
- Lenhardt, Uwe (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Stuttgart, 8. überarbeitete Auflage
- Moyhinan, Donald P., Patricia Wallace Ingraham (2004): Integrative Leadership in the Public Sector: A Model of Performance-Information Use; in: Administration & Society 36, 4, 427-453
- Niedermeier, Renate (2001): Von der Krankheitsverwaltung zur Gesundheitsgestaltung? Organisationale Lernprozesse in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bremerhaven
- Öhlschläger, Rainer, Hans-Martin Brüll (Hg.) (1996): Unternehmen Barmherzigkeit. Baden-Baden
- Oppen, Maria (1996): Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. Berlin, 2. Auflage
- Pankoke, Eckart (1994): Zwischen Enthusiasmus und Dilettantismus, in: Ludgera Vogt, Arnold Zingerle (Hg.): Ehre. Archaische Momente in der Moderne. Frankfurt/Main, 151-171
- Pankoke, Eckart (1995): Subsidiäre Solidarität und freies Engagement: Zur ‚anderen‘ Modernität der Wohlfahrtsverbände; in: Thomas Rauschenbach, Christoph Sachße, Thomas Olk (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Wohlfahrtsverbände und Jugendverbände im Umbruch. Frankfurt/Main, 54-83
- Parker, Martin (2000): Culture, Identity and Organization. Unity and Division of Work. Thousand Oaks
- Popp, Ekhard (2003): Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen; in: Gesundheits- und Sozialpolitik 1, 9/10, 10-17
- Pratt, Michael G. (1998): To be or Not to Be? Central Questions in Organizational Identifications; in: David A. Whetten, Paul C. Godfrey (Hg.): Identity in Organizations. Building Theory Through Conversations. Thousand Oaks, 171-207
- Sachße, Christoph, Florian Tennstedt (1980): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg. Stuttgart
- Schimanke, Dieter (1997): Selbstverwaltung außerhalb der Kommunalverwaltung, insbesondere: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung; in: Klaus König, Heinrich Siedentopf (Hg.): Öffentliche Verwaltung in Deutschland. Baden-Baden, 257-268
- Scott, Richard W., John W. Meyer (1991): The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence; in: Walter W. Powell, Paul J. DiMaggio (Hg.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, 108-140

- Sveningsson, Stefan, Mats Alvesson (2003): Managing Managerial Identities: Organizational Fragmentation, Discourse and Identity Struggle; in: *Human Relations* (56) 10, 1163-1193
- Trube, Achim, Norbert Wohlfahrt (2000): Von der Bürokratie zur Merkatokratie? System- und Steuerungsprobleme eines ökonomisierten Sozialsektors; in: Karl-Heinz Boßenecker, Achim Trube, Norbert Wohlfahrt: *Privatisierung im Sozialsektor*. Münster, 18-38
- Weber, Max (1976): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen
- Weick, Karl E. (1979): *Der Prozess des Organisierens*. Frankfurt/Main
- Wohlrab-Saar, Monika (2003): Objektive Hermeneutik; in: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki, Michael Meuser (Hg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen, 123-128
- Whittington, Richard (1994): Sociological Pluralism, Institutions and Managerial Agency; in: John Hassard, Martin Parker (Hg.): *Towards a New Theory of Organizations*. London, 53-86
- Young, Dennis R. (1986): Entrepreneurship and the Behavior of Non-Profit-Organizations: Elements of a Theory; in: Susan Rose-Ackerman (Hg.): *The Economics of Nonprofit Institutions*. Studies in Structure and Policy. Oxford, 161-184

Anschrift des Verfassers:

Ingo Bode
Privatdozent am Institut für Soziologie,
Universität Duisburg-Essen (Standort Duisburg)
Korrespondenzanschrift:
Kohlenstr. 20a
D-45468 Mülheim
bode@uni-duisburg.de

**Schlagwörter: Arbeitsorganisation/Organisationsentwicklung,
Dienstleistung/Verwaltung, Personen-/Berufsgruppen, Soziologie**