

Rainer Müller (1996): „Der Wandel im Aufgabenverständnis und in der Selbstdeutung von Krankenkassen unter den Bedingungen des Wettbewerbs“. Vortrag beim Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK), 4. IKK-Forum „Das Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Globalsteuerung“, Bonn 22.02.1996

Ein Wandel im Aufgabenverständnis und in der Selbstdeutung von Krankenkassen kann nur im Zusammenhang mit dem Wandel der Gesellschaft und den Annahmen darüber debattiert werden. Einig sind sich seriöse Zeitdiagnosen darin, dass für unsere Gesellschaft solche Widersprüche, Konflikte und Regelungsprobleme bestimmend werden, die weder mit dem liberalen Interpretationsschema "Person versus Staat", noch mit sozial-ökonomischen Kategorien vom Klassenkonflikt zureichend begriffen werden können. Als solche Konfliktfelder seien genannt:

- die Beziehung von uns Menschen zur Natur, eben auch zu unserer eigenen individuellen Natur, d.h. unserem Körper bzw. Leib,
- die Beziehung von uns zu den technischen Apparaten und Systemen,
- die Beziehungen der Individuen zu den sozialen Institutionen und Organisationen,
- Beziehungen der lebenden Generationen zueinander wie zu den künftigen Generationen,
- Beziehungen der Geschlechter zueinander,
- Beziehungen von Ethnien zueinander,
- Beziehungen von Arbeithabenden zu Arbeitslosen, von Armen zu Reichen, von Gesunden zu Kranken, von Jüngeren zu Älteren, von Inländern zu Ausländern, von Singles zur Familie u.a.

Diese Beziehungsprobleme stellen sich nicht nur unter lokalen, sondern eben auch unter globalen Bedingungen.

Keines der Beziehungsprobleme lässt sich allein mit Mitteln des Staates oder des Marktes befriedigend regeln. Notwendig sind und waren institutionelle Arrangements, die zwischen Markt und Staat angesiedelt sind und eine sozialverträgliche Bearbeitung der Problemlagen im Sinne eines zivilgesellschaftlichen Gemeinnsinns möglich machen.

Historisch gesehen haben Institutionen der sozialstaatlichen Sicherung - neben anderen Einrichtungen - diese soziale und politische Funktion bekommen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wurde als Institution zwischen Staat und Markt eingerichtet und wurde in dieser Entwicklung zu einer Kerninstitution der sozialstaatlichen bzw. wohlfahrtsstaatlichen sozialen Sicherung. Als Institution des 3. Sektors erbringt die GKV Dienstleistungen, die weder vom Staat noch vom Markt bewältigt werden können (Oppen 1991).

Auf einen kurzen Nenner gebracht, spricht man davon, dass solche Organisationen wegen Staats- und Marktversagen existieren. Versagen meint, sowohl Aufgaben nicht erfüllen zu wollen, wie auch nicht erfüllen zu können (Seibel 1994).

Als solche Aufgabenstellungen haben sich die existentiellen Krisen und Gefährdungen - eben auch der Gesundheit - der Bürgerinnen und Bürger in einer wettbewerblichen Industriegesellschaft gezeigt. Natürliche bzw. biologische Prozesse wie Krankheit und Alterung und im gewissen Sinne auch Geburten und Kindererziehung werden zu sozialen Risiken, da die persönliche Existenz an die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, also Erwerbstätigkeit für die übergroße Mehrheit der Bevölkerung, gebunden ist.

Die Entwicklung des Sozial- bzw. Wohlfahrtsstaates hat dazu geführt, dass die Sicherung des in der Erwerbsarbeit erreichten ökonomischen Status durch finanzielle Überbrückungen bei krankheits- bzw. altersbedingten Lohnausfällen und Behandlungskosten gewährleistet wurde. Die zweite sozialstaatliche Strategie der sozialen Sicherung zielt auf Verhütung und Behandlung von Gesundheitsschäden. Sie arbeitet nach den Grundprinzipien von sozialer Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist institutioneller Ausdruck für die Einräumung von sozialen Rechten auf der Grundlage von Gleichheit aller Bürgerinnen und Bürger. Mittlerweile sind 90 % der Bevölkerung in ihr versichert. Sie stellt als Institution der sozialen Sicherung damit einen spannungsgeladenen, für die gesellschaftliche Ordnung notwendigen Gegenpol dar zu den wesentlich über marktförmigen Wirtschaftsprozessen erzeugten und reproduzierten Ungleichheiten auch vor Krankheit und Tod.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wirkt in diesem Verständnis und auch faktisch als eine zentrale Einrichtung für die gesellschaftliche Stabilität und soziale Integration in einer wettbewerblichen Industriegesellschaft.

Es stellt sich nun die Frage, welches Selbstverständnis die Krankenkassen als Organisation bzw. die einzelnen individuellen Akteure in den Kassen an ihren jeweiligen Positionen, bezogen auf die angesprochenen gesellschaftspolitischen Funktionen, entwickelt haben.

Welche systematischen Anstrengungen hat die Gesetzliche Krankenkasse als Gesamtsystem oder in ihren Subsystemen unternommen, um sich ein Bild von den gesellschaftlichen Problemlagen zu machen, mit denen sie konfrontiert ist? Wurden zur analytischen Durchdringung und zur Entwicklung von Handlungsstrategien entsprechende Kompetenzen etabliert? Welche organisatorischen und qualifikatorischen Maßnahmen wurden ergriffen, um dem Modernisierungszwang bzw. dem Reformbedarf gerecht zu werden? Organisationssoziologisch spricht man in diesem Zusammenhang von lernenden Organisationen, von der Selbstreferentialität dynamischer Systeme. Allerdings hat sich die Organisationssoziologie mit der GKV kaum befasst. Eine Fülle von Studien über Betriebe und über den staatlichen Bereich liegen vor. Man muss nun den Eindruck gewinnen, dass Schlussfolgerungen aus derartigen Analysen gerade über privatwirtschaftliche Unternehmen fast bedenkenlos auf die Gesetzliche Krankenversicherung übertragen werden, ohne zu fragen, ob nicht in den sozialstaatlichen Institutionen und erst recht in der GKV sich eigenständig Traditionen in Sicht- und Handlungsweisen entwickelt haben, die nicht einfach einer Industriebetrieblichen Rationalität unterworfen werden können (Niedermeier 1996).

Wie lernen nun Organisationen?

Organisationen lernen,

- indem sie ihre Ziele, ihr Wahrnehmungs- und Problemlöseverhalten aufgrund gemachter Erfahrungen an Umweltbedingungen anpassen,
- indem von allen Mitgliedern geteilte Grundannahmen neu entwickelt oder verändert werden
- indem kontinuierlich das Wissen über Zusammenhänge zwischen Aktion, also Handeln, und Outcome, also Wirkungen, verbreitet und kommuniziert wird.

Stellen in diesem Verständnis Krankenversicherungen lernende Organisationen dar?

Welchen Pfad der Modernisierung schlägt die Gesetzliche Krankenversicherung ein? Wird sie den Weg von einer sozialstaatlichen bzw. wohlfahrtsbürokratischen Einrichtung zu einer wohlfahrtsbürgerlichen, also zu einer Institution der civil society, einer Zivilgesellschaft gehen wollen bzw. gehen können? (Marshall 1992)

Entwickelt sich die Krankenkasse von einer Organisation der Krankheitsverwaltung zu einer Institution der Gesundheitsgestaltung? So lautet doch das von den Kassen selbst formulierte Leitbild.

Man muss sich fragen, ob sich in den aktuellen Wandlungsprozessen der Kassen ein verändertes Selbst- und Funktionsverständnis widerspiegelt, das mehr ist als eine Reaktion auf die durch die Reformgesetze angestoßenen Wettbewerbszwänge. Es ist zu erörtern, ob die Veränderungen nicht nur gesundheitsökonomisch mit dem Hauptziel der Beitragsstabilität begründet sind. Zielt man allein auf Organisationserhalt mit dem Hauptziel Mitgliederbestands- und Rationalisierung oder hat man verbesserte Effizienz medizinischer Versorgung und Bedürfnis- bzw. Bedarfsgerechtigkeit gegenüber den Versicherten im Auge. Werden gewandelte gesundheitsbezogene Ansprüche der Bevölkerung berücksichtigt?

Es lässt sich feststellen, dass Risikostrukturausgleich, Wahlfreiheit und Wettbewerb in nahezu allen Kassen einen Modernisierungs- und Rationalisierungsschub in Gang gesetzt haben. Es ist zu neuen Dienstleistungskonzepten, zu Marketingstrategien, zu einer Reorganisation interner und regionaler wie überregionaler Arbeitsteilungen gekommen.

Dies bedeutet einen erheblichen Wandel im Verhältnis zu den Versicherten und Bürgern. Kassen treten gegenüber einer viel größeren Zahl von Mitgliedern als bislang aktiv in Erscheinung. Sie haben ihr Leistungsangebot, insbesondere im Bereich der Informationen und der Beratung, erweitert. Sie geben vor, sich an Normen und Erwartungen zu orientieren, die bislang üblicherweise von Bürgern an Unternehmen des Dienstleistungssektors wie Banken und Versicherungen gerichtet waren.

Manche Krankenkassen greifen gesellschaftliche Entwicklungen mit gesundheitspolitischen Implikationen auf und überschreiten dadurch rein ökonomische Fragestellungen, wenn sie sich z.B. mit der Hegemonie der naturwissenschaftlich kurativ orientierten Medizin auseinandersetzen und einen gesundheitspolitischen Paradigmawechsel einklagen.

Allerdings sind Zweifel anzubringen, ob die Krankenversicherung Fehlallokationen im Gesundheitsversorgungssystem nicht doch nur in ökonomischer Perspektive problematisieren und nicht generell das System medizinischer Versorgung mit Rekurs auf Kriterien wie Qualitätssicherung und Patientenansprüche durch strukturelle Innovationen mitgestalten wollen. Man muss fragen, ob nicht nur einzelne Kassen, sondern generell das System der Gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt willens und in der Lage ist, die strukturellen Defizite der Medizin, die Inadäquatheit und Fehlerhaftigkeit, kurz gesagt, die Iatrogenese der Medizin zum Thema zu machen. Diese Zweifel kommen auf, wenn man beispielsweise den Bereich "Arzneimittel" betrachtet.

Am Beispiel der Arzneimittel lassen sich nämlich Innovationen, aber auch Blockaden und Widersprüche im Selbstverständnis wie im Handeln von Krankenkassen beschreiben. Dieses Beispiel zeigt, dass die Handlungsspielräume der Kassen zwar relativ eingeschränkt sind, da für die Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen nach wie vor Medizin und die Ärzteschaft dominierend ist; dennoch haben Krankenkassen, ihre Verbände und das Gesamtsystem rechtlich und vom Wissen her die Möglichkeit und die Verpflichtung, mit viel stärkerer Artikulation und Handlungskompetenz als bislang aufzutreten.

Ich erinnere nur an den § 70 SGB V "Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung" und den Arzneiverordnungsreport. Erkenntnisse des Arzneiverordnungsreports, der nun seit 10 Jahren jährlich in gemeinsamer Trägerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände erarbeitet wird, harrt der Konsequenz der Umsetzung. Wenn nach 10 Jahren der Existenz des Arzneiverordnungsreports immer noch 22 % der Umsätze bzw. 27 % der Verordnungen - und dies machte 1993 6,6 Milliarden DM aus (Schwabe, Paffrath 1994) - als umstrittene Arzneimittel von Fachleuten angesehen werden, dann muss dies als eine empirisch begründete Aussage von Sozialwissenschaftlern angesehen werden, die sagen, dass Institutionen im 3. Sektor zwischen Markt und Staat, also hier die Gesetzliche Krankenversicherung, "erfolgreich scheiternde Organisationen" sind und ihnen ein "funktionaler Dilettantismus" (Seibel 1994) unterstellt werden kann.

Wir müssen uns fragen, ob diese Deutung richtig ist und ob dies politisch auch so gewollt ist. Was sind eigentlich im Selbstverständnis und in der Handlungsorientierung die Barrieren, daß es zu keinem rationalen Umgang im Sinne der Pharmakologie und auch der Ökonomie mit umstrittenen Arzneimittelgruppen gibt?

Mangelnde Legitimität seitens der Versicherten ist es jedenfalls nicht, die die Kassen daran hindert, hier konsequent die Erkenntnisse über umstrittene Arzneimittel im Sinne von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in konkreten Schritten praktisch werden zu lassen.

In einer eigenen Umfrage im Herbst 1995 unter Versicherten der Studie "Prävention, Rehabilitation und Kassenpolitik - Institutionelle Regulierung im Wandel?" unseres DFG-Sonderforschungsbereichs "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf" an der Universität Bremen wurde deutlich, dass es durchaus eine hohe Sensibilität gegenüber dem Bereich Arzneimittelversorgung gibt. Die Bevölkerung ist für eine Positivliste. Etwa zwei Drittel der Befragten äußern sich zustimmend. Die Versicherten haben durchaus konkrete Erwartungen gegenüber den Gesetzlichen Krankenversicherungen, in dem hoch interessenbesetz-

ten und vermarkteten Gebiet Arzneimittelbereich medizinische und ökonomische Rationalität einzuklagen und auch durchzusetzen. Politik allgemein wie auch Kassen im speziellen, sind hoch legitimiert durch die Überzeugung der Bevölkerung, dass umstrittene Arzneimittelgruppen nicht verordnet und damit auch nicht von Kassen bezahlt werden sollten.

Wie gesagt, hat in den letzten Jahren ein hohes Maß an Aktivität seitens der Krankenkassen stattgefunden. Hierfür steht die Vielzahl gesundheitspolitischer Programmatiken, ebenso eine große Zahl von realisierten oder zur Diskussion gestellten Forschungs- und Modellvorhaben, Erprobungsregelungen und anderes mehr.

Angesichts der selbst gestellten gesundheitsgestalterischen Ansprüche und auch bereits praktizierter innovativer Einzelprozesse sind die Krankenversicherungen gehalten, einen modernen Typ von Wissensorganisation zu entfalten. Bislang waren sie über Jahrzehnte im wesentlichen Beitragsabwickler, d.h. sie haben administrative und überwiegend einzel-fallbezogene Kostenkontrollen durchgeführt und waren weitgehend unbehelligt von Rationalisierungs- und Sparzwängen. Ihre organisationsinternen Qualifizierungsprozesse waren überwiegend verwaltungsrechtlicher und ökonomischer Art. Nun wird jedoch ein inhaltlich davon abweichendes Wissen und Können verlangt. Zu fragen ist, mit welchen Lern- und Lehrkonzepten und mit welchen in- und externen Wissensbeständen sowie Forschungs- und Beratungsleistungen versucht wird, die als notwendig erkannten organisationsbezogenen Modernisierungs- und Rationalisierungsprozesse zu realisieren. Bei manchen innovativen Krankenkassen zeigt sich hier eine deutliche Öffnung in Richtung gesundheitswissenschaftlicher Kompetenz. Eigene Routinedaten und Wissensbestände werden genutzt für Qualitätssicherungsmaßnahmen wie auch für Evaluationsanalysen. Allerdings ist auch hier zu fragen, inwieweit sich in diesem Zusammenhang eigene von industriellen Konzepten abweichende Formen der Wissensbeschaffung entwickeln werden und wie weit Krankenkassen eine Autonomie der Kompetenz erwerben wollen oder ob sie sich auf externe Beratungsinstitutionen verlassen wollen. Welchen Stellenwert sollen die verschiedenen Wissenssysteme und die Disziplinen, wie Human-, Kultur-, Sozialwissenschaften, Medizin und Ökonomie, für den intendierten erfolgreichen Modernisierungsprozess im Selbstverständnis der Kassenakteure haben?

Wir wissen, dass nur das handlungsrelevant ist, was über soziale bewusstmäßige Deutungen, Interpretationen, Annahmen, also über den diskursiven Austausch als relevant angesehen worden ist. Organisatoren lernen, wenn, wie gesagt, die Mitglieder Grundannahmen neu entwickeln und wenn kontinuierlich Wissen über Handeln und Erfolg bzw. Misserfolg aufbereitet und kommuniziert wird. Für den Modernisierungsprozess ist es also notwendig, dass die verantwortlichen Personen ein Selbstverständnis entwickeln, das den genannten Anforderungen gerecht wird.

Welche Muster der Wahrnehmung, Interpretation und Deutung herrschen nun bei den Personen in den Gesetzlichen Krankenversicherungen und bei der Krankenkasse als Organisation vor? Wie werden die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse wahrgenommen und interpretiert und in Handlungskonzepte einer "Krankenkasse des sozialen Fortschritts", so das Thema des IKK-Bundestages 1995, umgesetzt?

Für den gesamten Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich eine Ungleichzeitigkeit der Entwicklung beobachten. Es zeigen sich deutliche organisationskulturelle Differenzen, was Qualität und Quantität der zur Diskussion gestellten, auch schon in Gang gesetzten gesundheitspolitischen Reformkonzepte und -projekte angeht. In eigenen Untersuchungen über Reformverständnisse innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1991 bis 1992 haben wir in dem genannten Forschungszusammenhang verschiedene Muster institutioneller Regulierung von Handlungskonzepten und Sichtweisen aufzeigen können. Wir haben diese verschiedenen Muster in drei Typen zusammengefasst und sie Notgemeinschaft, Wertegemeinschaft und Zweckgemeinschaft genannt (Marstedt, Mergner, Müller 1993 a,b). Interessant ist, daß diese verschiedenen Handlungskonzepte und Selbstverständnisse von Krankenkassen nicht allein erklärbar sind aus ökonomischen Rahmenbedingungen, Mitglieder- oder Risikostrukturen.

Von Notgemeinschaften werden die allgemeinen Handlungsbedingungen der Krankenkassen als Bedrohung wahrgenommen, während Wertegemeinschaften durch Versichertennähe die gesundheitspolitischen Spielräume nutzen und Zweckgemeinschaften in einer etablierten Position gesundheitspolitische Innovationen im eigenen Organisationsinteresse durchführen. Das Organisationsverständnis lässt sich für die Notgemeinschaft als sozialbürokratisch charakterisieren. Die Kassen, die wir als Wertegemeinschaften klassifizieren, betonen die Dienstleistungsqualität und ihren Erfolg, während Zweckgemeinschaften zentralistische Großorganisationen darstellen. Das Aufgabenverständnis von Notgemeinschaften bezieht sich auf Bedürftigkeit, während Wertegemeinschaften Solidität und Gemeinsinn herausstellen und eine Optimierung von Bedarfsbefriedigung zum Ziele haben. Zweckgemeinschaften verstehen sich eher als Einrichtungen mit Kundenservice unter Wettbewerbsbedingungen. Von Kassen, nach dem Typ der Notgemeinschaft, werden Versicherte eher unter dem Verdacht von Missbrauch betrachtet, von Kassen im Sinne der Wertegemeinschaft werden Versicherte als Mitglieder einer wertkonservativen Mittelschicht angesehen. Zweckgemeinschaften dagegen nehmen den Versicherten als kalkulierende Individuen mit demokratischen Ansprüchen wahr.

Nach unseren Erkenntnissen, gibt es zwischen Kassen und Kassenarten deutliche Differenzen, was die Anzahl, Zielsetzung und gesundheitswissenschaftliche Fundierung von Veränderungskonzepten betrifft. Es ist zu fragen, inwieweit bei jenen Kassen, die sich durch einen Verzicht auf gesundheitspolitische Akzentsetzungen und Projekte auszeichnen, dieses Handeln seine Ursachen in unerkannten informationellen und qualifikatorischen Defiziten hat oder aber eine strategische Vermeidung von Einmischung und Interessenskollisionen, insbesondere mit ärztlichen Standsvertretungen, bedeutet. Zum zweiten bleibt zu fragen, aufgrund welcher Rahmenbedingungen insbesondere organisationskulturelle Besonderheiten, Traditionen oder auch Wettbewerbssituationen und Personalselektion sowie Personalqualifikation, vorgefundene empirische Differenzen des gesundheitspolitischen Aktionsprofils erklärt werden können.

Die Zurückhaltung großer Krankenkassen gegenüber den Modernisierungsnotwendigkeiten steht im deutlichen Widerspruch zu den Erwartungen und Meinungen und Forderungen von Versicherten. In unserer Befragung haben wir herausgefunden, dass den Krankenkassen entgegen weit verbreiteten Vorurteilen, auch bei einigen Kassenakteuren selbst, eine sehr hohe Informations- und Beratungskompetenz zuerkannt wird. Ebenso wird den Kassen auch

eine Kontrollfunktion zugewiesen, um nicht nur im ökonomischen Sinne Defiziten im System medizinischer Versorgung entgegenzuwirken. Jeweils mehr als 3/4 der Versicherten meint, dass speziell die Krankenkassen mehr Aktivität entfalten, sich stärker als bislang engagieren sollten in folgenden Bereichen:

- informieren, welchen Nutzen neue Behandlungsmethoden, Außenseitermethoden haben
- überprüfen, ob Ärzte nicht unnötige oder teure Untersuchungen durchführen
- kontrollieren, ob Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten
- prüfen ob Behandlungsmethoden von Ärzten oder Krankenhäusern auch auf dem neuesten medizinischen Stand sind
- Preise und Verkaufsstrategien der Pharmaindustrie stärker kontrollieren
- informieren, ob Medikamente einen nachweisbaren Nutzen haben und unbedenklich sind
- den Abbau von Gesundheitsrisiken in Betrieben vorantreiben
- Versicherte über eine gesunde Lebensweise aufklären
- auf mehr Sparsamkeit im Medizinsystem achten.

Unsere Umfrage unter Versicherten hat gezeigt, dass es ein hohes Vertrauen in das System der sozialen Sicherung und in die gesetzlichen Krankenversicherungen gibt. Der Sozialabbau oder -umbau kann schlechterdings nicht verordnet werden, wenn eine Wirtschaftlichkeitsreserve von 6,6 Milliarden DM allein bei den Arzneimitteln im System der gesetzlichen Krankenversicherung vorhanden ist. Vertrauen in den Rechts- und Sozialstaat, Glaubwürdigkeit der Verantwortlichen sollten nicht durch derartig offenkundige, von den Bürgern und Bürgerinnen nicht nachvollziehbare Widersprüche bedenkenlos aufs Spiel gesetzt werden.

Ebenso die repräsentative Umfrage des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen bei 1.219 deutschen Staatsbürgern in Nordrhein-Westfalen im Alter zwischen 18 und 74 Jahren im April bis Mai 1995 belegt das hohe Vertrauen der Bevölkerung in das System der sozialen Sicherung und in die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch deren Leistungsfähigkeit (MAGS 1995).

Nutzen wir das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in unsere wohlfahrtsstaatliche Institution "Gesetzliche Krankenkasse".

Literatur

Marshall, Th. H.: Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt/New York 1992

Marstedt, G., Mergner, U., Müller, R. (1993a): Medizinische Rehabilitation innerhalb der GKV: Gesundheitspolitische Zielsetzung, funktionelles und organisatorisches Selbstverständnis in Krankenkassen. In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 4, S. 219-244

Marstedt, G., Mergner, U., Müller, R. (1993b): Normative Annahmen institutioneller Akteure bei der Regulierung prekärer gesundheitlicher Lebenslagen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Arbeits- und Ergebnisbericht des Teilprojektes C 1 im SFB 186 "Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Institutionelle Steuerung und individuelle

Handlungsstrategien", Arbeits- und Ergebnisbericht Juli 1991 bis Juli 1993, Bremen, S. 191-222

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): GKV 2000. Einstellungen zu Reformplänen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf, Juli 1995

Niedermeier, R.: Von der "Krankheitsverwaltung" zur "Gesundheitsgestaltung"? Zur Bedeutung sozial- und gesundheitswissenschaftlich qualifizierter Akteure für organisationales Lernen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Bremen 1996

Oppen, M.: Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen, Berlin 1991

Seibel, W.: Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheiternde Organisationen im "3. Sektor" zwischen Markt und Staat, Baden-Baden 1994

Schwabe, U., Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungsreport '94, Stuttgart, Jena 1994

Allgemeine kassenspezifische Verständnis- und Handlungsweisen

Gemeinschaften

Notgemeinschaft

Wertegemeinschaft

Zweckgemeinschaft

Wahrnehmung der Handlungsbedingungen der Kasse

Bedrohung

Versichertennähe

gesundheitspolitische
Innovationen

Organisationsverständnis

sozialbürokratisch

Dienstleistungsqualität

zentralistische Großor-
ganisation

Aufgabenverständnis

Bedürftigkeit

Solidität und Gemeinsinn

Kundenservice unter Wett-
bewerbsbedingungen

Wahrnehmung der Versicherten

Mißbrauch

wertkonservative Mittelschicht

kalkulierende Individuenmit
demokratischen An-
sprüchen

Handlungsorientierungen und -weisen

Restriktivität und
Reaktivität

Solidität und "selektive Moderni-
sierung"

inhaltlich fundierte Moder-
nisierung im Wettbewerb