

Renate Niedermeier, Rainer Müller (2001): Neue Aufgaben der GKV, in A. Alexander, Th. Rath (Hg.): Krankenkassen im Wandel. Organisationsentwicklung in Krankenkassen, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag, S. 65-76

Neue Aufgaben der GKV

2.2.1 Gestaltungsaufgaben und Veränderungsprozesse in der GKV

Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland kann auf eine wechselhafte Geschichte zurückblicken. Von ihren historischen Wurzeln, den Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter gegen krankheitsbedingten Lohnausfall, hat sie sich nach ihrer Errichtung 1883 schnell und weit entfernt. Z.B. wurden sowohl der Kreis der Versicherten wie auch das Leistungsspektrum nach und nach ausgedehnt, die zunehmende Verrechtlichung und Bürokratisierung trugen das ihre dazu bei, dass es der GKV in keiner Etappe ihrer Entwicklung an „neuen“ Aufgaben und daraus folgenden Organisationsveränderungen mangelte.

Heute ist die GKV ein zentraler Bestandteil des sozialen Sicherungssystems in Deutschland und stellt für 90% der Bevölkerung im Krankheitsfall die erforderlichen Leistungen zur Verfügung. Ihre Kernaufgabe liegt in der Finanzierung dieser Leistungen, die in hohem Maße gesetzlich festgelegt sind und in einem stark segmentierten und teils privatwirtschaftlich organisierten medizinischen Versorgungssystem erbracht werden¹. Doch daneben nimmt die GKV – und zwar in den letzten 30 Jahren mit zunehmender Tendenz – Aufgaben wahr, die über die Verwaltung des Leistungsgeschehens deutlich hinausgehen und durchaus gesundheitspolitische Gestaltungspotenziale beinhalten.

Zu diesen Gestaltungsaufgaben gehören etwa die Handlungsfelder Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung, um die die GKV-Leistungen ab den siebziger Jahren sukzessive erweitert wurden, oder auch die Modelle zur Reorganisation und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, die seit Mitte der neunziger Jahre insbesondere von den Kassenverbänden entwickelt werden. Solchen Gestaltungsaufgaben kommt zwar bis heute - gemessen an ihrem finanziellen Umfang - eine lediglich randständige Bedeutung zu, doch in zweierlei Hinsicht sind sie eine genauere Betrachtung wert: Zum einen stehen diese Aufgaben originär für den *sozialen* Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung, etwa indem Ansätze der Gesundheitsförderung der Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit verpflichtet sind oder Modelle zur integrierten Versorgung chronisch Kranker die Entwicklung bedarfsgerechter und qualitätsgesicherter Versorgungsstrukturen befördern sollen. Zum anderen ist die Implementation solcher neuen Aufgaben in die GKV, gerade weil

¹ Dies war nicht immer so: In den Anfängen der GKV standen Lohnersatzleistungen im Vordergrund, später wurden durchaus auch medizinische Leistungen in kasseneigenen Ambulatorien erbracht und im häufig schon vergessenen Gesundheitssystem der DDR war die Versorgung staatlich integriert; vgl. Braun/Müller (1993).

sie über das routinisierte Verwaltungshandeln hinausweisen, mit erheblichen strukturellen und personellen Herausforderungen an die Krankenkassen und ihre Verbände verbunden, die weitreichende Veränderungen im traditionellen institutionellen Selbst- und Funktionsverständnis als „Kostenträger“ des Gesundheitswesens mit sich bringen.

Insbesondere der zweite Aspekt stand im Fokus unseres Forschungsprojektes, aus dessen Kontext wir zum Thema Organisationsentwicklung in Krankenkassen beitragen können. Im Teilprojekt C1 "Institutionelle Regulierung im Wandel" des Sonderforschungsbereichs „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ an der Universität Bremen wurden in den Jahren 1991-2001 durchgängig Formen institutioneller Regulierung gesundheitlicher Risikolagen in Organisationen der GKV untersucht. In den unterschiedlichen Projektphasen standen die Handlungsfelder Rehabilitation, Gesundheitsförderung, Information und Beratung von Versicherten und schließlich die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch GKV-Modellvorhaben im Mittelpunkt.²

Am Beispiel der Gesundheitsförderung, die zwischen 1989 und 1996 als Krankenkassenleistung etabliert wurde, lassen sich einige Veränderungen des institutionellen Selbst- und Funktionsverständnis innerhalb der GKV kurz (und betont plakativ) skizzieren: Während traditionelles Kassenhandeln weitgehend im Reagieren auf Leistungsanträge bestand, erforderte Gesundheitsförderung die Entwicklung eines eigenen Leistungsangebots, das aktiv an die Versicherten herangetragen werden musste. Die Versicherten konnten nicht mehr nur als „Antragsteller“ und „Leistungsempfänger“ wahrgenommen werden, sondern wurden in einer neuen, an gesundheitlichen Bedarfen und Problemlagen orientierten Perspektive betrachtet, die schließlich durch die Einführung von Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb starke Impulse in Richtung Dienstleistungs- und Kundenorientierung erfuhr. Diese „neue Dienstleistungskultur“ fand besonders deutlichen Ausdruck in der Außendarstellung vieler Kassen: Innenarchitektur und Öffnungszeiten orientierten sich mehr an Banken als an Behörden, erweiterte Serviceangebote und neue Medien, z.B. telefonische Hotlines oder Internetseiten, wurden zunehmend zur Selbstverständlichkeit³.

Gesundheitsförderung stellte auch in vieler Hinsicht neue Anforderungen an die Qualifikationen und Kompetenzen der Krankenkassenbeschäftigten: Von der Information und Beratung der Versicherten in Gesundheitsfragen über die

² In den verschiedenen Forschungsphasen wurde jeweils der Frage nach den spezifischen institutionellen Regulationsmustern für gesundheitliche Risikolagen nachgegangen. Darüber hinaus wurde nach dem funktionalen Selbstverständnis sowie nach dem Wandel bzw. Beharrungsvermögen der Institution GKV gefragt. Die zugrundeliegenden Forschungsmethoden waren über die drei Phasen hinweg Experteninterviews sowie Dokumentenanalysen. Vgl. zusammenfassend Marstedt/Niedermeier (2000).

³ Vgl. Marstedt (1999) S. 34 f.

Analyse von Krankenkassendaten mit dem Ziel einer Gesundheitsberichterstattung bis hin zur Entwicklung von zielgruppenspezifischen Präventionsprogrammen entstanden fachliche Anforderungen, die vom typischen Kassenpersonal kaum zu leisten waren. Der in Kassen bis heute vorherrschende Ausbildungsberuf des „Sozialversicherungsfachangestellten“ wurde in einiger Hinsicht erneuert und erweitert⁴ und das bestehende Personal ergänzt um die Einstellung akademisch qualifizierter Fachkräfte, die z.T. neue Organisationseinheiten – Referate oder Stabstellen für Gesundheitsförderung - bildeten⁵.

Die beschriebenen Veränderungsprozesse haben wir – bei aller Kritik an den tatsächlichen Ergebnissen der Kassenaktivitäten für die Gesundheit der Versicherten⁶ - als erstes Aufkeimen eines veränderten Funktions- und Selbstverständnisses innerhalb der GKV interpretiert, das mit dem Leitbild einer „Finanzverwaltung für das Medizinsystem“ nur noch schwer in Einklang zu bringen war. Doch die Realisierung solcher erheblichen strukturellen und personalen Innovationserfordernisse verlief keinesfalls bruchlos oder gar gleichmäßig in allen Kassen, sondern stark geprägt durch zeitliche und organisationsabhängige Ungleichzeitigkeiten. Während der Kern der Dienstleistungserstellung in den meisten Krankenkassen den traditionellen bürokratischen Leitbildern einer „Krankheitsverwaltung“ verhaftet blieb, erhielten neue kundenorientierte Aufgaben und Positionen allenfalls als Marketing und Öffentlichkeitsarbeit eine gewisse Bedeutung. Gesundheitsförderung im „eigentlichen“ Sinne in Anlehnung an die Postulate der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation blieb dagegen randständig und „exotisch“. Nur in wenigen Kassen und Verbänden konnte Gesundheitsförderung eine Bedeutung jenseits der reinen Marktorientierung gewinnen. Solche an den gesundheitlichen Bedarfen orientierte oder auch „klientenzentrierte“ Dienstleistungskonzepte basierten auf einem vorwiegend verbandlich entwickelten umfassenden organisationskulturellen Wandel, der allerdings bei „nicht mehr als einer Hand voll Kassen“ erreicht worden war⁷.

⁴ Vgl. Siemon (1994).

⁵ Vgl. Mahltig et. al. (1995).

⁶ Vgl. z.B. Kirschner et. al. (1995) S. 34ff. Insbesondere lässt sich die mangelnde Bedarfsorientierung und Evaluierung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen kritisieren; überwiegend dominierten werbewirksame Aktivitäten und nachfrageorientierte Angebote vor zielgerichteten Interventionen. Positive Ausnahmen stellten u.a. eine Reihe von Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung dar; vgl. z.B. Lenhardt (1999).

⁷ So auch die Befunde einer Untersuchung des Wissenschaftszentrums Berlin zur Gestalt und Qualität der Dienstleistungsorientierung in der Sozialversicherung; vgl. Oppen (1993) S. 34 f., Oppen (1995) S. 79 ff.

2.2.2 Neue Konzepte für die ambulante Versorgung und organisationale Lernprozesse

2.2.2.1 Rahmenbedingungen und Inhalte, Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte

Seit Mitte der 90er Jahre verfolgen einige Verbände, aber auch einzelne Krankenkassen unterschiedliche Handlungsstrategien, spezielle gesundheitliche Versorgungsangebote für ihre Versicherten zu entwickeln und bereitzustellen. Im Unterschied zum Bereich der Gesundheitsförderung, in dem Krankenkassen eigenständige Leistungen außerhalb des Medizinsystems erbringen konnten, zielen diese neuen Konzepte auf das segmentierte medizinische Versorgungssystem selbst, auf seine vielfachen Bruch- und Schnittstellen, auf daraus resultierende Qualitätsmängel und schließlich auf das ärztliche Handeln in diesem System. Ebenfalls im Unterschied zur Gesundheitsförderung, die sich – auch aus Gründen der Risikoselektion - vorwiegend an noch gesunde, junge und aktive Versicherte richtete, kommen mit neuen Konzepten für die ambulante Versorgung vor allem Kranke, insbesondere chronisch Kranke in den Blick.

Diese in der skizzierten Hinsicht „neuen“ Konzepte der GKV, ihre gesundheitspolitischen Chancen und Risiken sowie die mit ihnen verbundenen strukturellen und personellen Veränderungen auf der Organisationsebene standen im Zentrum der zurückliegenden Forschungsphase unseres Sfb-Projektes und einer auf denselben empirischen Erhebungen basierenden Qualifikationsarbeit, deren Ergebnisse hier in ausgewählten Aspekten und sehr pointiert darzustellen sind⁸. Gesundheitspolitische und organisatorische Veränderungen wurden hier als „organisationale Lernprozesse“ konzipiert – eine Metapher, die sowohl für den Prozess als auch für das Ergebnis von Kompetenzerweiterungen in Organisationen steht. Neue Kompetenzen in Organisationen ermöglichen andere Wahrnehmungen über die Organisation und ihre Umwelt, sie erweitern ihre Problemlösekapazität und führen zu einem veränderten Handeln der Organisation als sozialem Akteur⁹.

⁸ Vgl. ausführlich Niedermeier (2001).

⁹ Diese knappe, an die empirische Untersuchung privater Versicherungsunternehmen von Rudolph/Schüttpelz (1999) angelehnte Definition von Organisationslernen muss an dieser Stelle eine ausführliche Darstellung der zugrundeliegenden organisationstheoretischen Konzepte ersetzen (vgl. hierzu z.B. Wiesenthal 1995, Wiegand 1996), die als Heuristik für die qualitativ empirische Untersuchung von Veränderungsprozessen in Organisationen der GKV dienten.

Anhand von Dokumentenanalysen und Experteninterviews mit Repräsentanten insbesondere der Verbände und Hauptverwaltungen der Krankenkassen¹⁰ wurden zum Untersuchungszeitpunkt 1997/98 eine beachtliche Anzahl und Vielfalt von neuartigen Handlungsstrategien in der GKV identifiziert, die auf eine Optimierung und Ausweitung der ambulanten Versorgung zu Lasten des kostenträchtigen stationären Sektors zielen. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz hatte der Gesetzgeber 1997 hierfür nachträglich eine rechtliche Grundlage geschaffen: Durch Strukturverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie durch erweiterte Möglichkeiten für zeitlich befristeten Modellvorhaben erhielten Krankenkassen und Vertragsärzteschaft weitreichende Möglichkeiten, die ambulante Versorgungslandschaft nach Maßgabe von Qualität und Wirtschaftlichkeit weiterzuentwickeln.

Der inhaltliche Schwerpunkt der empirisch vorgefundenen Modelle lag dabei auf Vorhaben, in denen neue Strukturen der Leistungserbringung etwa in Form von Praxisnetzen und Versorgungsprozessketten im Sinne von „Managed Care“ entwickelt wurden. Daneben wurden in Modellversuchen neue Leistungen, v.a. aus dem Bereich der alternativen Medizin, erprobt sowie vereinzelt Projekte zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung durchgeführt¹¹.

Zwar lassen sich die beobachteten Konzepte und Aktivitäten der Krankenkassen generell als Hinweis darauf werten, dass die GKV sich nicht mehr auf die Rolle des Verwalters von Krankheitskosten beschränkt, sondern den Anspruch erhebt, Inhalte, Qualität und Strukturen der Versorgung mitzugestalten. Doch in den Experteninterviews wurde auch deutlich, dass neue Versorgungskonzepte nicht nur Chancen, sondern auch eine Reihe gesundheitspolitischer Risiken beinhalten:

- Einerseits werden höhere Integration und Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung durch die Kooperation und Vernetzung von Leistungserbringern angestrebt, andererseits steht dem eine tendenzielle Desintegration und Intransparenz gegenüber, da die verschiedenen Kassen bzw. Kassenarten jeweils „eigene“ Modelle entwickeln und dabei weitgehend isoliert und gerade nicht kooperativ vorgehen.
- Zwar erwarten die Kassen eine höhere Effektivität und Rationalität der Versorgung durch qualitätssichernde Maßnahmen, insbesondere durch die Etablierung einer „Evidence Based Medicine“, doch scheint dies eng mit einer tendenziellen Bürokratisierung und De-Individualisierung der Medizin

¹⁰ Zwischen September 1997 und Februar 1998 wurden insgesamt 16 hochrangige Experten aller Kassenarten befragt. Darunter waren Entscheidungsträger und Programmierer aller Bundesverbände, von Hauptverwaltungen bundesweiter und regionaler Ersatzkassen sowie von Landesverbänden und Einzelkassen.

¹¹ Eine ausführliche Darstellung der Konzepte und Modelle findet sich bei Niedermeier (2001).

durch überzogene Standardisierungsvorstellungen und daraus für die Versicherten folgenden Nachteilen verbunden zu sein¹².

- Die mögliche Humanisierung gesundheitlicher Versorgung durch rationale und qualitätsgesicherte Leistungen wird überlagert durch die ebenfalls in den neuen Versorgungskonzepten zum Ausdruck kommende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, in der kurzfristige betriebswirtschaftliche Erwägungen (z.B. Budgetvorgaben, risikoselektive Angebotsstrategien) der einzelnen Kassen den Blick auf soziale und volkswirtschaftliche Belange verstellen und damit bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verschärfen.¹³

Die Krankenkassen nutzen zunehmend ihre begrenzten Ermessens- und Gestaltungsspielräume - so ein zentrales Ergebnis der Untersuchung - dabei scheinen sie jedoch eine gewisse Gratwanderung zu betreiben zwischen bürokratischen Traditionen einerseits und auf Kostensenkung reduzierten Managementstrategien andererseits.

2.2.2.2 Auslöser und Reichweite von Lernprozessen im Kontext neuer Versorgungskonzepte

Um die organisationalen Hintergründe und Ergebnisse dieser Gratwanderung näher zu untersuchen, wurden die Interviewpartner danach befragt, wie sie die in der Organisationsumwelt liegenden Bedingungen und die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Entwicklung neuer gesundheitsgestaltender Versorgungskonzepte beurteilen.

Als zentrale Aspekte der Umweltwahrnehmung durch Krankenkassen wurden in den Interviews übereinstimmend die bedrohliche ökonomische Situation der GKV sowie die verschärften Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen genannt. Die anhaltenden Finanzierungsprobleme, weniger durch steigende Ausgaben denn durch sinkende Beitragseinnahmen verursacht, der hohe politische Stellenwert der Beitragssatzstabilität, die politischen Debatten über die finanzielle Tragfähigkeit einer sozialen Krankenversicherung sowie der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz initiierte Wettbewerb der Kassen um Versicherte sind in den Wahrnehmungen der Experten eng miteinander verknüpfte Veränderungen der GKV-Umwelt, die zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte führen und somit als Auslöser entsprechender Lernprozesse

¹² Vgl. Borgers (1998).

¹³ Vgl. Blanke/Kania (1996).

betrachtet werden können. Andere Umweltwahrnehmungen wie etwa die Qualitätsdefizite in der gesundheitlichen Versorgung, die angesichts sozialstruktureller Entwicklungen veränderten gesundheitlichen Bedarfe oder die gewandelten Ansprüche der Versicherten an medizinische Versorgung haben sich nicht als bedeutungsvoll für das Auslösen von Lernprozessen herausgestellt, sondern vielmehr als entscheidend dafür, wie neue Versorgungskonzepte konkret ausgestaltet werden und welche Reichweite damit einhergehende organisationale Lernprozesse letztendlich aufweisen.

Anhand der unterschiedlichen Selbstbilder der Krankenkassen, wie sie in den vorherrschenden Deutungs- und Argumentationsmustern der Experten zum Ausdruck kamen, ließen sich organisationale Lernprozesse unterschiedlicher Reichweite identifizieren. Als bestimmend wurden dabei die Selbstwahrnehmungen der GKV gegenüber dem Medizinsystem auf der einen und gegenüber den Versicherten auf der anderen Seite betrachtet.

Die Selbstbilder der Krankenkassen gegenüber dem Medizinsystem basieren insgesamt auf einer kritischen Haltung gegen die traditionelle Vorherrschaft von Medizin und Ärzteschaft im Gesundheitswesen. In Bezug auf den formulierten Autonomie- und Gestaltungsanspruchs lassen sich recht unterschiedliche Typen von Selbstbildern differenzieren. Ein Teil der Experten sieht die GKV im wesentlichen als Kostenträger des Gesundheitssystems. Ihre Stärken liegen in der Verwaltung des Leistungsgeschehens, während die Dominanz der Ärzteschaft in allen Fragen der gesundheitlichen Versorgung zwar kritisiert, letztlich aber akzeptiert wird. Ein zweites Selbstbild betont die Rolle der Krankenkassen als kompetenten Partner der Ärzte, der nicht mehr nur über Mengen und Preise verhandelt, sondern sich auch die gesundheitswissenschaftliche und medizinische Kompetenz verschafft, um über Inhalte und Qualität von Leistungen mitreden zu können. Ein drittes Selbstverständnis begreift die Kassen als einen Akteur im Gesundheitswesen, der sich insbesondere durch Managementkompetenzen auszeichnet und auf Struktur und Arrangement von Leistungen Einfluss nehmen kann – notfalls auch in Konflikt mit der Ärzteschaft. Es koexistieren also gegenüber dem Medizinsystem eine defensive Selbstwahrnehmung als „Spielball“ mächtiger Interessengruppen, eine deutlich selbstbewusstere Wahrnehmung als kompetenter „Mitspieler“ in Qualitätsfragen sowie ein offensives Selbstbild als potentieller „Spielgestalter“ im Gesundheitswesen.

Zwar nicht parallel, aber doch in einer vergleichbaren Weise können die Selbstbilder der GKV gegenüber den Versicherten unterschieden werden: Eng mit den veränderten Rahmenbedingungen des Kassenhandelns verbunden und in allen untersuchten Organisationen präsent ist die Wahrnehmung der GKV als Dienstleistungsunternehmen und der Versicherten als Kunden. Über

dieses gemeinsame Verständnis hinausgehend begreift ein zweiter Teil der befragten Experten die GKV als Interessenvertreter der Versicherten. Dies schließt die Dienstleistungs- und Kundenperspektive durchaus ein, die Aspekte der Interessenvertretung und des Verbraucherschutzes für das eigene Klientel insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität treten aber in den Vordergrund. Das in einem weiteren Teil der Kassen vorgefundene Selbstbild als Versorgungsmanager ergänzt wiederum die Aspekte von Dienstleistung und Interessenvertretung um die Funktion der Steuerung der Versorgung und der Inanspruchnahme von Leistungen zum Wohle der Patienten. Gegenüber den Versicherten bzw. Patienten begreifen sich Krankenkassen also durchgehend als „Dienstleister“, teilweise darüber hinausgehend als „Anwälte“ der Versicherten oder sogar als „Lotsen“ durch das medizinische Versorgungssystem.

Auf Basis der in den Interviews geäußerten Umweltwahrnehmungen und Selbstbilder der Krankenkassen lassen sich organisationale Lernprozesse unterschiedlicher Reichweite beschreiben: Lernprozesse geringer Reichweite zeichnen sich durch vorwiegend umweltadaptive Handlungsstrategien aus: Um den Organisationserhalt angesichts der gewandelten ökonomischen, wettbewerblichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu sichern, werden innerhalb des bestehenden und als eng definierten Kompetenz- und Handlungsrahmens der Kassenorganisation kostensenkende, dienstleistungs- und kundenorientierte Maßnahmen entwickelt. Lernprozesse mittlerer Reichweite beinhalten insofern eine Modifikation von Organisationszielen, als die gewählten Handlungsstrategien den herkömmlichen Kompetenz- und Handlungsrahmen von Krankenkassen überschreiten; kennzeichnend hierfür sind das anwaltschaftliche Engagement für die Versicherten und die qualitätssichernde Funktion gegenüber dem Medizinsystem. Davon abheben lassen sich Lernprozesse hoher Reichweite, die basierend auf einem tiefgreifenden Wandel organisationaler Ziele und Leitvorstellungen neuartige Problemlösestrategien hervorbringen; charakteristisch dafür ist, dass Krankenkassen aktiv gestaltende Koordinierungs- und Managementaufgaben übernehmen, die sowohl die Versicherten bzw. Patienten als auch das Medizinsystem adressieren.

2.2.2.3 Erfolgskritische interne Faktoren für umfassende Lernprozesse der Krankenkassen

Erklärungsansätze für die Ungleichzeitigkeit und die verschiedene Reichweite organisationaler Lernprozesse in der GKV liefern die Interviewaussagen zu

den organisationsinternen Voraussetzungen für Veränderungen in Krankenkassen. Als wesentlich für Lernprozesse in der GKV hat sich die aktive Erweiterung der organisationalen Wissensbasis herausgestellt. Die traditionell sozialrechtlich und verwaltungstechnisch orientierten Wissensbestände der GKV werden im Kontext neuer Versorgungskonzepte um betriebswirtschaftliche und Management-Kenntnisse sowie um medizinisches und gesundheitswissenschaftliches Wissen erweitert. Während sich betriebswirtschaftliche Sichtweisen – v.a. aufgrund des erheblichen finanziellen Drucks – selbst in kleineren Krankenkassen bereits etabliert haben, bleibt der Aufbau gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Kompetenz weitgehend auf Verbände und größere Kassenorganisationen begrenzt.

Die Integration neuen Wissens in die gemeinsame Wissensbasis der GKV-Organisationen funktioniert allerdings nicht immer reibungslos. Als Ursachen hierfür wurden in den Experteninterviews neben typischen interprofessionellen Konflikten zwischen Sozialversicherungsfachangestellten und Akademikern auch solche Interessenkonflikte und Machtspiele angesprochen, die den organisationsstrukturellen und –kulturellen Besonderheiten der GKV entspringen, etwa dem Selbstverwaltungsprinzip, dem Verhältnis von Verbänden und Mitgliedsorganisationen oder den gewachsenen Personal- und Organisationsstrukturen. Eine erfolgreiche Erweiterung der organisationalen Wissensbasis lässt sich also nicht über die *formale* Einbindung neuer Berufsgruppen, die entsprechende Qualifizierung vorhandenen Verwaltungspersonals oder die Nutzung externen Sachverständigen erreichen. Vielmehr muss sie innerhalb einer Kassenorganisation als ein die gesamte Organisation umfassender *sozialer Prozess* verstanden und realisiert werden.

Als erfolgreiche Handlungsstrategie, Lernprozesse trotz der vorhandenen Barrieren zu organisieren, hat sich in den Interviews die Entwicklung projekt- und teamförmiger Arbeitsprozesse herausgestellt. Diese können sowohl hierarchisch als auch fachlich abgeschottete Handlungsfelder integrieren und dazu beitragen, die traditionell bürokratischen Kommunikations-, Organisations- und Führungsstrukturen einer Kassenorganisation nachhaltig zu verändern. Neben formellen Organisations- und Personalentwicklungsstrategien besitzen dabei informelle interne Kommunikationsprozesse (Strategien internen Marketings) und unkonventionelle Lernprozesse¹⁴ im Sinne des (nicht geplanten) Einflussgewinns externer professioneller Orientierungen hohe Bedeutung für Organisationslernen in der GKV.

¹⁴ Wiesenthal (1995) beschreibt neben den konventionellen Differenzierungen von Organisationslernen in einfache, komplexe und reflexive Lernprozesse auch unkonventionelle Lerntypen, die insbesondere für tiefgreifende Veränderungen von Organisationen kennzeichnend sind.

Als wesentliche Träger organisationalen Lernens in der GKV haben sich formelle und informelle Netzwerke herausgestellt. Solche flexiblen Lernnetzwerke können funktionale Grenzen innerhalb der Organisation ebenso überschreiten wie die Organisationsgrenzen selbst. Ihre wichtigsten personalen Promotoren sind häufig akademisch qualifizierte Quereinsteiger. Sie umfassen aber auch Sozialversicherungsfachangestellte unterschiedlicher Fachbereiche und Hierarchieebenen, Vorstands- und Selbstverwaltungsmitglieder, Mitarbeiter von Verbänden und Einzelkassen bis hin zu externen Kooperationspartnern wie Vertreter wissenschaftlicher Institute und Beratungsunternehmen oder strategische Allianzen mit anderen Kassen oder Kassenarten.

2.2.3 Lernende Krankenkassen als Gestalter des Gesundheitswesens?

Als allgemeines Ziel und Ergebnis von organisationalen Lernprozessen lässt sich die Erhöhung des Problemlösepotentials und damit der Effizienz einer Organisation bezeichnen. In der Regel gilt die verbesserte und sichere Marktstellung eines Unternehmens als wesentlicher Indikator dafür. Während in Wirtschaftsunternehmen jede Kompetenzerweiterung in diesem Sinne als Organisationslernen bezeichnet werden kann, darf bei der Analyse von Organisationen der GKV eines nicht außer acht gelassen werden: Die GKV besitzt nach wie vor den Charakter einer *sozialen* Krankenversicherung. Ungeachtet der wettbewerblichen Rahmenbedingungen und der davon inspirierten Modernisierungsstrategien bleiben Krankenkassen „politische und moralische Institutionen“¹⁵, deren Existenzberechtigung nicht nur von ihren wirtschaftlichen, sondern *vor allem* von ihren sozialen Ergebnissen abhängt.

Doch angesichts des enormen ökonomischen Drucks und des sich verschärfenden Wettbewerbs zwischen den Kassen wird den wirtschaftlichen Ergebnissen des Kassenhandelns zunehmend höherer Stellenwert beigemessen. Hinsichtlich der oben beschriebenen Gratwanderung der Krankenkassen zwischen bürokratischen Traditionen einerseits und auf Kostensenkung reduzierten Managementstrategien andererseits scheint der Trend in die zuletzt genannte Richtung zu überwiegen: Bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte im ambulanten Sektor und damit verbundenen organisationalen Lernprozessen in der GKV besteht die Gefahr der Verselbständigung von betriebswirtschaftlichen Zielen und Instrumenten in einer Weise, die sozialstaatlichen Grundprinzipien zuwiderläuft.

¹⁵ Okoniewski (2000) S. 8.

Damit sich der beobachtbare und durchaus positiv zu bewertende Gestaltungswille der GKV im Interesse der Versicherten und zwar insbesondere der kranken und sozial schwächsten Versicherten realisieren kann, dürfen im Rahmen organisationaler Lernprozesse die Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung nicht über Bord geworfen werden zugunsten von Ökonomisierungsstrategien, die ausschließlich Markt- und Wettbewerbsfähigkeit im Blick haben. Vielmehr müssen organisationale Lernprozesse in der GKV ein institutionelles Selbstverständnis bzw. eine organisationskulturelle Identität stärken, die explizit die traditionellen – aber deshalb nicht obsoleten - Gerechtigkeits- und Solidaritätsvorstellungen des Sozialstaats betonen. Denn sollten sich die Lernprozesse der Kassenorganisationen zukünftig auf ein immer subtileres betriebswirtschaftliches Kostenmanagement in der gesundheitlichen Versorgung reduzieren, ohne die sozialen Folgen solcher Handlungsstrategien zu berücksichtigen, provoziert das die Frage, ob diese Aufgaben nicht schneller und effektiver von privaten Versicherungsunternehmen zu leisten sind.

Literaturverzeichnis

Blanke B., Kania H., Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen. In: Leviathan 1996 (24) (4), S. 512-538.

Borgers D., Evidenzen einer chronischen Medizin. Evidence-based-Medicine (EBM), mega-Trials, Numbers Needed to Treat als Vollendung einer rationalen Individualmedizin? In: Jahrbuch für kritische Medizin 29. Standardisierungen in der Medizin. Hamburg, 1998, S. 6-22.

Braun B., Müller R., Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel – Das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Deppe H.-U. et al. (Hg.), Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD, Frankfurt/Main, 1993, S. 55-95.

Kirschner W. et al., § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, Sankt Augustin, 1995.

Lenhardt U., Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung, Berlin, 1999.

Mahlting G. et al., Qualitätssicherung durch Qualifizierung in der Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaftliche Weiterbildung mit Akteuren der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Deppe H.-U. et al. (Hg.), Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main, 1995, S. 170-194.

Marstedt G., Niedermeier R., Krankenversicherung und Lebensverlauf. Zum Wandel einer Institution der sozialen Risikobearbeitung. In: Heinz W. R. (Hg.), Übergänge. Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 3. Beiheft 2000, S. 234-247.

Marstedt G., Akzeptanz – Beratung – Steuerung: Zum Wandel von Handlungskonzepten und funktionalem Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den 90er Jahren. In: Marstedt G. et al. (Hg.), Gesundheitskonzepte im Umbruch. Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenkassen, Bremerhaven, 1999, S. 27-63.

Niedermeier R., Von der Krankheitsverwaltung zur Gesundheitsgestaltung? Organisationale Lernprozesse in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bremerhaven, 2001.

Okoniewski U., Professionell und wirksam. Vorschläge zur GKV-Organisationsreform. In: Soziale Sicherheit 2000 (49), (1), S. 7-20.

Oppen M., Neue „Produktions“-konzepte für öffentliche Dienstleistungen – Krankenkassen zwischen Markt und Staat. WZB-Paper FS 93-204, Berlin, 1993.

Oppen M., Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen, Berlin, 1995.

Rudolph H., Schüttpelz A., Commitment statt Kommando. Organisationslernen in Versicherungsunternehmen, Berlin, 1999.

Siemon G., Ausbildung von Sozialversicherungsfachangestellten heute und morgen. Berichte zur beruflichen Bildung 175 hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Bielefeld, 1994.

Wiegand M., Prozesse organisationalen Lernens, Wiesbaden, 1996.

Wiesenthal H., Konventionelles und unkonventionelles Organisationslernen: Literaturreport und Ergänzungsvorschlag. In: Zeitschrift für Soziologie 1995 (24), (2), S. 137-155.

Autorenverzeichnis

Dr. phil. Renate Niedermeier (Jg. 1965), Studium der Soziologie an der FU Berlin mit den Schwerpunkten Industrie- und Medizinsoziologie. 1988-1992 Mitarbeit an einem arbeitspsychologischen Forschungsprojekt am Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung der TU Berlin zu psychischen Belastungen in der Büroarbeit. Seit 1992 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen; zunächst in der gesundheitswissenschaftlichen Weiterbildung am Zentrum für Sozialpolitik, später im Teilprojekt C1 des Sonderforschungsbereiches 186, das den institutionellen Wandel in der GKV untersuchte. 2000 Promotion an der Universität Bremen.

Prof. Dr. med. Rainer Müller (Jg. 1941), Professor für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Bremen, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen sowie eines Teilprojekts am Sfb 186.