SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Vom Payer zum Player - oder: Krankenkassen im Wandel: der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich

Bode, Ingo

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Bode, I. (2002). *Vom Payer zum Player - oder: Krankenkassen im Wandel: der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich.* (Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung, 4/2002). Duisburg: Universität Duisburg-Essen Campus Duisburg, Fak. für Gesellschaftswissenschaften, Institut für Soziologie. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-112611

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 4/2002

Vom Payer zum Player – oder: Krankenkassen im Wandel

Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich

von

Ingo Bode
Gerhard-Mercator-Universität GH Duisburg

Inhalt

Einleitung.....1

1. Krankenkassen als sozialwissenschaftliches Untersuchungsobjekt 3
2. Das AOK-System im Wandel.....6
   2.1 Vertriebsorganisation: Sortieren oder selektieren? 10
   2.2 Leistungsmanagement: Rationalisieren oder rationieren?.....13
   2.3 Strukturpolitik: Prima versorgen und sparen? 17
   2.4 Marketing: Fördern oder Ködern? 24
   2.5 (Politische) Öffentlichkeitsarbeit: Vernunft oder Solidarität? 33
3. Ein vergleichender Exkurs:
   Die Entwicklung der Krankenkassen in Frankreich.....41
4. Ergebnisse.....56

Abkürzungsverzeichnis 59
Literatur.....60

In der fachwissenschaftlichen wie auch in der politischen Öffentlichkeit ist seit einigen Jahren eine Diskussion darüber im Gange, wie es – angesichts der tiefgreifenden, international beobachtbaren wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbrüche – mit dem sog. deutschen Sozialmodell weitergeht. Dabei herrscht bislang der Eindruck vor, daß dieses Modell – verglichen mit Entwicklungen in anderen westlichen Industrienationen – träge bzw. wandlungsresistent sei. Dies ist freilich nur die halbe Wahrheit: Zwar scheinen die das Modell tragenden Institutionen als solche unverändert fortzubestehen, doch verändern sich – im Gefolge entsprechender sozialrechtlicher Impulse – deren Regulierungsfunktionen zum Teil in markanter Weise. Genau darin aber manifestiert sich die Transformation eines Sozialmodells: der Wandel der Funktionen, nicht der Wandel der Form ist entscheidend.

Ein Paradebeispiel für einen solchen Funktionswandel sind die gesetzlichen *Krankenkassen*. Das gilt zum einen insofern, als sie – weil die Protagonisten des 'industriellen Kompromisses' unmittelbar in ihre Organisationsstrukturen eingebunden sind – für das 'technische' Arrangement des deutschen Sozialmodells besonders typisch erscheinen. Das Organisationsfeld ist zum zweiten deshalb beispielhaft, weil hier die *praktische* Transformation des Sozialmodells bereits weit vorangeschritten ist – anders etwa als in den Systemen der Alterssicherung oder der Arbeitsverwaltung, wo sie sich gerade erst abzuzeichnen beginnt. Galten Krankenkassen noch bis Anfang der 1990er Jahre als verlängerter Arm der Staatsbürokratie[1], so zeigt bereits ein oberflächlicher Blick auf die derzeit prominenten Leitbilder, daß sich die Zeiten gewandelt haben: Krankenkassen definieren sich heute als „kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen", die eine eigene „Geschäftspolitik" betreiben, Vertriebsorganisationen unterhalten, privatwirtschaftliche Konzepte der Personalentwicklung anwenden und mit den Instrumenten der Privatassekuranz („Deckungsbeitragsrechnung") arbeiten. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen betriebswirtschaftliche Reorganisationsmodelle sowie – beim Umgang mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen – Konzepte des „managed care" und des „Kostenmanagements" (vgl. allgemein Curtius 1999, Haenecke 2001). Soziale Sicherheit wird nicht mehr verwaltet, sondern betriebswirtschaftlich gemanagt.

Erstaunlicherweise hat dieser auf der Organisationsebene vollzogene 'Paradigmenwechsel' bislang – sieht man von allgemeinen Politikfeldanalysen ab – wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren. Überhaupt ist der 'Sondertypus' Krankenkasse von einschlägigen sozialwissenschaftlichen Fachdisziplinen – etwa der Organisationssoziologie (vgl. Bode/Brose 2001) oder der Theorie des Dritten Sektors (vgl. Bode 1998) – weitgehend ignoriert worden.[2] Dies überrascht um so mehr, wenn man sich die Größe des fraglichen Organisationskomplexes vor Augen führt: Die knapp 400 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland versichern gut 92% der Bevölkerung und beschäftigen knapp 150.000 Mitarbeiter. Sie sind im gesamten Bundesgebiet präsent und verwalten Budgets im Gesamtumfang von ca. 125 Milliarden Euro.[3] Es scheint also durchaus angezeigt, sich näher mit den Entwicklungen in diesem Organisationsfeld zu befassen. Geht es um die (sich wandelnde) Rolle der Krankenkassen im deutschen Sozialmodell, dann erscheint dabei die Perspektive auf das Verhältnis zwischen Orga-

---

1 Diese Wahrnehmung war allerdings unterkomplex: Teilweise als Erbe ihrer berufskorporatistischen Tradition, teilweise aufgrund entsprechender gesetzlicher Vorgaben erfüllten Krankenkassen schon immer bestimmte Aufgaben in Eigenregie. Tennstedt (1977) verweist auf Initiativen der (gewerkschaftlich beeinflußten) Kassen(verbände) z.B. bei der Errichtung von Genesungsheimen, der Durchführung von Aufklärungsprogrammen oder der Gewährung besonderer Vorsorgeleistungen bereits Anfang des 20. Jahrhunderts. Daraus erwuchsen später gesetzliche Aufträge. Die Kassen erhielten ferner Regulierungskompetenzen für die „gemeinsame Selbstverwaltung" zusammen mit den Leistungsanbietern (s.u.). Dennoch: Der Behördencharakter war offensichtlich. Das „Dienstordnungsrecht" orientierte sich am Beamtenstatus, die Ablauforganisation wurde staatsbürokratisch ausgerichtet, die Beitragszahler wurden als Verwaltungsobjekte begriffen. Für Arbeiter bestand ein Zuweisungsverfahren, gegenüber den Unternehmen nahmen die Kassen v.a. hoheitliche Kontrollfunktionen (Betriebsprüfungen) wahr.

2 Näheres zu dieser Diagnose weiter unten im ersten Kapitel.

3 Davon gut 7 Mrd. zur Unterhaltung der Organisationsapparate (Werte für 2000, Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit).

nisation und Gesellschaft, oder anders ausgedrückt: die sich verändernde *Umwelteinbettung* von Krankenkassen von besonderem Interesse. Konkret geht es darum, wie Krankenkassen (1) im Austausch mit ihren Umwelten Ressourcen mobilisieren bzw. die Verwendung der von ihnen eingesetzten Ressourcen beeinflussen, und (2) wie sie diesen Prozeß kommunikativ begleiten – kurz: um ihr *Ressourcen- und Kommunikationsmanagement*. Ziel dieses Beitrags ist die Analyse der diesbezüglichen Handlungssituation des kollektiven Akteurs 'Krankenkasse', und darauf aufbauend die Entfaltung einiger Überlegungen zu den Konsequenzen, die gegenwärtig aus dieser Handlungssituation für die Organisationspolitik der Kassen erwachsen.

Zu beachten ist allerdings, daß das fragliche Organisationsfeld eine pluralistische Gestalt aufweist.[4] Neben den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) mit über 27 Millionen Versicherten gibt es weitere (ihrerseits in Dachverbänden zusammengeschlossene) Kassenarten, v.a. die Ersatz-, Betriebs und Innungskrankenkassen. Die Kassen unterscheiden sich in ihrer Mitgliederstruktur (die sie weitgehend aus früheren Zeiten geerbt haben), in ihren Verwaltungsformen (die Ersatzkassen werden ausschließlich von Versichertenvertretern beaufsichtigt) sowie in ihrer Marktposition (die Betriebskassen expandieren, die AOKen sowie die Ersatzkassen schrumpfen). Das Organisationsfeld ist zudem vertikal strukturiert: Während die Einzelkassen im Direktkontakt mit Leistungsanbietern und Versicherten stehen, kümmern sich ihre Verbände vorwiegend um die Weiterentwicklung von Systemstrukturen und sind insofern institutionelle „Innovationsagenten" (Paquet 1992). Entsprechend stellt sich die Frage nach dem *Untersuchungsgegenstand* und der *Untersuchungsebene*. Der vorliegende Bericht befaßt sich mit dem *Fall der AOK*. Diese Wahl hat mehrere Gründe: Die AOK ist noch immer die größte und wohl auch einflußreichste Kassenart in Deutschland; darüber hinaus verkörpert sie das Kernmodell der gesetzlichen Krankenversicherung in paradigmatischer Weise; schließlich ist gerade hier der Organisationswandel besonders einschneidend. Die Untersuchungsebene bildet das gesamte „AOK-System"[5], wobei – jeweils exemplarisch – zentrale und dezentrale Operationsbereiche betrachtet werden.

Am Beispiel der AOK soll mithin jener Transformationsprozeß nachgezeichnet werden, der im Diskurs von Kassenfunktionären nicht selten als *Wandel vom „Payer" zum „Player"* beschrieben wird – ein Wandel von exekutierenden zu steuernden Funktionen, 'vom Verwalten zum Gestalten' (Niedermeier 1999). Es lohnt allerdings, dabei auch die *makrokulturelle* Rahmung dieses Wandels in den Blick zu nehmen. Dies soll im vorliegenden Forschungsbericht durch einen Exkurs in ein anderes institutionelles Setting bzw. einen fremden nationalen Kontext erfolgen. Ein kurzer Ausflug in das Krankenkassenwesen Frankreichs eröffnet Chancen auf eine relativierende Betrachtung des Wandels: Die Entwicklung von Krankenkassen unter anderen institutionellen Vorzeichen kann vor Augen führen, welche alternativen Transformationsspfade denkbar sind und inwieweit trotz institutioneller Rahmendifferenzen dennoch gleichartige Entwicklungsprozesse greifen.

Die Gesamtanalyse ist wie folgt aufgebaut: Im ersten Kapitel werden die vorliegenden Erkenntnisse über den Struktur- und Funktionswandel deutscher Krankenkassen kurz resümiert, um damit die allgemeinen Rahmendaten für die Analyse des AOK-Systems zu erschließen. Das zweite Kapitel präsentiert die Befunde der Fallstudie, wobei einleitend der Hintergrund für die Wahl der Analysethemen beleuchtet wird und anschließend diese Analysethemen in fünf Schritten fokussiert abgehandelt werden. Dem schließt sich in einem dritten Kapitel der Exkurs nach Frankreich an, bevor in einem letzten Schritt die Quintessenzen aus der Untersuchung gezogen werden.

---

4 Einen (deskriptiven) Überblick über das deutsche Kassenwesen liefern Finkenbusch (1995) und Weber (1995), ferner die verschiedenen Beiträge in Blanke (1994) sowie Rosenbrock (1999).

5 Der Begriff des „Systems" für das Organisationsfeld einer Kassenart ist bei Krankenkassenfunktionären einschlägig. Das AOK System hatte Anfang 2002 27.280.000 Versicherte, 65.000 Mitarbeiter und 1558 Geschäftsstellen. Der Gesamtetat betrug 50 Milliarden Euro.

1. Krankenkassen als sozialwissenschaftliches Untersuchungsobjekt

Fahndet man danach, welche Rolle Krankenkassen bislang in der Forschung gespielt haben, so erscheint das Feld auf den ersten Blick gut erschlossen: Krankenkassen wurden beispielsweise als Akteure in gesundheitspolitischen Verhandlungssystemen bzw. der gemeinsamen Selbstverwaltung (vgl. etwa Lauer-Kirschbaum 1994, Döhler/Manow 1997), als komplexe verbandliche Netzwerke (vgl. Veith 1988) oder auch sozialhistorisch in ihrer Genese als normsetzende Institutionen untersucht (Tauchnitz 1999). Dabei wurde auch auf die verschiedenen Regulierungsfunktionen der Kassen in Bereichen wie Prävention, Qualitätssicherung oder Vertragspolitik und den daraus resultierenden „Quasi-Öffentlichkeitscharakter" (Standfest 1989:167) der Kassen verwiesen. Die Veränderungen, die der „Wettbewerb im Gesundheitswesen" (für viele: Stegmüller 1996) für sie mit sich brachte, sind ebenfalls breit thematisiert worden.[6] V.a. die zahlreichen Praxisberichte in Fachzeitschriften zeigen, wie die Kassen heute als 'Marktakteure' agieren: Sie haben mittlerweile sämtlich umfangreiche Marketinginstrumente entwickelt, die auf die Erzielung wirtschaftlich günstiger Mitgliederstrukturen abstellen – wobei Werbung, Außendienst und Haltearbeit auf gut verdienende, junge Risiken ausgerichtet sind[7]; darüber hinaus schließen sie zunehmend selektiv Verträge mit Leistungserbringern ab, die diesen sichere Absätze und den Kassen gewisse Rabatte einbringen (Gerlinger 2002:24f). Ferner ist bekannt, daß Krankenkassen neue Kostensteuerungsinstrumente aufgebaut haben, mit denen sie den Prozeß der Leistungserbringung bzw. den Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln sowie Medikamenten zu beeinflussen versuchen. Vereinzelt geriet auch die zunehmende „Mitgestaltung der medizinischen Versorgungsstrukturen" (Marstedt/Niedermeier 2000:240) durch die Kassen in den Blick.

Organisationsprobleme der Krankenkassen sind hingegen bislang nur selten näher in Augenschein genommen worden: So hat Oppen (1993) in ihrer Arbeit über Qualitätsmanagementprozesse im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) die Reproduktionsvoraussetzungen der Kassen näher betrachtet und dabei auf „widersprüchliche Anforderungsstrukturen und Außenwahrnehmungen sowie entsprechende Konfliktpotentiale" (ebd:15) verwiesen. Ähnliche Schlüsse zog Lenhardt (1999) in seiner Untersuchung über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen: Er berichtet von Spannungen, die zwischen wettbewerbsstrategischen Handlungsansätzen und den „gesundheitspolitischen Gestaltungsansprüchen" sowie professionellen Handlungsorientierungen v.a. bei den Fachkräften entstehen (vgl. ebd.:61ff). Solche Spannungen wurden auch im Hinblick auf die 'governance'-Strukturen in den Kassen betrachtet, so schon bei Bogs (1976) in seiner Studie über „Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung" oder bei Schnapp (1998), der die Entwertung des Selbstverwaltungsprinzips problematisierte.[8]

---

6 Bekanntlich sind im Verlaufe der 1990er Jahre markante Rechtsänderungen eingetreten. Das betrifft zum einen die deutliche Ausweitung des Mitgliederwettbewerbs, zum anderen die Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern. Beides vollzieht sich unter einem verschärften politischen Druck zur Aufrechterhaltung der 'Beitragssatzstabilität'.

7 Vgl. dazu Haenecke (2001:235ff) oder auch die Berichte von Prüfbehörden (Landes- und Bundesversicherungsamt).

8 Verwaltungswissenschaftliche Beiträge haben die Funktionsweise der Kassenselbstverwaltung als „eigenverantwortliche Aufgabengestaltung" (Schimanke 1997:259) durch die Versicherten beschrieben. Die Besetzung von Aufsichtsgremien mit Versichertenvertretern soll eine direkte „Beteiligung von Zivilpersonen an öffentlichen Aufgaben" (Schnapp 1998:152) ermöglichen. Heute beschränkt sich indes die persönliche Mitbestimmung auf die Teilnahme an den – noch dazu häufig ausgesetzten – Sozialwahlen. Zu beachten ist ferner, daß die Selbstverwaltung im Gefolge ordnungspolitischer Reformen immer weniger an der Unternehmenspolitik der Kassen beteiligt wird. V.a. auf dem Umweg über repräsentative Vereinigungen (z.B. Gewerkschaften) können Mitgliederinteressen aber nach wie vor wirkungsmächtig werden.

Tabelle 1: Forschungsstränge zu Krankenkassen

Forschungsgegenstand	Erkenntnisinteresse	zentrale Thesen (z.B.)	Autoren (z.B.)
✍ Sozialgeschichte der Krankenversicherung	wie ist das bestehende System entstanden?	Politik transformiert freie Institutionen	Tauchnitz 1999, Tennstedt 1977
✍ Krankenkassen im politischen System	welche Rolle spielen Krankenkassen in Reformprozessen?	Krankenkassen suchen Machtzuwachs gegenüber Anbietern (Ärzten etc.)	Rosewitz/Webber 1990,Wanek 1994 Döhler/Manow 1997
✍ *Umweltbindungen*			
a. Institutionen	welche normativen Standards gelten?	politischer Risikoausgleich	Lauer-Kirchbaum/Rüb 1994
b. Politik	welche Hintergründe haben gesundheitspolitische Entscheidungen ?	von der Verbändemacht ... ... bis zum 'Neoliberalismus'	Veith 1988, Stegmüller 1998
c. Gesellschaft	inwiefern wird sozialer Wandel zum Datum für die Krankenkassen?	Entwicklung der Bedürfnisstrukturen und Präferenzen	Ullrich 2000 Badura u.a. 1998 Wasem 1999
✍ *Systementwicklung*			
a. Kassenfunktionen	wie wirkt institutioneller Wandel?	Veränderung der Interventionsrolle	Schöffski u.a. 1996, Rosenbrock 1998, Niedermeier 1999
b. Systemstruktur	wie entwickelt sich der Kassenpluralismus?	Wettbewerb mit Folgen	Müller/Schneider 1999, Haenecke 2001
c. Vertragswesen	wie verändert sich das Verhandlungssystem?	Konsenserosion in der gemeinsamen Selbstverwaltung	Lauer-Kirschbaum 1994, Gerlinger 2002
✍ *Systemreform*			
a. sozialpolitisch	welcher Steuerungsbedarf besteht im System?	Gesundheitsversorgung bedarf politischer Regulierung	Braun/Reiners 1999
b. wirtschaftlich	Deregulierungspotentiale	Chancen kontrollierter Privatisierung	Herder-Dornreich 1994, Knappe/Optendrenk 2000
c. „technokratisch"	wie kann man Effizienz im System optimieren?	Feinsteuerung der Wettbewerbsbedingungen	Cassel 1993, Wille/Albring 2000
✍ *Organisationspraxis*			
a. Alltagspraxis	praktische Organisationsprobleme	Spezifische Komplexität der	Oppen 1993
b. Prävention	wie gestalten Kassen die Gesundheitsvorsorge?	Anforderungsstrukturen Möglichkeiten und Grenzen von Kassenprogrammen	Lenhardt 1999
c. Versorgung	Wandel kassengesteuerter Versorgungsformen	neue Versorgungsformen mit Erfolgspotential	Marstedt/Niedermüller 2000

✍ *Binnenverhältnisse*			
a. Selbstverwaltung	wie funktioniert die Kassenselbstverwaltung?	Korporatismus und Bürokratisierung statt Demokratie	Bogs u.a. 1977, Lamping 1994
b. Personal	wie entwickeln sich die Arbeitsverhältnisse?	vom Dienstrecht zur Personalentwicklung	Jäger/Buck 1997
c. Organisationsentwicklung	wie wandeln sich organisationale Prozesse?	Qualitätsmanagement mit Chancen und Grenzen	Oppen 1996
✍ *Management*			
a. Verwaltung	wie kann man interne Prozesse optimieren?	Chancen des Qualitätsmanagements	Curtius 1998
b. Kunden	wie sollen Krankenkassen im Wettbewerb auftreten?	Potentiale des Marketing	Schmidt/Schuld 1997
c. Versorgung	Herausforderungen an die Vertragsbeziehungen	„Managed care" als sinnvolle Steuerungsform	Jacobs/Schräder 1999 Knappe 1997

Die Ergebnisse der bisherigen wissenschaftlichen 'Verhandlung' von Krankenkassen (vgl. die Übersicht in Tabelle 1) deuten auf die Komplexität, die ihr Organisationsfeld kennzeichnet. In analytischer Perspektive werden u.a. die Einbettung der Kassen in verschiedene (insbesondere politische) Umwelten sowie die mehrdimensionale organisatorische Entwicklung des Kassenswesens thematisiert. Eine systematische Betrachtung dieser Komplexität in empirisch-analytischer Perspektive, zumal unter Gegenwartsbedingungen, steht allerdings noch aus.
Demgegenüber ist die 'normative', meist wirtschaftswissenschaftlich inspirierte Auseinandersetzung mit dem Organisationsfeld erheblich weiter vorangeschritten. So beschäftigen sich eine ganze Reihe von Experten mit dem Management von Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen. Betrachtet werden die Effizienz des Verwaltungsprozesses sowie Möglichkeiten zur Verbesserung von Marketing und 'Marktauftritt'.[9] Die konzeptionelle Debatte wird auch in den Fachzeitschriften sowie in den Organen der Kassenverbände ausgetragen. In gesundheitsökonomischer Perspektive werden dabei v.a. Möglichkeiten einer kassenzentrierten Steuerung von Versorgungsprozessen diskutiert.[10] Es geht um Vertragsbeziehungen mit einzelnen Leistungserbringern ('Einkaufsmodelle'), die Vergabe der Budgetverantwortung an „gatekeeper" oder auch um die Vernetzung von Versorgungsstrukturen für spezifische Versichertengruppen. In diesen Konzepten spiegeln sich – unabhängig von ihrer faktischen Praxisrelevanz – neue Erwartungsstrukturen in bezug auf die Funktion gesetzlicher Krankenkassen wider. In Teilen sind sie auch zur Grundlage von Modellprojekten oder Gesetzesreformen geworden.
Fraglich ist indes, ob die bislang dominierenden Management- und Steuerungskonzepte der realen Komplexität des Kassenhandelns hinlänglich gerecht werden. So blenden gesundheitsökonomisch inspirierte Konzepte häufig Probleme der kommunikativen Vermittlung und Legitimation von Veränderungsansätzen aus. Häufig findet sich auch eine betriebswirtschaftli-

9 Vgl. etwa Marburger/Marburger (1996/1997) oder Schmidt/Schuld (1997). Einige Management-Konzepte beruhen implizit auf einer sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Strukturbesonderheiten bzw. Organisationseigenschaften von Krankenkassen (typische Beispiele sind Okoniewski 1997, Curtius 1999 oder Haenecke 2001).

10 Dies erfolgt meist unter Verweis auf Erfahrungen aus dem Ausland. In den USA und der Schweiz verwalten selbständige, zu einem großen Teil private Unternehmen den gesamten Versorgungsprozeß für abgegrenzte Versichertengruppen und mit Hilfe 'eingekaufter' Dienstleistungsangebote („Health Maintenance Organizations", HMO). Von solchen Systemen verspricht man sich hierzulande nachhaltige Rationalisierungseffekte (vgl. Baumann/Stock 1996, Kühn 1997, Knappe 1997, Eichhorn 1998 oder Jacobs/Schräder 1999).

che Engführung von Umbaukonzepten: Daß Krankenkassen sehr spezifische Produktionsleistungen für eine ebenso spezifisch strukturierte Nachfrage prozessieren und kulturell auf komplexe Gemeinwohlerwartungen festgelegt sind, wird häufig ungenügend berücksichtigt.

2. Das AOK-System im Wandel

Die AOK steht – trotz eines signifikanten Bedeutungsverlustes in den letzten Jahrzehnten[11] – noch immer im Zentrum des deutschen Kassenwesens. Lange Zeit war ihr ein Quasi-Monopol bei der Versicherung von Arbeitern sowie eine allgemeine 'subsidiäre Auffangfunktion' zugewiesen (vgl. Enquête-Kommission 1990:178ff). Das AOK-Gefüge bestand aus mehreren Hundert selbstverwalteter Träger, die in Landesverbänden zusammengeschlossen waren und ihrerseits einen Bundesverband mit Sitz in Bonn bildeten. Zu Beginn der 1990er Jahre fusionierten die lokalen Träger, und es entstanden sukzessive – meist auf Landesebene – 17 Organisationseinheiten, die sowohl für den Versicherungsbetrieb als auch für die Ausübung der bislang gebündelten Regulierungsfunktionen zuständig wurden. Heute bildet das AOK-System in zweierlei Hinsicht ein operatives Netzwerk: Einerseits ist es politischer Verbund, andererseits sozialwirtschaftlicher Konzern. Dabei beeinflußt der Bundesverband – in seiner Eigenschaft als sog. Spitzenverband auch in Zusammenarbeit mit den Dachorganisationen der anderen Kassenarten – den regulativen Rahmen, in dem sich die Kassen vor Ort bewegen. Er hat zudem den gesetzlichen Auftrag, die Mitgliedskassen zu koordinieren und in Krisenfällen auch in deren 'Geschäftsleben' einzugreifen. Der Verband bemüht sich zugleich um ein einheitliches Auftreten seiner Kassenart am Markt sowie gegenüber den Leistungsanbietern.[12] Die Einzelkassen wirken über die sog. Vorstandskonferenz auf die Bundesebene ein, sind aber in ihrer 'Geschäftspolitik' weitgehend autonom. Sie legen selbst ihre Beiträge fest, entscheiden über Marketinginstrumente und verhandeln auch selbständig mit Leistungsanbietern. Dabei halten sie unterschiedliche 'Marktpositionen'.[13]
Die Umweltbeziehungen der AOK sind komplex (vgl. Schema 1). Zum einen existiert ein Mitgliederwettbewerb. Hier kommt es – trotz Kontrahierungszwang, weitgehend indisponiblem Leistungskatalog und interorganisatorischem Lastenausgleich – zu marktförmigen Interaktionen. Zum zweiten exekutieren die Kassen im Sozialgesetzbuch vorgesehene sowie durch administrative Kontrollstrukturen (Bundesgesundheitsministerium, Bundes- bzw. Landesversicherungsamt) überwachte Verwaltungsnormen. Die Kassen(verbände) sind drittens untereinander in vielen Bereichen zu „gemeinsamem und einheitlichem Vorgehen" verpflichtet (vgl. Reiter 1996) – v.a. im Umgang mit Leistungsanbietern, mit denen sie vertragliche Kooperationen eingehen.[14] V.a. die Spitzenverbände treten zudem – viertens – in Beziehungen zum politischen System. Fünftens interessieren die meisten der genannten Umweltbeziehungen die breite Öffentlichkeit, die damit zu einem eigenen Adressaten des Kassenhandelns wird.

---

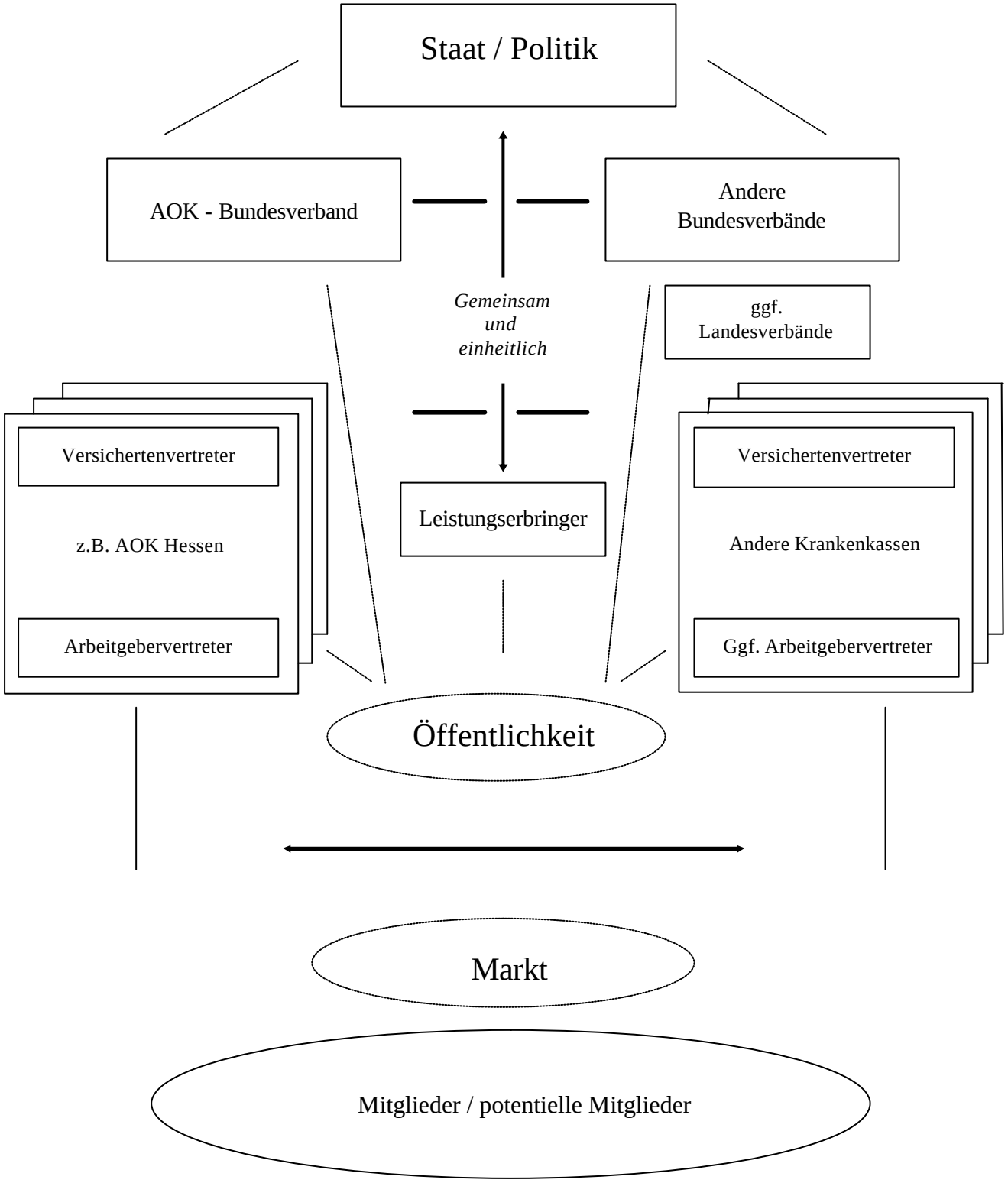
11 1950 waren knapp 70% aller Krankenversicherten Mitglied einer AOK. Anfang 2001 lag diese Quote bei etwa 38%.

12 Er wird von (Zwangs-)Abgaben seiner korporativen Mitglieder getragen. Diese erhalten quasi als Gegenleistung technische Unterstützung (z. B. Management- oder Präventionskonzepte) sowie institutionelle Protektion (durch gesundheitspolitischen Einfluß).

13 Es gibt Problemkassen mit hohen Beitragssätzen und raschem Mitgliederschwund (im Osten, in Berlin, lange Zeit auch im Norden), während andere Kassen (wie etwa die AOKen im Süden oder zuletzt auch die AOK Rheinland) wirtschaftlich stabiler sind.

14 Man spricht hier von der '*gemeinsamen*' Selbstverwaltung und meint damit – im Unterschied zur Kassenselbstverwaltung – die Regulierung der Versorgung durch Leistungsanbieter und Kassen.

Schema 1: Die AOK im Organisationsfeld des deutschen Krankenkassenwesens



Zu beachten ist schließlich, daß die Krankenkassen Verbindungen zu einer Reihe anderer Institutionen unterhalten: So sind sie in den Vorständen des Medizinischen Dienstes[15] vertreten, sie fördern Selbsthilfegruppen, besetzen Instanzen der gemeinsamen Selbstverwaltung und tauschen Experten mit der Ministerialbürokratie aus. Eine Art 'innerer Umwelt' verkörpern zudem die – von ihrer Rückbindung her unterschiedlichen – Parteien der Selbstverwaltung.
Wie gestaltet sich vor diesem Hintergrund die aktuelle Agenda des AOK-Systems? Ein Blick in das Inhaltsverzeichnis des Jahresberichtes des Bundesverbands („Bilanz", vgl. Schema 2) verschafft erste Aufschlüsse. Das Dokument bildet die Koordinationsleistungen des Verbands sowie mittelbar auch das Operationsspektrum des gesamten Systems anschaulich ab. Dieses Spektrum umfaßt zunächst sehr unterschiedliche *Gegenstände*: z.B. Versichertenpräferenzen, Versorgungsprozesse oder Entgelte. Das Inhaltsverzeichnis präsentiert zugleich verschiedenartige *Handlungsrollen* wie politische Positionierung, fachliche Berichterstattung oder konzeptionelle Arbeit. Eine wichtige Rolle spielen Formulierungen, die auf strategische Initiativen verweisen, z.B. „E-commerce statt Postversand", „wegweisende Lösungen" (für Diabetiker)" oder „mehr Hilfe zur Selbsthilfe". Angesprochen werden organisationsexterne wie systeminterne Akteure. Was den *Symbolgehalt* der Termini anbelangt, so erwecken diese unterschiedliche Assoziationen wie kritische Expertise („Die Reform ist überfällig", „Gefahr im Verzug"), Sachkompetenz („Das WIdO[16] analysiert"), Partnerschaft („Einigung") sowie Anwaltschaft („Patientenrechte"), Markt („Der Kunde ist König", „Service") und Gemeinwohl („Ja zur Solidarität"). Zugleich zeigt sich eine Ausdifferenzierung von *Umweltadressaten*: Expertise und Rationalitätsanspruch richten sich v.a. auf Prozesse kollektiver, vornehmlich politischer Steuerung; Partnerschaft, Anwaltschaft und Markt beziehen sich auf Leistungsanbieter sowie auf die Versicherten. Die AOK präsentiert sich mithin als eine *multifunktionale Organisation mit unterschiedlichen Referenzen und Handlungsansätzen*.
Die Bilanz verweist auf verschiedene operative und strategische Herausforderungen: Die AOK bewegt sich in einem politischen System, auf das sie Einfluß nehmen will bzw. kann. Ihre Finanzausstattung hängt in hohem Maße von politischen bzw. institutionellen Rahmenbedingungen ab, wird aber auch durch die Beziehung zwischen Kassen und Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhaus) sowie den Verhältnissen auf dem Markt für Gesundheitsprodukte (Arzneimittel, Hilfsmittel) beeinflußt. Die AOK-Bilanz verweist diesbezüglich auf Handlungsspielräume der Kassen („Innovation"). Die ausführliche Hervorhebung von Dienstleistungen für die Versicherten („Serviceteams helfen", „medizinische Informationen", „Tipps zur Ernährung" deutet ferner (implizit) darauf hin, daß die Kassen im Mitgliederwettbewerb stehen. Die Kassenbeiträge müssen aktiv mobilisiert, ihre Verwendung stetig rationalisiert werden. Das Ressourcenmanagement hat mithin mehrere Facetten. Wesentlich sind die Gewinnung bzw. das Halten von Mitgliedern einerseits, die ressourcensparende Beitragsverwendung bei der Finanzierung von Kassenleistungen andererseits. Soweit diese Ressourcentransformation von Dritten beeinflußt wird – was im Gesundheitswesen meist der Fall ist – bietet die Mitgestaltung von Produktionsstrukturen Rationalisierungschancen („Gutes muß nicht teuer ein"). Aus dieser Gesamtkonstellation ergeben sich kritische Aktivitätszonen in den Bereichen *Vertriebsorganisation, Leistungsmanagement und Strukturpolitik*. Dieses Ressourcenmanagement wird – auch das zeigt die AOK-Bilanz – in besonderer Weise kommunikativ begleitet. Es geht einerseits um die 'große Politik', andererseits um 'Werbung in eigener Sache' – wobei sich letzteres auf Leistungen für individuelle Mitglieder *und* auf die Herstellung bzw. Wahrung kollektiver Güter bezieht (im „Schulsport", am „Arbeitsplatz"). Im Kommunikationsmanagement geht es also sowohl um *Marketing* als auch um *Öffentlichkeitsarbeit*, und zwar jeweils mit verschiedenen Adressaten.

---

15 Der Medizinische Dienst ist de iure eine von den einzelnen Kassen bzw. Verbänden unabhängige Institution, die sich im wesentlichen mit Einzelfallprüfungen bei Krankschreibungen, Zuzahlungsbefreiungen oder strittigen Kostenübernahmen befaßt.

16 WIdO steht für „Wissenschaftliches Institut der AOK".

Schema 2: Inhaltsverzeichnis AOK-Bilanz: 2000/2001

POLITIK

Gesundheitspolitik
Auf schmalem Grat

Risikostrukturausgleich
Die Reform ist überfällig

Solidarität im AOK System
Ein stetes Geben und Nehmen

FINANZEN

Finanzentwicklung im Jahr 2000
Gefahr in Verzug

ÄRZTE

Koordinator auf Bundesebene
Juristische Konstruktion für Ausschuss gefunden

Reform der Gebührenordnung
Einigung über Honorarordnung ist erfolgt

Ambulante Versorgung
Per Stichprobe wird Qualität überprüft

Arztzahlen
Lösung gefunden

Integrierte Versorgung
Erster Meilenstein erreicht

Akupunktur
Modellprojekte sollen Klarheit bringen

ZAHNÄRZTE

Theorie oder Praxis
Wonach wird die Leistung bewertet?

KRANKENHAUS

Krankenhausfinanzierung
DRGs: Weichen sind gestellt

Das neue Entgeltsystem
DasWIdO analysiert die Auswirkungen

Krankenhaus-Report
Schwerpunktthema DRGs

Souverän in die Verhandlung
Die Software „WIdO-Klip" macht´s möglich

Transplantationsgesetz
Hoffung auf mehr Spender

AOK-Forschungsprojekte
Ist Qualität der Behandlung messbar?

Reha- und Behindertenrecht
Neukodifizierung tritt am 1. Juli 2001 in Kraft

ARZNEIMITTEL

Arzneiverordnungs-Report
Erneuter Ausgabenrekord ist erreicht

Wirtschaftlichkeitsvergleich
Actrapid! Bringt Transparenz

Innovation im Arzneimittelmarkt
Wie verhält sich eigentlich das Ausland?

INNOVATION

Versorgungsforschung
Die Zeichen der Zeit erkannt

Praxisnetz Nürnberg-Nord
Die Zwischenbilanz ist positiv

Medizinischer Dienst
E-Commerce statt Postverand

Case-Management
Telemedizin für schwerstkranke Asthmatiker

Diabetes-Versorgung
AOK hat wegweisende Lösungen erprobt

Akupunktur
Wie wirksam sind die kleinen Stiche?

Hilfsmittel
Gutes muß nicht teuer sein

Krankengeld
Der Kunde ist König

SERVICE

Emnid-Umfrage
Ja zur Solidarität

Verbraucher- und Patientenberatung
Fördergeld für die Beratung

Patientenrechte
Serviceteams helfen Patienten

Patientenschutz
Der Konsens steht noch aus

Studie zum Bewegungsverhalten
Wie fit ist unsere Jugend?

MedicusTel
Medizinische Information am Telefon

Inline Skatin und Rope Skipping
Vitaminkur für den Schulsport

Hormonersatztherapie
Nutzen und Risiken abwägen

AOK-Online-Beratungen
Tipps zur Ernährung und Fitness

PRÄVENTION

Gesundheitsvorsorge
Prävention mit neuer Qualitätssicherung

Die „großen Volkskrankheiten"
Alltagsverhalten ändern

Gesund im Job
Neue Strategien zur Gesundheit am Arbeitsplatz

Studie
Birgt der Arbeitsplatz Gesundheitsgefahren?

Fehlzeiten-Report
Der Krankenstand ist leicht gestiegen

Selbsthilfeorganisationen
Mehr Hilfe zur Selbsthilfe

PFLEGE

Mehr Qualität in der Pflege
Bundesregierung hat zwei Gesetze eingebracht

Richtlinien Häusliche Krankenpflege
Kampf dem Dekubitus

Leistungen der Pflegeversicherung
Mehr Hilfe für Demenzkranke

Betriebsvergleich
„WidO-PuLS" macht es möglich

Somit sind wesentliche Dimensionen der AOK-Agenda umrissen – und damit auch die *Analysethemen*, die im hier näher behandelt werden. Die folgenden fünf Abschnitte unterziehen die genannten Aktivitätszonen einer detaillierteren Betrachtung. Ein besonderer Augenmerk liegt dabei auf den Spannungen, die den einzelnen Handlungskomplexen inhärent sind. Dabei muß im Zugang auf die Empirie zwangsläufig ein Querschnitt gelegt werden: Vielfach finden sich zentrale richtungsweisende Indizien auf der Aggregatebene des *Bundesverbands*, ferner kann auf *exemplarische Aktivitäten einzelner Kassen* verwiesen werden, und schließlich lassen sich typische Handlungskonstellationen für die unterste Organisationsebene nachzeichnen, was hier – jeweils in eigenen Unterabschnitten – unter Verweis auf Befunde über die *AOK Hessen* erfolgt. Hinzu kommen – graphisch vom Haupttext abgesetzt – Hintergrundinformationen, die wesentliche Handlungsvoraussetzungen der Akteure des AOK-Systems beleuchten.

Untersuchungsinstrumente der vorliegenden Studie

Grundlage der folgenden Darstellung ist eine selbst durchgeführte qualitative Fallstudie. Durchgeführt wurde eine Mehrebenenanalyse auf der Basis vielfältiger Erhebungsquellen: (1) Dokumentationen und Gespräche auf der Ebene des Bundesverbandes, (2) öffentliche Fremd- und Selbstbeschreibungen in der Fachpresse und allgemeine Informationsmedien für das gesamte AOK-System sowie eine in-depth-Studie auf der regionalen Ebene einer Einzelkasse (der AOK Hessen). Die Erhebungen beziehen sich auf den Zeitraum 1995-2001. Ausgewertet wurden *Organisationsdokumente* wie Tätigkeits- bzw. Geschäftsberichte, Serienpublikationen, Zeitschriften verschiedener Art (für Funktionäre, Mitarbeiter, Mitglieder etc.) sowie interne Unterlagen (Sachstandsberichte, Jahresplanungen, Protokolle). Ferner wurden *Interviews* durchgeführt: Felderschließungsgespräche (mit Personen, die entweder bei einer offiziellen Anfrage zugeteilt wurden oder aber durch andere Kontakte bekannt waren), Informationsgespräche (fokussierte, protokollierte Interviews mit Personen, die Sachinformationen zu spezifischen Fragen vermitteln können) sowie Experteninterviews (ca. ein Dutzend; Gesprächspartner waren Funktionäre des mittleren Managements). Die Auswahl erfolgte nach Zuständigkeiten. Die Darstellung von Interviewpassagen erfolgt aufgrund entsprechender Zusagen anonym; sie werden mit für jede der untersuchten Einheiten getrennt vergebenen Nummern sowie den Untersuchungsort anzeigenden Kürzeln zitiert.[17]

2.1 Vertriebsorganisation: Sortieren oder selektieren?

In einer Hinsicht haben die Ortskrankenkassen nach der vollständigen Marktöffnung in jedem Falle Neuland beschritten: beim Aufbau spezifischer Vertriebsorganisationen. Der Bundesverband spielte dabei eine wichtige Rolle: Mit Hilfe der Unternehmensberatung McKinsey – die ab Mitte der 1990er Jahre den gesamten Bundesverband beriet – entstand das Konzept „MoVe", das die Entwicklung eines eigenständigen Außendienstes vorsah. Es wurde zunächst in Pilotprojekten (AOK Rheinland und Bayern) getestet und richtete sich vorwiegend auf die sog. Haltearbeit.[18] Der Aufbau des Außendienstes als eigener Organisationseinheit erfolgte bei allen Kassen des AOK-Systems – wobei der Bundesverband diesen Prozeß u.a. durch die Einrichtung einer „Vertriebswerkstatt" moderierte. Im Jahre 2000 gab es bundesweit ca. 2500 Außendienstler im Bereich der AOK. Der Vertrieb ist heute in der Regel nach „Privat"- und „Firmenkunden" getrennt; es kommen 'Vertriebskalender' zur Anwendung, die die Versicherten nach Abwanderungskriterien unterteilen sowie differenzierte Formen der Neukundenansprache vorsehen. Diese Sortierung von Zielgruppen geht mit Bemühungen einher, marktübliche Vertriebsformen zu etablieren. Allerdings stoßen diese an rechtliche Grenzen – „Herr Kaiser von der AOK"[19] gilt als Systemproblem. Denn dem Außendienst dürfen nur in

17 „B" steht für Bundesverband, „H" verweist auf die AOK Hessen.

18 Das Vertriebspersonal wurde kräftig aufgestockt (teilweise verzehnfacht), wobei der Zuwachs häufig aus dem eigenen Bestand kam.

19 So die Überschrift eines kritischen Artikels der Konkurrenz (Die Ersatzkasse 7/99).

geringem Umfang Werbeprämien gezahlt werden. Die vergleichsweise großzügige Honorierung von selbständigen Außendienstlern der AOK Schleswig-Holstein führte dementsprechend zu einer Klage vor dem Sozialgericht.[20] Auch das Outsourcing von Vertriebsoperationen ist rechtlich problematisch: Die Aufsichtsbehörden gehen davon aus, daß der Außendienst „Elemente der Mitgliederberatung" enthält, der nicht ausgelagert werden dürfe.[21] Dennoch ist es faktisch zu Outsourcing-Maßnahmen gekommen (s.u. den Fall der AOK Hessen).
Der Außendienst hat mittlerweile vorwiegend die Aufgabe, neue Mitglieder zu werben: Er wird aber auch in der Haltearbeit eingesetzt, etwa um bei Kündigungen nachzufassen. Hier kooperieren Außen- und Innendienst z.T. unmittelbar miteinander. Sämtliche Mitarbeiter werden heute bereits in der Ausbildung auf den Kassenwettbewerb eingestellt und durchlaufen ein „Basistraining Verkauf".[22] Haltearbeit erfolgt allerdings auch dadurch, daß spezifische Serviceleistungen beworben werden. Der finanzielle und rechtliche Spielraum für die Auflage zusätzlicher 'Satzungsleistungen' ist zwar gering. Doch haben die Kassen des AOK-System in den letzten Jahren – häufig im Gleichschritt mit der Konkurrenz – eine ganze Reihe sog. 'on top'-Leistungen kreiert, die den Mitgliedern exklusive Vorteile versprechen; einige konzipierte der Bundesverband, andere entstanden unter der Regie von Einzelkassen.[23] Die Palette reicht von Informations-Hotlines (z.B. für Beschwerden, Ratschläge oder medizinische Beratung) über den Versand von Auslandskrankenscheinen und Erinnerungen an Kinder-Kontrolluntersuchungen bis hin zum Vertrieb vergünstigter Produkte zur Gesundheitsförderung (im „Club Bleib gesund", über die Mitgliederzeitschrift). Zusatzleistungen gibt es v.a. im Bereich der Haushaltshilfen oder Mütterkuren sowie im Bereich alternativer Heilmethoden. Viele Einzelkassen haben auch die Finanzierung besonderer Diagnoseverfahren angeboten (z.B. Hautchecks oder Nierenscreening für Neugeborene). Ernährungsberatung und Kurse zur Gesundheitsförderung vervollständigen das Angebot.[24] Unternehmen werden „Fehlzeitenreports", betriebsbezogene Gesundheitsanalysen sowie Beratungen in Sozialversicherungsangelegenheiten offeriert. Mitunter erledigen Außendienstarbeiter auch 'lästigen Verwaltungskram'.

Die Vertriebsstrategien der AOK Hessen

Der hessische Fall ist ein gutes Beispiel für den Aufbau einer eigenständigen Vertriebsorganisation im AOK-System. Bis Anfang der 1990er Jahre hatte sich der Außendienst auf die Unternehmensbetreuung beschränkt. Dabei nahmen die Krankenkassen auch Kontrollfunktionen wahr (Betriebsprüfungen[25]). Die Unternehmensbetreuer sollten aber schon damals versuchen,

---

20 Die Beschäftigung selbständiger Außendienstmitarbeiter, denen die Kasse Werbeprämien von bis zu 150 DM für 'gute Risiken' zahlte, wurde von der Konkurrenz als Verstoß gegen die Wettbewerbsordnung interpretiert, vom Vorstand indes (in Gesundheit & Gesellschaft [GG] 9/98:52) als „Instrument zur Wahrung des Solidarprinzips" bezeichnet, da man Zielgruppen anwerben wolle, „die die Versichertengemeinschaft stärken".

21 Prüfbericht Bundesversicherungsamt (1998:67).

22 Vgl. Welt am Sonntag (17.6.02).

23 Wie eine Untersuchung des Bundesverbandes der Caritas gezeigt hat, bietet das AOK-System in vergleichsweise hohem Maße Satzungsleistungen an (vgl. Sozialcourage 4/2001; siehe auch Finanztest 1/02). Nicht selten dienen die Angebote Marketingzwecken. Typische Beispiele sind: Die Ausgabe von Schutzwesten für Schülerlotsen in Schleswig-Holstein oder die Einrichtung eines Taxi-Dienstes (mit Pauschaltarif) für jugendliche 'Nachtschwärmer' in Sachsen-Anhalt (letzteres Angebot wurde sogar in „Bild der Frau" vom 25.3.02 als Erfolgsstory präsentiert).

24 Das Kursangebot dient ebenfalls vielfach Marketingzwecken, wie mitunter offen eingeräumt wird (vgl. den Beitrag des Marketingleiters der AOK Baden-Würtemberg für AOK Management [AM] 2/96:12). Es umfaßt Programme zur Gewichtsreduktion oder zur Stressvermeidung, zur Vorsorge für Kleinkinder oder zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vgl. dazu auch die Beispiele in GG (7/99:24f) sowie die Ausführungen weiter unten in Abschnitt 2.4..

25 Betriebsprüfungen sind heute alleinige Angelegenheit der Rentenversicherungsträger. Die AOK hatte zwischenzeitlich den Prüfungsbetrieb vom Außendienst organisatorisch abgetrennt.

Arbeitgeber dazu zu bewegen, ihren Mitarbeitern eine Versicherung bei der AOK zu empfehlen. Als Gegenleistung kam allerdings nur das allgemeine Angebot der Fachberatung in sozialversicherungsrechtlichen Belangen in Frage. Daneben gab es nebenberufliche Aktivitäten von Mitarbeitern, die – mit Aussicht auf eine geringfügige Prämie – im Familien- oder Freundeskreis warben. Nach der Fusion der hessischen Ortskrankenkassen im Jahre 1993 zu einer landesweiten Organisation oblag der Außendienst zunächst den neugegründeten Regionaldirektionen; diese sollten das o.g. Bundesprojekt MoVe auch in Hessen umsetzen. Dabei wurden Mitglieder persönlich aufgesucht und u.a. dazu bewegt, eine „Versicherungsurkunde" zu unterschreiben, die die 'Geschäftsbindung' an die AOK symbolisieren sollte.
Mit den 'Versicherungsvertretern' des Vertriebs wurde ein ganz neues Mitarbeitersegment aufgebaut; nur wenige Beschäftigte wechselten vom Innen- in den Außendienst. Bei der Schulung von Vertriebskräften kooperierte man mit der Unternehmensberatung Kienbaum. Die AOK Hessen richtete einen „Firmenkundenservice" ein, der eine strategische Betreuung der Arbeitgeber sicherstellen sollte: Es ging darum, den „Servicegedanken an die Firmen heranzutragen. Man hat also gesagt, die AOK hat sich gewandelt, hat die Situation der AOK vorgestellt, und hat also gesagt, wir wollen mehr nur als eine Krankenkasse sein, Arbeitgeber, sag' mir, was verlangst Du von der Krankenkasse?" (Interview H1). Geboten wurden jetzt verschiedene Dienstleistungen wie Sozialrechtsberatung, Formalitätenübernahme, Krankenstandsuntersuchungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich der Gesundheit am Arbeitsplatz.[26] Dabei teilte man im übrigen die Unternehmen in Zielgruppenkategorien (nach Maßgabe der durchschnittlichen Deckungsbeiträge) und betreute sie – einem Konzept des „key account management" folgend – mit unterschiedlicher Intensität.[27] Mit dieser Ausrichtung des Firmenkundenservices reagierte die AOK auf den Umstand, daß ihrer Erfahrung nach Arbeitgeber häufig Einfluß auf die Kassenwahl ihrer Mitarbeiter ausüben.[28]
Für das „Neukundengeschäft" wurde eine eigene Suborganisation mit zentraler Leitung und dezentralem Unterbau gegründet. Die mittlerweile über 200 Mitarbeiter bemühen sich gezielt um Mitgliederakquise: „Wir haben natürlich nur die Versichertengruppen herausgesucht, die schon – egal welcher Alters- oder welcher Einkommensgruppe die angehören – einen durchweg positiven Deckungsbeitragssatz mit sich bringen, ... die halt so die Rosinen bringen" (Interview H1). Zielgruppen sind vorrangig Berufsstarter und Studenten, Arbeitnehmer bis 40 Jahre und Selbständige. Dabei geht es zunächst um die 'Qualifizierung' von Adressen, also die Ermittlung von potentiell an einer Mitgliedschaft interessierten Personen.[29] Zu diesem Zweck werden z.B. Schülern Unterrichtseinheiten in Sozialkunde, Berufsinteressentests und Bewerbungstrainings angeboten, hinzu kommen Preisausschreiben und Informationsstände auf Veranstaltungen. In einem zweiten Schritt erfolgt dann die persönliche Kontaktaufnahme. Dieser Vertriebsprozeß ist mit Hilfe von Mitarbeitergesprächen und Schulungsprogrammen[30] sowie einer Kundendatenbank und eines akribischen Controllings immer weiter perfektioniert

---

26 Unterstützt wird dieser außendienstgestützte Service durch die Arbeitgeberzeitschrift Praxis-aktuell ([PA], mit Hessenteil), einen Fax-Service mit Neuigkeiten im Sozialrecht sowie Informationsveranstaltungen für Firmenkunden bzw. deren Personalabteilungen (an über 30 Standorten).

27 Vgl. dazu AM (7/97:19ff) sowie Insider ([Mitarbeiterzeitung, IN] 4/97:4, 5/97:3, 1/98:5). Nach der gesetzlichen Wiedereinführung der betrieblichen Prävention unter Kassenregie im Jahre 1999 wurde eine „Stabsstelle Gesunde Unternehmen" aufgebaut, die einzelnen Betrieben Expertisen anbieten und im Hinblick auf Gesundheitsschutz beraten soll. Ein traditioneller Schwerpunkt liegt bei der Betreuung von Mitarbeitern der Flughafen AG Frankfurt (IN 4/94:4, AM 3/97:24f, GG 10/00:45). Zunehmend geht es indes um die Reduzierung von Kosten und die Erhöhung des AOK-Marktanteils: „Die Stabsstelle ist im Geschäftsbereich Markt nicht ohne Grund angesiedelt" (Interview des Leiters, IN 5/98:5).

28 In einer AOK-Befragung erklärten 2/3 der kontaktierten Unternehmen, daß sie Mitarbeitern eine Krankenkasse empfehlen. Das geht aus einer Unterlage („Image-Bilanz") hervor, in der die AOK Hessen Imagestudien auswertet und kommentiert (vgl. Image-Bilanz 1999:59).

29 Erfolge auf diesem Gebiet werden auch schon einmal in der Mitarbeiterzeitung gefeiert (vgl. IN 4/98) „Zielgruppenmarketing: 600 Adressen gewonnen bei Uni-Aktion" (in Gießen).

30 Vgl. zu den Schulungsprogrammen, die zuweilen 'Eventcharakter' haben auch AM (2/97:7).

worden. Dabei kommen auch umfangreiche Informationsmaterialien zum Einsatz, die je nach Zielgruppe individuell zusammengestellt werden. Es existiert ein gestaffeltes, individualisiertes Provisionssystem, das die Mitarbeiter zu höheren Akquiseraten motivieren soll. Im Rhein-Main-Gebiet bedient man sich einer Quasi-GmbH, so daß dort höhere Prämien gezahlt werden können.[31] Im Vertriebsalltag kommt es bisweilen zu Unregelmäßigkeiten: Die Abteilung setzt 'unlautere' Methoden, wie z.B. Beitragssatzvergleiche in Direktmailings ein, oder die Mitarbeiter manipulieren Akquisedaten gegenüber ihrem Arbeitgeber (IN 7/97:5): „Da kann natürlich so eine Art Drückermentalität entstehen, wir versuchen das ... möglichst zu vermeiden" (Interview H1). Wie andere Kassen auch erhalte die AOK Hessen gelegentlich Abmahnungen von der Konkurrenz, aber: „Im Privatversicherungsbereich ist das noch viel, viel schlimmer."

Fazit: Es wird deutlich, daß das AOK-System einen neuartigen Umgang mit (potentiellen) Versicherten pflegt; es erlebt hier eine Art Kulturbruch, weg vom Verwalten, hin zum Verkaufen. Der Zugang auf die 'Kundenumwelten' erfolgt differenziert nach Zielgruppen, was zunächst einer *Logik des Sortierens* folgt, also dem Zweck einer rationalisierenden Arbeitsteilung. Die AOK ist institutionell, aber in gewisser Weise auch moralisch auf diese Art der Zielgruppendifferenzierung verpflichtet – andernfalls verliert der gerade von ihr reklamierte institutionalisierte Lastenausgleich im Kassenwesen seine 'Geschäftsgrundlage' (s.u.). Bei der Wahl der Zielgruppen deutet sich aber gleichzeitig das an, was in der Fachöffentlichkeit mittlerweile unumstritten ist: Die Vertriebsarbeit im Kassenwesen vollzieht sich zugleich – auch innerhalb des AOK-Systems – vielfach in einer *Logik des Selektierens*: Zwar ist die Zielgruppenfixierung nicht immer sozial diskriminierend, wie die flächendeckenden Aktionen für Berufsstarter und Schüler zeigen. Doch gibt es – als Resultat des harten Mitgliederwettbewerbs – durchaus eine selektive Zielgruppenansprache.[32] Die AOK zielt also mit ihrer Vertriebsorganisation bzw. den von ihr einsetzbaren Akquiseinstrumenten implizit auf 'gute Risiken' ab – allerdings ohne daraus eine diskretionäre Politik zu machen.

2.2 Leistungsmanagement: Rationalisieren oder rationieren?

Im Oktober 1996 diskutiert der Bundesverband auf einem Symposium (Titel: „AOK im Dialog") „Ansätze für eine deutsche Variante von Managed Care". In einem Vortrag definiert der damalige Verwaltungsratsvorsitzende u.a. als Ziel dieses Ansatzes, „Patienten ... gezielt durch das komplexe Versorgungssystem zu lotsen, ohne ihre Autonomie zu beschränken."[33] Für die Kassen sei dies Neuland: „Wir ... haben häufig nur reagiert, statt zu agieren. Wir haben auf den Antrag des Versicherten gewartet, statt ihn zu fragen, wie wir die Kette seiner Versorgungsbedarfe qualitäts- und effizienzorientiert gestalten können." 'Managed Care' hingegen bedeute, daß „hier eine kompetente Organisation Verantwortung für die Mitwirkung an den medizinisch-sozialen Prozeßketten wahrnimmt" – es liegt nahe, daß er an die AOK denkt. Die „Managed Care"-Ansätze beziehen sich zu einem großen Teil auf den Umgang mit dem einzelnen Behandlungs- bzw. Versorgungsfall.[34] Dem Konzept – im AOK-System, aber auch in anderen Kassen spricht man vielfach von *Leistungsmanagement* – können (direkt oder

---

31 Dies ist nur möglich aufgrund einer besonderen rechtlichen Konstruktion (die GmbH leistet nur die Personalvermittlung). Dennoch handelt es sich um ein 'heißes Eisen' – folglich bereitete man in der PR-Abteilung auch eine 'Krisenkommunikationsstrategie' vor, die man aber noch nicht anwenden mußte.

32 Zudem ist augenfällig, daß im wesentlichen solche 'on top'-Leistungen als Werbeinstrument aufgelegt werden, die besonders von sozial Bessergestellten nachgefragt werden (dazu mehr unter 2.4.).

33 Das Symposium und die Rede sind in einer Broschüre dokumentiert (AOK im Dialog 1996 [AD], Zitate: 52-54). Zu „Managed Care" siehe die Ausführungen weiter unter.

34 Diese Komponente ist analytisch von Verfahren der *Struktursteuerung* zu unterscheiden, die sich beispielsweise auf die strukturelle Vernetzung von Leistungsanbietern richten (s.u.). Vielfach werden Leistungsmanagement *und* Struktursteuerung als integrale Bestandteile von 'Managed Care' betrachtet.

indirekt) eine ganze Reihe verschiedener Maßnahmen zugeordnet werden. Es geht grundsätzlich darum, den Versorgungsprozeß fallweise und ohne (rechtsverbindliche) Vereinbarung mit Externen mitsteuern zu können. Ziele sind – in den Worten der AOK – „zufriedene Kunden", „Qualitätssteigerung" und „weniger Ausgaben".[35]
Der Bundesverband zeigte sich – angeregt durch den oben bereits erwähnten Unternehmensberatungsprozeß – bemüht, entsprechende Instrumente und Programme im gesamten AOK-System auszubreiten. Er wollte „nicht mehr der reine Verband" sein, der „oben drüber steht". Sondern „wir fühlen uns jetzt auch dafür verantwortlich ..., daß die Dinge funktionieren." (Interview B3). Es entstand ein gesonderter Projektbereich, der später in die Linienorganisation überführt und schließlich zu einem eigenen „Geschäftsbereich" wurde.[36] Man konzentrierte sich zunächst auf die Schnittstellenkontrolle bei langfristiger Arbeitsunfähigkeit und besonderem Versorgungsbedarf; später kamen weitere Projekte hinzu.[37] Programme des Leistungsmanagements wurden auch auf der regionalen Ebene konzipiert. So boten einzelne Kassen niedergelassenen Ärzten an, deren Verschreibungsverhalten mit Hilfe einer vom WIdO entwickelten Software im Hinblick auf Einsparpotentiale (Generika, Importe) zu durchleuchten. Ferner kamen Instrumente zum Einsatz, die auf die effiziente Verwendung von Hilfsmitteln abzielten.[38] Einige Kassen haben zudem begonnen, Versicherten günstige Anbieter im Kur- und Rehabilitationsbereich zu empfehlen; gelegentlich werden solche Empfehlungen auch für den stationären Sektor ausgesprochen.
Was die bundesweit ergriffenen Maßnahmen betrifft, so stellt das sog. *Krankengeldfallmanagement* den gegenwärtig am weitesten entwickelten Interventionsbereich dar. Hier arbeiteten Ende 2000 über das ganze AOK-System verteilt etwa 3600 Beschäftigte. Das Programm entstand Mitte der 1990er Jahre als Reaktion auf eine verstärkte Kostendynamik bei den Ausgaben für das Krankengeld. 'Gesundheitsberater' sollten in ständigen Kontakt mit über längere Zeit arbeitsunfähigen Mitgliedern treten und mit diesen Anschlußbehandlungen oder Folgemaßnahmen abklären, z.B. um „an den Schnittstellen zur Rehabilitation und Rentenversicherung Wartezeiten zu verkürzen" (Bilanz 1997/98:52). In den Pilotprojekten ergaben sich nach Angaben der Organisation erhebliche Einspareffekte. Gleichzeitig wird berichtet, die Klienten hätten sich in Befragungen sehr positiv über die neue Betreuungsform geäußert: Sie schätzten „die persönliche Zuwendung" und die „vertrauliche Atmosphäre, in der die Beratungsgespräche stattfanden" (ebd.). Als ein möglicher Nutzen wurde auch die Verminderung von Gehaltseinbußen durch die Beschleunigung von Überleitungsprozessen genannt. Mittlerweile ist das Programm in den Normalbetrieb aller Ortskrankenkassen integriert: Es gibt Qualifizierungsprogramme, Geschäftsstellenspezialisten, Controllinginstrumente, Qualitätszirkel und 'Fallkonferenzen', auf denen besondere Problemkonstellationen beraten werden.
Das AOK-System investierte zudem in das *Fallmanagement für chronisch Kranke* (v.a. solche mit Rückenerkrankungen, aber auch Dialysepatienten, Diabetiker sowie Pflegeheimbewohner) – und zwar bereits im Vorfeld der Einführung der gesetzlichen Förderinstrumente im

---

35 Zitate aus der Bilanz 1997/1998:52f., in einem Bericht des „Projektbereichs Marktentwicklung".

36 Die neu geschaffene Abteilung befaßte sich auch mit der Ausgestaltung von 'marktgängigen' Leistungen für Versicherte. Dabei geht es um Zusatzangebote (Satzungsleistungen) jenseits des gesetzlich fixierten Leistungskatalogs und auch darum, „nach außen zu demonstrieren, wie leistungsstark wir sind" (Interview B3). Im weiteren werden diese Aufgaben der Abteilung ausgeklammert.

37 Von Leistungs- bzw. Fallmanagement wird auch im Zusammenhang mit der Kostenkontrolle im stationären Sektor gesprochen. Mehr dazu weiter unten am Beispiel Hessens.

38 Hierbei ergeben sich im übrigen gewisse Probleme: Es geht um die Unterscheidung von „Gebrauchsgüter(n), die im Trend der Zeit als gesundheitsorientiert ausgelegt werden," (GG 8/99:30), es aber nach Auffassung der AOK nicht sind, und „Hilfsmitteln ..., die von den Beitragszahlern solidarisch finanziert werden" (ebd.: 31). Da ein verbindliches Hilfsmittelverzeichnis fehle und Auslegungsmöglichkeiten bestünden, müßten bei ärztlicher Verordnung auch Hilfsmittel leistungsrechtlich geprüft werden, die nicht im Verzeichnis stehen. Hier sieht die AOK Rationalisierungspotential, das sie durch die Schaffung von Hilfsmittelpools oder sog. Versorgungspauschalen zu erschließen versucht (sie 'mietet' z.B. Hilfsmittel beim Händler, anstelle sie, wie sonst üblich, zu kaufen).

Jahre 2001 (s.u.). Wiederum übernahm der Bundesverband federführende Funktionen. In sog. „Versichertenbegleitprogrammen" beobachteten 'Gesundheitsberater' im Direktkontakt mit den Versicherten den therapeutischen Prozeß über verschiedene Versorgungsstufen hinweg, um etwaige Bruchstellen zu kitten. Die „Fallmanager" wurden auch hier bei Überleitungen tätig und traten in diesen Fällen mit dem behandelnden Arzt oder dem Medizinischen Dienst in Kontakt. Dabei ging es um die Wahl von Versorgungseinrichtungen oder Hilfsmitteln, aber auch um die Suche nach wohnortnahen Versorgungsangeboten. Ziel war auch der Abbau von Kommunikationsdefiziten innerhalb der AOK sowie zwischen allen übrigen am Versorgungsprozeß beteiligten Akteuren. Mittelfristig sollte eine leitliniengestützte Kontrolle von Betreuungsstandards erreicht werden. Das langfristige Ziel war auch hier, „wirtschaftlicher und patientenfreundlicher" zu operieren (Bilanz 1998/1999:74). Im Zentrum stand zunächst das Projekt VERTIGO: Es wurde ab 1998 in Bremen und Göttingen pilotiert und danach auf andere Regionen (u.a. Hamburg, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) übertragen.[39] Andere Einzelkassen entwickelten ähnliche Konzepte in Eigenregie.[40]
Ein weiteres Aktionsfeld ist das *Behandlungsfehlermanagement*, das zuerst von der AOK Rheinland angeboten wurde. Auch hier wurde das nationale Netzwerk tätig: Unter dem Motto „Mehr Schutz für den Patienten" (Bilanz 1999/2000:17) befaßte sich eine „Arbeitsgruppe Managementprozesse" beim AOK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit Experten aus dem Bereich Patientenrechte/Verbraucherschutz mit Möglichkeiten eines Beratungsservices für Versicherte, bei denen ein Verdacht auf Behandlungsfehler vorliegt. Ziel war die Sicherstellung eines „einheitlichen Marktauftritts der AOK auf dem 'Beratungsmarkt'" (ebd.:18). Im weiteren Verlauf entwickelten alle Landeskassen ein entsprechendes Angebot, wobei die 'Service-Teams' mit den Rechtsabteilungen verkoppelt wurden. Die 'Gesundheitsberater' sammeln „Fakten ... für ein eventuelles Fehlverhalten von Ärzten" und leiten gegebenenfalls einen Regreß ein – als „Anwalt von Patienten und Versicherten" (Bilanz 1997/99:68f; vgl. auch Bilanz 2000/2001:39). Im übrigen hat „häufig auch die AOK Anspruch auf Schadensersatz ..., so daß die Interessen der Versicherten und der AOK miteinander verknüpft werden."[41]

Leistungsmanagement bei Krankenhausbehandlungen in der AOK Hessen

Wie andere Kassen des AOK-Systems bemüht sich die AOK Hessen bereits seit geraumer Zeit um eine gezielte Kontrolle der Abrechnung stationärer Behandlungsfälle. Die Marschroute verdeutlicht das folgende Zitat einer Referatsleiterin: „Wir bekommen eine ... Leistungs- und Kostenkalkulationsaufstellung, mit diesen Informationen bereiten wir uns intern vor und überlegen an fest definierten Hebeln ..., welche Möglichkeiten wir haben, mit den Krankenhäusern, ... Kosten zu reduzieren oder Verhandlungsbereiche zu optimieren. Beispielsweise gucken wir: werden ... kurze Verweildauer dem Krankenhaus auffällig, mit einer Operation die man z.B. auch ambulant machen könnte; werden die Patienten mehrere Tage vor der Operation aufgenommen und stationär abgerechnet, aber man könnte auch vorstationär abrechnen;

---

39 Das Projekt der AOK Bremen ist typisch: Hier wurde ein halbes Dutzend von Fallberatern eingesetzt; es handelte sich um Mitarbeiter mit klassischer AOK-Ausbildung und Weiterqualifizierung. 50-60% der Kontakte fanden telefonisch statt, ansonsten erfolgten Beratungen in AOK-Räumen oder Hausbesuche. Rückenkranke waren die erste Zielgruppe, weil man hier eingespielte Rehabilitationsangebote unterbreiten konnte. Später kamen weitere Patientengruppen sowie Pflegeheimbewohner hinzu. In 'Kundenbefragungen' wurde eruiert, ob die Patienten mit dem AOK-Angebot zufrieden waren.

40 Beispielsweise schloß die AOK Niedersachsen mit einem universitätsnahen Institut einen Vertrag zur regelmäßigen Betreuung ausgewählter Rheumakranker (vgl. Ärzte-Zeitung 14.3.00; SZ vom 13.3.01.). Die AOK Rheinland startete ein Projekt zur Begleitung von Brustkrebspatientinnen (vgl. ebd. 22.3.00). In Schleswig-Holstein fährt die AOK seit 1997 ein Beratungsprogramm für Versicherte mit besonderen Gesundheitsrisiken und läßt dieses Programm durch das WIdO evaluieren (GG 9/99:56).

41 Letzter Satz eines Artikels für GG (6/00:15).

gibt es Auffälligkeiten wenn ein neuer Chefarzt kommt" (Interview H6). Die ca. 150 sog. „Krankenhausfallmanager" arbeiten auf der Grundlage eines Handbuchs in sieben Regionaldirektionen. Sie rufen Ärzte an, erbitten ggf. Kurzberichte über Diagnosen etc. oder wenden sich in Einzelfällen auch an Patienten, um die Informationen der Kliniken zu überprüfen. Falls entsprechende Befunde vorliegen, erhebt die AOK Regreßforderungen.[42] Das Kostenmanagement umfaßt auch die reibungslose Überleitung in Anschlußbehandlungen (Pflege, Reha etc.), wobei die AOK de facto Aufgaben der sozialen Dienste der Krankenhäuser übernimmt, denn indem „wir diese kostenintensiven Behandlungen abnehmen und steuern in einer Hand, können wir an Behandlungstagen gewinnen" (ebd.). Die Ergebnisse des Controllings werden statistisch erfaßt und in der Zentrale zusammengetragen. Sie dienen zugleich als Informationsgrundlage für den „Budget-Poker" (Bilanz 2000/2001:24), also die Haushaltsvereinbarungen zwischen den einzelnen Kliniken und der AOK als (Teil-)Kostenträger. Die zuständige Abteilung hat die Krankenhauslandschaft in kooperative und nicht-kooperative Häuser eingeteilt. Letztere schalten bei strittigen Kostenübernahmen häufiger Gutachter oder auch schon einmal die Presse ein – ein „Kleinkrieg" aus Sicht einer zuständigen AOK-Expertin (Interview H6). Die AOK wiederum kann diese 'feindlichen Kliniken' mit der Befristung von Kostenübernahmen oder mit „Behinderungsanträgen" bei den behandelnden Ärzten unter Druck setzen.[43]

Zwischenzeitlich hatte die AOK Hessen (in Anlehnung an ein Bundesprojekt) solche Fallmanager auch in Büros einzelner Modellkrankenhäuser untergebracht; das habe sich aber nicht rentiert: „Die Mitarbeiter kommen nicht zu ihrer Tätigkeit ..., sondern werden in Anführungszeichen für alles, was man halt mal so über die AOK wissen wollte, befragt. Wir können unsere Steuerung mit den Klinikärzten nicht führen ...: dann rennt man mit denen im Gleichschritt über den Gang, und wenn man mit denen telefoniert, sind sie eben für einen da" (ebd.). Das Projekt wurde deshalb wieder aufgegeben.

Konzeptionell plädiert (auch) die AOK Hessen für eine radikale Umstellung der 'Wirtschaftsbeziehung' zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Der (gesetzlich bereits auf den Weg gebrachte) Einstieg in eine fallpauschalgestütztes Vergütungssystem wird ausdrücklich begrüßt. Man will jedoch noch weiter gehen: Entsprechende Vorstellungen wurden im Jahre 2000 auf dem alljährlichen Herbstforum diskutiert, das den Titel „Zukunft Krankenhaus: Marktplatz für Qualität und Leistung" trug. Die Referate verhandelten Themen wie Leistungsvergleiche, Patientenwahlrechte und 'leistungsbezogene' Vergütungen. Der (ehemalige) Vorstandsvorsitzende nannte als Zielsetzung der AOK Hessen, zum „'Einkäufer' von qualitativ hochwertigen integrierten Behandlungsketten für unsere Versicherten" zu werden. Auf der gleichen Veranstaltung präsentierte die AOK entsprechende Versorgungsverträge mit einzelnen Klinikverbünden.[44] Solche Verträge machen einzelfallbezogene Kostensteuerungsverfahren möglicherweise überflüssig und verlagern das Leistungsmanagement auf die Ebene der Vertragspolitik.

---

42 Vgl. dazu die Selbstdarstellung in AOK Aktuell, dem Info-Dienst der AOK Hessen [AA] (5/01:2ff).

43 Auch in den Budgetverhandlungen steckt „gewaltiges Konfliktpotential" (vgl. IN 4/00:3). Es kann vorkommen, daß Kliniken dabei mit der Abmeldung von AOK-Versicherten in ihrer Belegschaft drohen, falls ihre Vorstellungen nicht erfüllt werden. In 'Krisenregionen' wie Berlin (wo überdurchschnittlich hohe Fallkosten anfallen) werden solche Kontroversen auch öffentlich ausgetragen. Hier nutzten Ortskrankenkassen verschärfte Sanktionierungsinstrumente wie die Befristung von Kostenübernahmen (vgl. SZ 28.7. oder Die Welt 26.7.00 sowie 11.7.01).

44 Dazu gehören z.B. die sog. „Stroke units" als auf die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten spezialisierte Abteilungen in überörtlichen Versorgungsverbünden, die über sog. Komplexpauschalen finanziert werden und Nachsorge- sowie Garantieleistungen übernehmen (vgl. AA 5/99:2ff). Vom Konzept her vergleichbare Sonderverträge hat die AOK Hessen auch mit Herzkliniken abgeschlossen (vgl. Presse-Informations-Dienst [PID] vom 24.6.99).

Fazit: Die AOK versteht Leistungsmanagement als Rationalisierungspraxis, bei der der 'Kunde' zum 'König' erklärt und gleichzeitig der Ressourceneinsatz fallweise effizienter gestaltet werden kann – und zwar im Interesse aller Versicherten: Die einen (die Betroffenen) werden unterstützt, die anderen (die Beitragszahler) werden entlastet. Mehr Wirtschaftlichkeit soll auf Kosten Dritter erzielt werden: Die Verkürzung von Überleitungen geht mit geringeren Erträgen von Leistungsanbietern einher, und die Aufdeckung von Behandlungsfehlern setzt die Ärzte unter Druck. Der besondere Charme des Leistungsmanagements liegt dabei in der vergleichsweise hohen Handlungssouveränität des AOK-Systems – man kann andere Akteure im Gesundheitssystem nach Recht und Gesetz zu Handlungen bewegen und braucht keine Vertragspartner: „Das können wir alleine, autonom" (Interview B3).
Und doch handelt es sich um eine schwierige Gratwanderung: Zunächst wird erkennbar, daß die Betreuungsangebote konzeptionell auf Fälle ausgerichtet werden, in denen sie sich finanziell rechnen. Für andere Fälle ist sie eigentlich nicht gedacht – diese Selektivität könnte so manchen 'Kunden' verschrecken. Ein ähnliches Risiko bergen die beim Fallmanagement greifenden Anreizstrukturen: Sie sind so angelegt, daß Patienteninteressen von den Beratern übergangen und beispielsweise medizinisch indizierte Warteschleifen voreilig verkürzt werden könnten.[45] Dies ist innerhalb des AOK-Systems auch durchaus so wahrgenommen werden: Es gab „Kritik aus den eigenen Reihen, die sagten, was ihr da macht, ihr spart auf Kosten der Versicherten" (Interview B3). Am Beispiel des Krankenhausbereiches zeigt sich, daß solche Wahrnehmungen auch in der Medienöffentlichkeit verbreitet sind.[46] *Rationalisierung* erscheint gerade hier vielfach als *Rationierung*. Im übrigen ist der Druck auf die Leistungsanbieter möglicherweise nicht immer im Interesse der Versicherten. Die Fallberater werden zwar als Partner, als „Hilfestellung" für die Ärzte beschrieben, aber ihre Tätigkeit harmoniert häufig nicht mit der Berufskultur von Medizinern. Programme wie das Behandlungsfehlermanagement könnten über den einzelnen Fall hinaus das Gegenteil dessen bewirken, was sie beabsichtigen: Sie befördern ein 'Sicherheitsverhalten' bei riskanten Abwägungen anstelle eines im medizinischen Versorgungsprozeß nicht selten unumgänglichen 'trial and error' – und auch dies ist eine Form der Rationierung.

2.3 Strukturpolitik: Prima versorgen und sparen?

Im deutschen Gesundheitswesen können Krankenkassen auch Einfluß auf die Gestaltung von Versorgungsstrukturen ausüben. Dies erfolgt zunächst in Gestalt einer *aktiven Konzeptarbeit*, durch die gerade Großkassen wie die AOK auf das gesundheitspolitische 'Regulierungsklima' einwirken.[47] So trugen die Kassenverbände mit den Vertretern der Leistungserbringer über Jahre hinweg einen Streit über die Nützlichkeit von Arzneimittelbugets aus.[48] Gleiches gilt für

---

45 Daß dabei auch der Eindruck entstehen kann, Fallmanagement richte sich explizit *gegen* Versicherte richtet, zeigt das Beispiel der Betriebskrankenkasse (BKK) Berlin. Hier wirkt das Krankengeld-Management wie eine 'Blaumacher'-Kontrolle – ganz in der Tradition der deutschen Krankenkasseninspektoren (vgl. Berliner Morgenpost 5.2.01).

46 So meldete die Presse in Hessen: „AOK: Übernachtung vor OP wird nicht bezahlt", und: „AOK Hessen zahlt die Behandlung nicht mehr" (BILD-Zeitung 18.6.99), zum selben Thema auch Wiesbadener Kurier (10.8.99; 21.8.99) sowie FR 25.5.97 (auch Offenbach-Post). Und ein AOK-Vertreter: „Wir sagen..., es sind Sparpotenziale da. (...) Wir ... fordern in Hessen Bettenabbau sowie die Schließung ganzer Krankenhausabteilungen und -häuser" (Oberhessische Presse 19.5.00).

47 Die Konzeptarbeit ist nach Fachgebieten unter den Spitzenverbänden aufgeteilt: Die AOK hat die Federführung für den ambulanten Sektor. Aufgrund ihrer Größe ist sie aber auch auf den anderen Gebieten sehr präsent. V.a. der Bundesverband profiliert sich durch eine breite Rezeption 'zeitgemäßer' Steuerungskonzepte (wie z.B. „Evidence Based Medecine" oder „Health Technology Assessment").

48 Das Instrument war 1993 vom Gesetzgeber eingeführt worden. Die Kassen mußten auf Landesebene nach Maßgabe des bestehenden Verordnungsvolumens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Ausgabenobergrenzen vereinbaren und griffen dazu auf ihre statistische Expertise zurück (vgl. GG 7/00:36ff, 10/00:14f). Im Falle einer Verhandlungsblockade waren Schiedsämter am Zuge. Die bei

das Instrument der Arzneimittelfestbeträge, die Substitution von Originalpräparaten durch Generika bzw. Reimporte oder die Zulassung des Arzneimittelversandhandels. Solche Einflußversuche greifen auch dort, wo eine Alleinverantwortung beim Gesetzgeber oder bei den Kassenärzten vorliegt: Ein interessantes Beispiel ist die Unterstützung der AOK für den im Frühjahr 2000 von den Ersatzkassen eingebrachten Vorschlag, die Höhe der Arzthonorare vom jeweiligen Behandlungserfolg abhängig zu machen. Die AOK Rheinland kündigte hier sogar ein eigenes Modellprojekt an (vgl. Ärzte Zeitung 29.3.00).

Darüber hinaus nehmen die Kassenverbände *verhandlungspolitischen Einfluß* auf Versorgungsstrukturen. So verhandeln Vertreter der AOK in den vom Gesetzgeber eingerichteten Bundesausschüssen, die mit Vertretern aller Spitzenverbände, der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie mit 'unparteiischen' Mitgliedern (mitunter ehemalige Kassenfunktionäre) besetzt sind. Diese Ausschüsse gelten heute als eine Art 'Nebengesetzgeber': Sie stellen Behandlungs- und Verordnungsleitlinien auf oder legen die Gewichtung von Arztleistungen innerhalb des sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) fest. Seit der Einführung eines neuen Finanzierungssystems für den Krankenhausbereich[49] existiert auch ein Bundesausschuß für Krankenhausangelegenheiten, der u.a. über die Modalitäten der Systemimplementation verhandelt. Die Normsetzungskompetenzen all dieser Ausschüsse sind in der jüngeren Vergangenheit deutlich angewachsen, v.a. im Bereich der Qualitätssicherung und bei der Aufstellung von Behandlungsleitlinien.[50]

Jenseits der allgemeinen Vertragspolitik haben in den letzten Jahren *kassenspezifische Maßnahmen zur Steuerung von Versorgungsstrukturen* signifikant an Bedeutung gewonnen. Der Gesetzgeber hatte den Krankenkassen in den 1990er Jahren die entsprechenden Werkzeuge an die Hand gegeben, indem er die Kassen dazu ermächtigte, Sonderverträge zur räumlich und zeitlich begrenzten Erprobung besonderer Versorgungsformen abzuschließen. Seit 2000 steht es den einzelnen Kassen frei, solche Angebote in die Regelversorgung zu überführen. Strukturpolitische Maßnahmen dieser Art wurden durch den AOK-Bundesverband bereits frühzeitig gefördert, und auch die Landeskassen ergriffen Initiativen. So wurden im AOK-System zunehmend Vertragsvereinbarungen mit spezifischen Leistungsanbieter(gruppe)n abgeschlossen. Ziel ist meist die Vermeidung von als unnötig erachteten Krankenhauseinweisungen bzw. Facharztbehandlungen. Vereinbarungen, die die AOK in Berlin und in Hamburg mit Vertretern der Ärzteschaft abschloß, sahen beispielsweise vor, daß Hausärzte bestimmte Auflagen vor einer Überweisung an Fachärzte oder in Krankenhäuser einhalten sollten. Dafür erhielten sie Sonderhonorare. In eine ähnliche Richtung gingen besondere Honorarvereinbarungen in Baden-Würtemberg oder in Bayern.[51]

Budgetüberschreitungen vorgesehenen Regresse sind allerdings niemals eingezogen worden; das System wurde im Jahre 2001 abgelöst.

49 Die Krankenhäuser erhalten sukzessive Fallpauschalen für ihre Leistungen unabhängig vom konkreten Einzelaufwand. Diese Fallpauschalen sind nach sog. „Diagnosis Related Groups" (DRG) ausdifferenziert. Vgl. dazu Simon (2000) sowie – zur Haltung des AOK-Bundesverbands – GG (2/99:23ff).

50 Vgl. dazu Urban (2001) und Gerlinger (2002). Paradoxerweise resultieren diese 'korporatistischen' Beziehungen zwischen Anbietern und Kostenträgern aus Vermarktlichungstendenzen im Versorgungssystem: Wo mehr ökonomische Anreize steuern, müssen Marktintransparenzen (z.B. die für das Gesundheitswesen typischen Informationsasymmetrien) kontrolliert werden. Auch deshalb verlaufen die Beziehungen nicht immer harmonisch: Im Sommer 2000 kritisierte beispielsweise die KBV Beschlüsse des Bundesausschusses als beliebig, worauf sich die AOK genötigt sah, sie öffentlich als Ergebnis von „Evidence Based Medicine" darzustellen. Vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) 28 , 30/00.

51 In diesen Verträgen ging es um die Honorierung von Sonderleistungen (wie etwa ambulantes Operieren oder Dialyse-Betreuung) bzw. um spezifische Leistungen für Patienten mit Risikofaktoren.

Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

'Integrierte Versorgung' ist seit geraumer Zeit ein Kernthema deutscher Gesundheitspolitik.[52] Im Sprachgebrauch der Gesundheitsexperten bezieht sich dieser Begriff heute auf sektorübergreifende Netzwerke der Regelversorgung, wie sie durch die Gesundheitsreform 2000 (im §140 SGB V) als Gestaltungsoption für die Vertragspartner geschaffen wurden. Von dieser Konvention wird in diesem Forschungsbericht insofern abgewichen, als *sämtliche* Formen der durch Krankenkassen (mit)gesteuerten Vernetzung des Leistungsprozesses – also auch Qualitätszirkel von Hausärzten oder nachgehende Betreuung durch Gesundheitsberater der Kassen – als Varianten integrierter Versorgung begriffen werden.

Es geht dabei v.a. um die Überwindung von Versorgungsgrenzen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern sowie zwischen verschiedenen Fachstufen. Integrationskonzepte verbinden idealiter eine systematische Begleitung therapeutischer Prozeßketten mit Präventions-, Evaluations- und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Damit ist auch eine Erweiterung der Handlungsspielräume von Krankenkassen verbunden: Während deren Regulierungsleistungen herkömmlicherweise sektoral ausdifferenziert sind und sich zudem auf indirekte Eingriffe (Budgetvereinbarungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) beschränken, eröffnen ihnen Konzepte der integrierten Versorgung die Möglichkeit, durch vertragspolitische Maßnahmen und eigene Begleitprogramme sektorübergreifende Versorgungsstrukturen mit zu gestalten.[53] Die Kassen haben solche Gestaltungsmöglichkeiten immer wieder von der Politik eingefordert und die vom Gesetzgeber 'scheibchenweise' angebotenen Spielräume zur Initiierung entsprechender Projekte genutzt.[54]

In den sog. *Modellvorhaben* können die Kassen für die Dauer von acht Jahren neben allgemein auf die Versicherten bezogenen Erprobungsregelungen (wie Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung und Gesundheitsförderung) Präventionsangebote sowie besondere Maßnahmen der Krankenbehandlung finanzieren, so weit diese vertraglich mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart und von den Bundesausschüssen nicht ausgeschlossen worden sind. *Strukturverträge* – die nur mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen werden können – gehen darüber insofern noch hinaus, als durch diese die gesamte Budgetverantwortung (und damit auch: der Ertrag aus Einsparungen z.B. aufgrund nicht vorgenommener Klinikeinweisungen) an einen 'gate keeper' abgetreten werden kann. Anders als bei Modellvorhaben werden die Vereinbarungen unbefristet abgeschlossen und besteht keine Evaluationspflicht.

Die Größenordnung der im beschriebenen Rahmen organisierten Projekte fiel allerdings bescheiden aus. Nicht zuletzt deshalb räumte die Gesundheitsreform 2000 den Kassen die Option ein, Angebote der integrierten Versorgung dauerhaft in die *Regelversorgung* zu übernehmen und dabei auch pauschale Budgets an intersektorale Netze abzutreten. Im Gefolge der Reform des Risikostrukturausgleiches zum 1.1.2002 (dazu unten mehr) erhalten die Kassen ferner zusätzliche Mittel aus dem kassenübergleichenden Ausgleichsfonds, wenn sie '*Disease-Management-Programme*' zugunsten chronisch Kranker auflegen. Damit existiert erstmals eine institutionalisierte Förderung strukturpolitischer Kasseninitiativen.

52

53 Zum Thema Versorgungsmanagement bzw. integrierte Versorgung vgl. Seng (1997), Häussler/Bohm (2000), Korenke (2001) sowie die Beiträge in Knappe (1997) und Wille (2000).

54 Das spektakulärste Projekt war das Berliner Praxisnetz von BKK und Technikerkrankenkasse mit 18.000 Versicherten und über 500 Ärzten. Die Ärzte übernahmen die Budgetverantwortung für den gesamten Versorgungsprozeß und konnten etwaige Einsparungen z.T. für sich verbuchen (vgl. zu diesem Projekt: Managed Care 5/99:21ff, Schönbach in Wille 2000:225ff) Für die eingeschriebenen Mitglieder war ein Beitragsbonus von bis zu 120 DM vorgesehen. Wegen ausbleibender Spareffekte wurde das Projekt jedoch aufgegeben (vgl. Ärzte-Zeitung vom 17.4.01).

Kontrakte, die die Umleitung von Patientenströmen fördern sollen, wurden auch für den stationären Sektor abgeschlossen. In Schleswig-Holstein vereinbarte die AOK beispielsweise sog. Komplexpauschalen mit Spezialkliniken, die den Kassen Rabatte und den Kliniken höhere Fallzahlen bescherten. Ähnliche Modellvorhaben gab es auch in der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie oder für die ambulante Rehabilitation. Noch weiter gehen strukturpolitische Initiativen, die auf die Vernetzung von Versorgungsprozessen abstellen. Von besonderem Interesse sind dabei Projekte zur Erweiterung der hausärztlichen Versorgung (sog. Hausarztmodelle), die Förderung von Arztnetzen und Sonderprogramme zur Behandlung chronisch Kranker. In allen Bereichen haben die AOK, aber auch andere Krankenkassen bereits im Vorfeld der jüngeren gesetzlichen Strukturreformen[55] mit Pilotprojekten experimentiert. Diese Projekte werden dabei – mehr oder weniger unmittelbar – als Baustein einer integrierten Versorgung begriffen (siehe vorstehenden Kasten).

Das AOK-System setzte zunächst einen Schwerpunkt in der *Diabetikerversorgung*. Der Bundesverband mobilisierte medizinische Expertise (u.a. durch einen Wissenschaftlichen Beirat) und unterstützte die Durchführung einzelner Länderinitiativen. Die Projekte sollten auf Versorgungsdefizite reagieren, die zu „gravierenden Verlusten an Lebensqualität" führen – mit der Einschränkung, daß „die Qualität der Leistungserbringung mit dem hierfür erforderlichen Kostenaufwand in Einklang gebracht werden" müsse (GG 8/99:23). Ein typisches Beispiel für den verfolgten Ansatz war der zwischen 1998 und 2000 durchgeführte Modellversuch der AOK Thüringen (vgl. Tabelle 2).[56]

Tabelle 2: Eckpfeiler des Diabetesprojekts der AOK Thüringen

Ziele	?	Verhindern von Doktor-Hopping
	?	Grundversorgung beim Hauarzt
	?	bessere Patienten-Compliance, weniger Nachfolgeinterventionen
	?	weniger Kosten pro Fall
Entwicklung	?	AOK Wissenschaftsbeirat Diabetes
	?	Arbeitsgemeinschaft von Länder-AOKen beim Bundesverband
Partner	?	Kassenärztliche Vereinigung
Instrumente	?	'Akkreditierung' von Hausärzten[57], Fachpraxen und Kliniken
	?	Einrichtung von Qualitätszirkeln und 30 Schwerpunktpraxen
	?	Festlegung von Überweisungsregeln und Qualitätsindikatoren[58]
	?	Finanzierung qua Leistungskomplexe sowie Zusatzvergütung
	?	externes Controlling (Datenbank) und Begleitevaluation (Uni Dresden)
	?	Beteiligung eines wissenschaftliches Beirats[59]
	?	Patienteninformation durch Beilage zur Mitgliederzeitschrift
Umfang	?	200 Hausärzte, 32.700 Patienten

55 Es ist mittlerweile gesetzlich möglich, integrierte Versorgungsstrukturen als Regelversorgung für die Gesamtheit der Versicherten sowie zeitlich unbegrenzt einzurichten. Auch sind – im Zusammenhang mit der Reform des Risikostrukturausgleiches (RSA) – Chronikerprogramme (im Rahmen des Disease Managements) sozialrechtlich institutionalisiert worden (s.u.). Über eine gesetzliche Verankerung von Hausarztmodellen wird derzeit (Mitte 2002) intensiv diskutiert.

56 Vgl. dazu AM (2/99:10, 3/99:24f, 4/99:22f), GG (3/00:18f), die Bilanzen 1997/98 und 2000/2001 sowie die Ärzte-Zeitung (11.1.02). Ähnliche Projekte gab es auch für andere Krankheitsbilder (z.B. Rheuma).

57 Die Akkreditierung erfolgt bei Hausärzten nach einer eintätigen Fortbildungsveranstaltung.

58 Es handelt sich um 'objektivierbare' Indikatoren wie den Nachweis von Patientenschulungen sowie die Blutzucker- und Blutdruckwerte in bestimmten Perioden. Überweisungen z.B. von der Haus- zur Facharztbehandlung sollten diesen Werten folgen.

59 Der Beirat ist besetzt mit Vertretern von KVen, Klinikverbänden, Selbsthilfegruppen und Vertretern von fachwissenschaftlichen Vereinigungen.

Zentrales Projektziel war die medizinisch kontrollierte Rationalisierung von Überweisungsvorgängen: Teure (Notfall-)Interventionen wie Fuß- oder Beinamputationen oder Dialysebehandlungen sollten verringert werden. Dazu wurden auf vertraglichem Wege feste Kooperationsroutinen und Qualitätsindikatoren in den Versorgungsprozeß eingebaut. Die Ärzte erhielten ein „motivationsförderndes Entgelt" (AM 4/97:23). Diabetikerprogramme wurden auch für Sachsen-Anhalt und Südwürtemberg aufgelegt.[60] In Baden-Würtemberg ist auch ein erstes Projekt im Rahmen der gesetzlich geförderten Disease-Management-Programme (DMP) bzw. des im AOK-System entwickelten, sog. „Curaplan"-Modells ins Leben gerufen worden, an dem 8000 Diabetiker und 350 Hausärzte teilnehmen sollen.[61]

Ein zweiter Schwerpunkt des 'AOK-Versorgungsmanagements' lag auf der Einrichtung bzw. Ausgestaltung von *Arztnetzen*. Die ersten praktischen Gehversuche der AOK in diese Richtung begannen im Jahre 1996, als sie in Südbaden mit der dortigen KV eine Erprobungsregelung vereinbarte, die die Einrichtung von Qualitätszirkeln, verlängerte Öffnungszeiten, spezifische Therapiedokumentationen sowie die Verknüpfung von Arztbehandlung und Pflegemaßnahmen vorsah (vgl. AD 1996:41ff). In der Folgezeit entstanden weitere Netze unter AOK-Beteiligung. Ein typisches Beispiel ist das von der AOK Rheinland geförderte Modell im Erftkreis. In seiner Startphase umfaßte es eine 24-Stunden-Leitstelle, einen Qualitätszirkel, eine Netzpraxis mit regelmäßigem Bereitschafts- bzw. Notdienst sowie formalisierte Kooperationsbeziehungen zu Krankenhäusern und Pflegediensten. Erklärtes Ziel war (auch hier) die Verringerung von Krankenhauseinweisungen sowie die Absenkung des Verordnungsvolumens bei Arznei- und Hilfsmitteln.[62] In Nürnberg ist die AOK an einem Netz beteiligt, das mit 130 Ärzten sowie 3000 Versicherten arbeitet und einen stationären Anbieter mit einschließt. Wesentliche Elemente des Projekts sind spezifische Überleitungsmedien (Überweisungsbegleitbriefe, Entlassungsberichte), Behandlungsleitlinien und gesonderte Anlauf- und Bereitschaftspraxen.[63]

Insgesamt hat die AOK allerdings Schwierigkeiten, die Ärzte für den Aufbau von kassengesteuerten Netzen zu begeistern. Ortskrankenkassen waren bis Ende 2000 nur an einem Dutzend von etwa 400 bestehenden Arztnetzen beteiligt.[64] Dort, wo Projekte gestartet werden konnten, nahmen nicht alle Berechtigten daran teil.[65] Allerdings arbeitet man intensiv an neuen Konzepten. Seit 1998 organisiert ein Expertenteam des Bundesverbands regelmäßig ein „Forum Arztnetze" für das gesamte AOK-System; es betreut zudem eine Datenbank mit umfassenden Informationen über bestehende Netze und beteiligt sich an der Durchführung und Evaluation einzelner Projekte (vgl. auch GG 11/00). In den neueren Konzepten wird der „typische AOK-Klient" zur zentralen Zielgruppe erklärt (Interview B4). Die Netzärzte sollen

---

60 Hinzu kamen kleinere Maßnahmen zur Verbesserung der Patienteninformation – z.B. ein Schulungszentrum Diabetes in Rostock oder ein Förderprogramm der AOK Bayern für Hausärzte, die Diabetiker gezielt aufklären. In Mecklenburg-Vorpommern förderte die AOK einen Ideenwettbewerb und prämierte Entwürfe für verbesserte Diabetesversorgungsstrukturen.

61 Vgl. Ärzte-Zeitung (30.4.02) sowie SZ (17.6.02).

62 1999 beteiligten sich 215 Ärzte an diesem Netz (für 44.000 AOK-Versicherte), die Kasse vergab 1,75 Mio DM als Anschubfinanzierung.

63 Vgl. dazu Rychel/Herrmann (2001), Korenke (2001:270f) sowie die Ärzte-Zeitung (9.1.01) und die „Bilanz" (2000/2001:31).

64 Ärzte bilden vielfach Netze in Eigenregie, um technische Einrichtungen kooperativ zu nutzen (inkl. EDV), den Informationsaustausch zu organisieren (Qualitätszirkel) oder Budgetrestriktionen aufzuweichen. Es geht dabei immer auch um Kartelleffekte: Aus Sicht der organisierten Ärzteschaft soll sichergestellt werden, daß „keine 'Einkaufsmodelle' außerhalb und neben der Kassenärztlichen Vereinigung" zustande kommen (vgl. AS aktuell 15.9.1999, für die KV Nordrhein).

65 Das Diabetesprojekt der AOK Thüringen z.B. erreichte nur ein gutes Drittel aller in Frage kommenden Ärzte. Immerhin gab es regionale Schwerpunkte. In Schleswig-Holstein arbeiteten zeitweise 7 Netze. Doch auch auch kleinere Infrastrukturmaßnahmen sind relevant, so etwa der Abschluß eines Rahmenvertrags in Niedersachsen oder die Einrichtung von Beratungsstellen für vernetzungswillige Ärzte in Bayern. Ferner wurden ein Gesundheitspreis für Netzkonzepte ausgeschrieben und Patientenumfragen geschaltet. Vgl. dazu AM (2/99:6ff), GG (3/00:22ff) sowie Bausch (in Wille/Albring 2000:89ff).

für kranke Patienten hohe Kopfpauschalen erhalten. Vorgesehen sind ferner Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätssicherung sowie kurzfristige Kündigungsrechte, die unzufriedenen Patienten jederzeit den Austritt aus einem Netz ermöglichen. Den Versicherten wird allgemein ein Interesse an der Netzversorgung unterstellt: Die „Patienten wollen Arztnetze" (GG 7/99:18) – sogar dann, wenn sie auf die freie Arztwahl verzichten müssen (GG 11/98:6). Erwogen wird, den Netzpatienten exklusive Versorgungsangebote zu unterbreiten: Wenn die AOK „mit einem interessanten Modell gute Risiken attrahiert, dann fände ich das nur mal fair" (ebd.). Da es besonders motivierter und qualifzierter Ärzte bedürfe, sollen die AOK-Projekte zunächst „nicht in die Fläche" gebracht werden. Von den Ärzten erwartet man vielmehr ein besonders „systematisches Interesse an den Effekten und den Kosten medizinischer Maßnahmen" (Bausch in Wille/Albring 2000:93).

Das Hausarztmodell der AOK Hessen

Das Beispiel des in Frankfurt durchgeführten und vom Bundesverband begleiteten Projekts einer erweiterten hausärztlichen Versorgung (Hausarztmodell) ist ein interessantes Beispiel für den strukturpolitischen Handlungsansatz des AOK-Systems. Das Projekt, das sich an Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen richtete, galt als Pilotmodell eines längerfristig angelegten Konzeptes zur Aufwertung der Primärmedizin. Es basierte auf einer im September 1996 mit der KBV abgeschlossenen Rahmenvereinbarung, die die Lotsenfunktion der Hausärzte stärken, Dialogprozesse unter den Medizinern fördern sowie eine nachhaltigere und (deshalb) zugleich wirtschaftlich(er)e Patientenbehandlung gewährleisten sollte. Die Rahmenvereinbarung ging auf die Initiative des AOK-Bundesverbands zurück, der schon seit Anfang der 1990er Jahre an entsprechenden Modellkonzepten gearbeitet hatte.[66]
Der Projektentwurf für Hessen sah zunächst ein Einschreibemodell vor, also eine freiwillige Bindung bestimmter Patienten an ihren Hausarzt, kombiniert mit einem finanziellen Anreiz für die Versicherten. In den Verhandlungen mit der hessischen KV nahm man davon allerdings Abstand: Es wurde unterstellt, daß sich die Patienten nicht binden wollten, und überdies opponierte die Versichertenseite der Selbstverwaltung gegen die Einführung eines Bonussystems (Beitragsermäßigungen für Projektteilnehmer).[67] Geplant wurde ein zweistufiger Aufbauprozeß, doch nur die Pilotphase fand tatsächlich statt (1997 und 1998). Das Projekt, für das der AOK erhebliche finanzielle Aufwendungen entstanden[68], startete im April 1997 und lief – einschließlich zweier Verlängerungen – bis September 1998. Es beschränkte sich auf Patienten mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; hier sah man das größte Rationalisierungspotential.
Gestartet wurde mit ca. 70 Ärzten und ca. 500 Versicherten, die Beteiligung ging dann aber im weiteren Verlauf auf 55 bzw. 380 Teilnehmer zurück. Neben einem Qualitätszirkel der Hausärzte – dessen Aufbau eher schleppend verlief – war die Betreuung ausgewählter Patientengruppen durch Pflegefachkräfte der AOK Kernbestandteil des Modells; der Projektbe-

---

66 Geschichte und Ablauf des Hausarztmodells sind ausführlich dokumentiert in: AOK Hessen / KV Hessen / AOK-Bundesverband, Das Hausarztmodell in Frankfurt/Main – Bericht zur Pilotphase 1997/98, Oktober 1999 (im folgenden: HM). Weitere Informationen entstammen Interviews mit Experten des Bundesverbands und der AOK Hessen, ferner Artikeln aus DOK (1-2 (1/97), 10 (5/95)), AM (2/95 und 6/97) sowie Beiträgen auf AOK-Veranstaltungen (AD 1994; Herbstforum der AOK Hessen 1997, 1998, insbesondere 1999).

67 Auch auf Bundesebene – v.a auf der Gewerkschaftsseite der Selbstverwaltung – gab es kritische Stimmen in Hinsicht auf Beitragsvergünstigungen für Versicherte, die sich fest an Netze binden – der Verzicht auf die freie Arztwahl dürfe nicht 'gekauft' werden. Die Promotoren der Netzkonzepte haben demgegenüber verdeutlicht, daß diese für ein „Klientel mit überdurchschnittlichem Bedarf" vorgesehen seien und zur Förderung „schlechter Risiken" beitragen sollten (Interview B4).

68 Die Finanzierung wurde zwischen dem Bundesverband und der AOK Hessen aufgeteilt, wobei der größere Anteil auf ersteren entfiel.

richt spricht hier von einem „Novum im deutschen Gesundheitssystem" (HM 1999:37). Die Pflegekräfte überprüften das Patientenverhalten telefonisch und vermittelten Informationen über Kurse und Selbsthilfegruppen, Pflegedienste oder sozialrechtliche Angelegenheiten. Einigen Patienten wurde auch eine gesonderte Ernährungsberatung angeboten. Die Evaluation zeigt, daß die Beraterinnen, deren Aktivitäten den Ärzten zumindest anfänglich Unbehagen bereitete, sich intensiv mit den sozialen bzw. privaten Rahmenbedingungen der Patienten auseinandergesetzt haben.[69] Die Ärzte erhielten ein Honorar von 500 DM pro Person und Quartal sowie zusätzlich 90 DM für die Eingangs- und Abschlußuntersuchung. Diese Aufwandsentschädigung erfolgte außerhalb des Honorarbudgets der KV.
Auf diese Weise griff die Krankenkasse aktiv in den Versorgungsprozeß ein; sie übernahm im Verlauf der Behandlung fallorientierte Informations-, Überleitungs- und Begleitungsfunktionen, mithin ein „soziales Case-Management" (DOK 10 (5/95):319). Das Modell hatte drei strategische Ziele: Ein erstes Ziel bestand in der Analyse von Patientenströmen. Das Konsultationsverhalten der Patienten sollte dadurch rationalisiert werden, daß diese sich verpflichteten, ihren Hausarzt über Facharztbesuche zu informieren bzw. sich von ihm im Vorfeld entsprechend beraten zu lassen. Hinzu kamen zweitens die Arztzirkel, die den Hausärzten Möglichkeiten zur Fortbildung und zum Informationsaustausch bieten sollten. Das dritte Element war eine aktive Gesundheitsberatung, die auf die Verbesserung der 'Compliance' und des allgemeinen Informationsstands bei den Patienten abstellte.
Zunächst diente das Projekt als Vorzeigemodell der AOK Hessen: Im Geschäftsbericht 1997 war von einer „Alternative für eine neues Versorgungssystem im Bereich der chronischen Erkrankungen" die Rede. Doch die anfänglich vorgesehene und in Verhandlungen zwischen AOK und KV auch vorbereitete Ausweitung des Projekts auf größere Fallzahlen (Haus- und Fachärzte, mehr Versicherte) blieb aus. Aus Sicht der AOK bestand Skepsis bezüglich der Kostenentwicklung, ferner war die Vergütungsfrage zwischen ihr und der KV strittig. Die KV habe sich in der damaligen gesundheitspolitischen Großwetterlage (Einführung von Arzneimittelbudgets) auch weniger kooperationsbereit gezeigt. Das „Meganetz" in Frankfurt wäre mit einem „Risiko ... im zweistelligen Millionenbereich" verbunden gewesen, das die AOK Hessen nicht habe abdecken können (Interview H4). V.a. die flächendeckende Gesundheitsberatung wurde als zu kostspielig betrachtet. Die Gesamtbilanz – in den Worten des Bundesvorstandsvorsitzenden – fiel eindeutig aus: „Das Hausarzt-Modell der AOK in Hessen hat zwar eine Qualitätssteigerung, aber keine Einsparungen gebracht" (Ärzte-Zeitung vom 29.4.2002).

Fazit: Der AOK-Bundesverband und die an Modellversuchen beteiligten Landeskassen haben stark in das Versorgungsmanagement investiert. Die Projekte dienten als Experimentierfeld auf dem Weg vom „Kostenträger zum Versorgungsmanager" bzw. vom „'Payer' zum 'Player'".[70] Sie bewegten sich auf einer einheitlichen strategischen Linie: Erstens setzen sie die Gesamtheit der Anbieter unter Wettbewerbsdruck, bieten aber einzelnen von ihnen häufig exklusive Vorteile – insofern stehen sie für einen Strategiemix aus 'Zuckerbrot und Peitsche'. Zweitens setzen die Projekte auf spezifische Synergieeffekte: Ein Umbau der Versorgungsstruktur wird vorwiegend dort angestrebt, wo *besonderer* medizinischer Bedarf besteht und *gleichzeitig* Kosteneinsparungen erzielt werden können. Die Erwartungen sind eindeutig, wie die AOK in bezug auf Arztnetze selbst hervorhebt: Erstens: „Netze verbessern die Versorgung strukturell", und zweitens: „gibt es eine Reihe von Anzeichen dafür, daß

69 Im Projektbericht (HM 1999:44ff) sind einige Beispiele aufgeführt: Die Beraterinnen verhalfen ihren Klienten zu Kontakten mit anderen Einrichtungen (z.B. Pfarr- oder Sozialamt), sie beschleunigten die Bewilligung von Hilfsmitteln und diskutierten mit den Patienten persönliche 'Compliance'-Barrieren (bezüglich Ernährung, Rauchen, Gewichtskontrolle etc.). Die Befragung der Patienten ergab hohe Zufriedenheitswerte.

70 So lauten Titelüberschriften in der AOK Bilanz 1999/2000.

durch Arztnetze Einsparungen ... zu realisieren sind" (GG 3/00:25).[71] Es geht allerdings – zum dritten – immer auch darum, der Politik gegenüber Innovationskompetenz zu demonstrieren: „Das AOK-System hat bewiesen, daß es seinen Gestaltungsspielraum sinnvoll zu nutzen versteht. Nun kommt es darauf an, unseren Einfluß im Rahmen der Strukturreform wirksam geltend zu machen", heißt es von Seiten des Vorstands (AM 2/99:11, vgl. auch AD 1998).[72]

Die Strukturpolitik ist mithin kein leichtes Positivsummenspiel. Vielmehr tritt man dort, wo man Pilotprojekte fördert bzw. entsprechende Konzeptarbeit leistet, häufig in Vorlage, ohne sich der Einspareffekte sicher sein zu können. Der wirtschaftliche Erfolg der Projekte ist nicht selten begrenzt – „Kostenreduktion eher mäßig", so lautete häufig das Fazit (AM 2/99:8).[73] Wie der hessische Fall zeigt, können aus ihnen auch 'Verlustgeschäfte' werden. Insofern stellte die Strukturpolitik der AOK in den 1990er Jahren eine Mischung aus strategischer Publicity und riskanter Kostensteuerung dar. Daraus hat man Konsequenzen gezogen: In Evaluationen sah man den finanziellen Outcome der Ärzteprojekte beispielsweise als Folge einer zu „weichen Konstruktion der Netze" (GG 3/00:25). Die o.g., beim Bundesverband eingesetzte 'Arbeitsgruppe' beschloß, daß solche Netze zukünftig ohne Anschubfinanzierung auskommen, die Netzärzte die volle Budgetverantwortung übernehmen und finanzielle Entlastungen der AOK zum 'sine qua non' neuer Investititionen gemacht werden sollten.[74] Auch im Umgang mit den neuen DMP werden eindeutige Signale gesendet: „Wenn das mehr Geld kostet, dann ... sind die Programme falsch".[75] Aus Sicht der Leistungsanbieter scheint das strukturpolitische Konzept der AOK also wenig attraktiv. Und was die Patienten betrifft, so laufen die strukturpolitischen Strategien auf die Ausdifferenzierung von Versorgungsniveaus hinaus – mit der Folge einer Fragmentierung der Versichertengemeinschaft bis hin zur „Gefahr der Risikoselektion" (Korenke 2001:274). '*Prima versorgen und sparen*' wird auf diese Weise zu einer spannungsgeladenen Angelegenheit.

2.4 Marketing: Ködern oder Fördern?

Krankenkassen wie die AOK unterhalten nicht nur Beziehungen zu Leistungsempfängern und -anbietern. Sie beschränken sich auch nicht darauf, Vertriebskontakte herzustellen und in Mitgliedschaften umzumünzen. Sie wenden sich vielmehr darüber hinaus *kommunikativ* an verschiedene Arten von Publika.[76] Die 'Kommunikationsagenda' wird im Managementorgan der Organisation treffend umrissen: „Die kontinuierliche Darstellung der AOK in den Medien ist wichtig, aber sie muß ergänzt werden durch eine koordinierte Presse- und Öffentlichkeits-

---

71 Die Zielkonfiguration wird gelegentlich auch etwas anders bestimmt. So sieht es ein Mitglied des o.g. Spezialistenteams beim Bundesverband als vorrangig an, daß „die Versorgungsqualität bei gleichbleibenden Kosten erhöht wird" (Bausch in Wille/Albring 2000:91).

72 Dies im Zusammenhang mit der Umstellung des sog. Risikostrukturausgleichs (s.u.). Die Mobilisierung der Politik gelang insofern, als diese im Jahr 2001 mit einem Reformgesetz neue finanzielle Voraussetzungen für 'disease management'-Programme schaffte.

73 Solche Fragen dominieren die fachwissenschaftliche Diskussion im ganzen, wie auch die Evaluation des o.g. Berliner Netzes zeigt (vgl. Ärzte-Zeitung 15.11.1999). Hinter den eher vorsichtigen Äußerungen in der Öffentlichkeit verbergen sich z.T. gravierende Enttäuschungen bezüglich der realisierten Einsparungen.

74 Auch von Zusatzhonoraren scheint man Abstand zu nehmen. So erklärte der Vorstandsvorsitzende der AOK-Rheinland, es könne im Ganzen keine Zusatzhonorare für Ärzte geben (Ärzte-Zeitung 28.2.00).

75 So die Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachen in einem Interview für „brennpunkt-gesundheitswesen.de (3/02:9). Es gibt aber auch vorsichtigere Äußerungen wie die des Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes: „Wer ... davon ausgeht, daß sich durch die Programme kurzfristig Einsparungen erzielen lassen, der irrt" (in einem Interview für den General-Anzeiger vom 4.8.01).

76 Der „Geschäftsbereich Markt" im AOK-Bundesverband nennt als Zielgruppen einer „integrierten Kommunikation" (vgl. AOK Management [AM] 1/97:6ff) Privatkunden, Firmenkunden, Vertragspartner und Öffentlichkeit, d.h. Politiker, Minister, Journalisten, Lehrer.

arbeit, die Lösung des Konflikts zwischen Kostenmanagement und Kundenorientierung, einen schnellen, kundenfreundlichen, individuellen, aufmerksamen Service, die Kommunikation der Serviceverbesserungen nach dem Prinzip 'Tue Gutes und rede darüber', ein gut ausgebautes Beschwerdemanagement, die Stärkung der AOK als Anwalt der Versicherten" (AM 3/98:8). Es wird deutlich erkennbar, daß es dabei auch und nicht zuletzt um '*Marketing*' geht. Hintergrund ist v.a. die verschärfte Mitgliederkonkurrenz im deutschen Kassenwesen (siehe umseitigen Kasten).

Das AOK-System ist an verschiedenen Stellen und auf unterschiedlichen Ebenen mit der Positionierung im Wettbewerb befaßt. Die Bundesebene ist dabei nicht unwesentlich: Der „Geschäftsbereich Markt" im AOK-Bundesverband versteht sich als „eine komplette Marketingabteilung, mit allen Bereichen, der Marktforschung, Mitgliederentwicklung, Kommunikation" (Interview B1). Die Abteilung wurde seit 1985 stark ausgeweitet – vervierfacht, so schätzt der Interviewpartner. Sie arbeitet v.a. an „Imageschwächen, die uns heute noch zu schaffen machen", aber „aus der Zeit vor der Wahlfreiheit" herrührten (Bilanz 1998/1999:70). In der marktorientierten Kommunikation fallen ihr zwei Aufgaben zu: zum einen die Konzipierung und Umsetzung länderübergreifender Kampagnen, zum anderen die Moderation der Marketingstrategien der Länder. Was den ersten Punkt betrifft, so lanciert der Bundesverband regelmäßig Werbekampagnen. Deren Zielrichtung erschließt sich anschaulich aus den eingesetzten Medien – z.B. den Claims einzelner Plakataktionen: „Ihr Urlaub – last minute. Ihr Auslandskrankenschein auch", oder „Mami ist auf Kur. Die AOK räumt auf" (mit einem Hinweis auf Haushaltshilfen als Satzungsleistung), oder auch: „AOK – Die Gesundheitskasse. Die sind immer für mich da", lauten die Botschaften.[77]

Der Slogan 'Die Gesundheitskasse' wurde auch bei anderen Aktionen eingesetzt – so etwa in einem Fernsehspot, der Personen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen für die AOK werben läßt (z.B. einen kleinen Jungen mit Gehörschaden).[78] Vielsagend erscheint auch eine Plakataktion, bei der persönlich identifizierbare AOK-Mitarbeiter in den Vordergrund rücken: „Die Gesundheitskasse bin ich", lautet hier der in Handschrift aufgedruckte Haupttitel.[79] Der Claim ist mit Hinweisen auf Besonderheiten aus dem Leistungsspektrum der AOK verknüpft. Eine Broschüre zur Mitarbeiter-Kampagne 1999 erläutert, daß man für die Aktion Beispiele ausgewählt habe, „in denen die AOK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ... eine besonders aktive Rolle spielen."[80] Wichtig sei „besonders die MoVe-Zielgruppe, jüngere, qualifizierte Leute" (ebd.:4). Man orientiert sich an der Wechselneigung im Wettbewerb: „Wenn ich weiß ..., daß sie unter 40 sind, daß sie regelmäßig ein etwas höheres Einkommen haben, dann ist das für mich Aussage genug. (...) Unser Milieu, wovon wir überdurchschnittlich viele haben, stirbt aus. Also, muß ich mich an das Milieu 'moderne Mitte' orientieren, wo ich auch weiß, daß das auch ein wachsendes Potential ist" (Interview B1).

---

77 Typisch sind Abbildungen von jungen Frauen mit Kind, so auch auf einem Plakat mit der 'Message': „Keine Experimente. Nähe statt Anonymität"; oder auch ohne Kind: „Leistung statt starker Worte" (hier wird in einem kleinen Textfenster auf die Serviceleistungen der Ortskrankenkassen – z.B. 2000 Beratungsstellen, 70.000 geschulte Mitarbeiter, Betreuung auch zu Hause – verwiesen.

78 Auch bei dieser Testimonialkampagne wird der Claim personifiziert: „Tim hört zum ersten Mal das Meer rauschen, weil sich Ärzte und Gesundheitskasse gemeinsam für ihn eingesetzt haben", heißt es im fettgedruckten Haupttext. Das gleiche Grundmuster gab es mit einem Mann mittleren Alters, der über die gute Betreuung durch die AOK nach einem schweren Segelunfall berichtet.

79 Es gab mehrere Versionen: Dargestellt wurden Mitarbeiter in verschiedenen Funktionen, u.a. eine Fallmanagerin (die hilft, „nach einer längeren Krankheit wieder im Arbeitsleben Fuß zu fassen"), eine Präventionsexpertin, die „Wege zu einem gesünderen Leben" zeigt oder eine „Studentenberaterin", die dafür sorgt, „daß Studierenden sofort und kompetent geholfen wird." Die Bundeskampagne mit dem Titel „Die AOK hat viele Gesichter" lehnte sich an Vorbilder aus Landeskassen an und sollte auf schlechte Imagewerte reagieren, die bei Personen ohne AOK-Kontakt festgestellt wurden. Die Plakate erschienen auch in Populärmedien wie „Bild", „Freundin" oder „Familie & Co." (1999 insgesamt 33 Mal).

80 Vorrangige Adressaten sind Schüler, Auszubildende, Studenten und Berufsstarter und jüngere Erwachsene, hier wiederum qualifizierte Arbeitnehmer und fremdversicherte Ehegatten (vgl. AM 1/97:6).

Wettbewerb im Krankenversicherungswesen

Nachdem der Mitgliederwettbewerb unter den gesetzlichen Kassen lange Zeit nur das Versicherungssegment der Angestellten betroffen hatte, wurde er 1996 auf fast alle Bevölkerungsgruppen ausgedehnt. Personen, deren Mitgliedschaft positive Auswirkungen auf die Risikostruktur einer Versichertengemeinschaft hat – i.d.R. jüngere Arbeitnehmer oder Selbständige (mit Familie), aber auch Unternehmer, die Einfluß auf die Kassenwahl ihrer Beschäftigten ausüben – wurden betriebswirtschaftlich interessant. Die Wettbewerbsparameter blieben allerdings beschränkt. So können die Kassen nur in beschränktem Umfang ihr Leistungsangebot variieren: Möglich sind etwa das Herausstellen einzelner Satzungsleistungen sowie besonderer Dienstleistungsqualitäten (Öffnungs- und Bearbeitungszeiten, Informationsangebote, Erleichterung von Formalitäten etc.).

Um diese Angebote zu *bewerben*, dürfen die Krankenkassen von Rechts wegen 0,2% der Beitragsmittel verwenden. Dabei müssen sie aber bestimmte Regeln beachten. Die Bundes- und Landesversicherungsämter haben in ihren Prüfberichten allerdings wiederholt auf gesetzlich unzulässige Wettbewerbsstrategien hingewiesen: so die manipulative Beitragseinstufung freiwillig versicherter Selbständiger, die Durchführung kostenloser Unternehmerseminare zu allgemeinen sozialrechtlichen Angelegenheiten oder der Vertrieb von Freizeitartikeln. Auch wurde von Versuchen aktiver Risikoselektion berichtet: In Einzelfällen haben Ortskrankenkassen Mitglieder mit einem negativen Deckungsbeitrag gezielt über die Existenz günstigerer Versicherungsmöglichkeiten bei der Konkurrenz informiert. Einzelne Betriebskrankenkassen wurden kurzzeitig zur Attrahierung guter Risiken geöffnet, um anschließend zu fusionieren und sich dann für Betriebsfremde wieder zu schließen.

Wichtigster Wettbewerbsparameter ist allerdings der Beitragssatz, den die Kassen nach Maßgabe der gesetzlich vorgeschriebenen Deckungsregeln selbst festsetzen (wobei bestimmte Toleranzen bestehen und Kassen sich vorübergehend verschulden können). Die Mitgliederbewegungen orientieren sich stark an den Beitragsunterschieden: Die Beiträge der Ortskrankenkassen liegen z.T. beträchtlich über denen der BKK-Konkurrenz: In Bremen bei 13,5%, in Baden-Würtemberg bei 14,2% und in Berlin 14,9%, gegenüber z.B. 11,2% bei der BKK Mobil Oil. Anfang 2002 belief sich der Durchschnittsbeitragssatz im BKK-System auf knapp 13%, in der AOK auf 14,3%. Davon profitierten v.a. eine Reihe von Betriebskrankenkassen, die zwar nach wie vor an ein Trägerunternehmen gebunden sind (und z.T. von dessen Infrastruktur profitieren), aber in hohem Umfang Personen versichern, die in anderen Unternehmen arbeiten. Die Konkurrenten sprechen deshalb bisweilen von 'virtuellen' BKKen (vgl. etwa „Die Ersatzkasse" 11/99:997). Solche Kassen verfügen über wenig Geschäftsstellen und unterhalten kaum direkten Kontakt mit den Versicherten (Einsatz von Telefon, Internet, Schriftverkehr). Manche BBKen ordnen sich symbolisch Berufsgruppen zu (z.B. Heilberufe) und bieten besondere Satzungsleistungen an (z.B. homöopathische Versorgung).

„Der totale Qualitätstest" (Capital 5/98) zwischen den Kassen findet bislang in spezifischen Marktsegmenten statt. Im Jahr 2000 haben etwa 800.000, im Jahre 2001 weitere 500.000 Versicherte die Kasse gewechselt, vorwiegend aus Kostengründen (zwischen 1996 und 2001 waren es über 6 Millionen Mitglieder). Die Auswertung von Kassenwechslerprofilen ergab, daß vorwiegend junge Menschen ihre Kassen verlassen und Konkurrenten mit niedrigeren Beitragssätzen wählen; Ältere und Kranke hingegen sind eher kassentreu.[81] Auf diese Weise kommt es zu einer Entmischung der Risikostrukturen. Kritiker sehen darin eine Unterhöhlung der solidarischen Wettbewerbsordnung, weil diese von ihrem Anspruch her eine Konkurrenz über Risikoselektion ausschließt (vgl. Cassel 1997, Kühn 1998). Die zum 1.1.2002 in Kraft getretene Reform des sog. Risikostrukturausgleichs (s.u.) soll dieser Entwicklung Einhalt gebieten: Durch einen veränderten Lastenausgleich soll es sich nun mehr lohnen, auch schlechte Risiken (chronisch Kranke) an die Kasse zu binden. Der volle Ausgleichseffekt wird aber – so die Reform längerfristig Bestand haben sollte – erst im Jahre 2007 eintreten.

[81] Vgl. zu den Mitgliederwanderungen Andersen/Schwarze (1998), Müller/Schneider (1999) sowie den Bericht der Bundesregierung zum RSA, Bundestagsdrucksache 14/5681 (vom 28.3.01). Einige Spitzenverbände und die Bundesregierung gaben Gutachten in Auftrag, die zu gleichen Befunden kamen (vgl. GG 11/00:42ff, 4/01:21ff).

Die Inhalte der Kampagnen richten sich u.a. nach Kundenzufriedenheitsanalysen, die das AOK-System jährlich im Umfang von bis zu 50.000 Interviews in Auftrag gibt. Unter der Regie des Bundesverbands werden auch 'Testkäufe' ausgewertet.[82] Bei Planung und Umsetzung der Marketingmaßnahmen wird auf externe Agenturen zurückgegriffen, die – in Anlehnung an die Planung des Bundesverbandes – verschiedene Muster vortesten.
Der Bundesverband moderiert im übrigen auch die Gestaltung der Mitgliederzeitschriften, die nach verschiedenen Versichertengruppen differenziert sind (s.u.). Zusammen bilden die Zeitschriften das auflagenstärkste Printmedium Europas (16,5 Millionen Abonnenten).[83] Die Mitgliederjournale werden zunehmend als Marketing-Instrument eingesetzt. Seit 1997 beinhalten sie auch gewerbliche Anzeigen; vielfach sind diese an die Präventions- und Aufklärungskampagnen gekoppelt (z.B. beim Thema Hautschutz). Die Zeitschriften sind auch Instrumente der Haltearbeit: So erscheinen Glossen, die sich kritisch mit Konkurrenzkassen auseinandersetzen; gelegentlich wird über Hersteller bekannter (Konsum-)Produkte berichtet, deren Vertreter sich zufrieden über ihre 'Hauskasse' AOK äußern. Die Bundesebene ist auch am Entwurf von Informationsmaterial beteiligt, das länderübergreifend zu Werbe- und Informationszwecken eingesetzt wird.[84] Der zuständige Verlag erstellt zudem Module für den Internet-Auftritt der AOK (z.B. Ärztesucher, Antragsformulare oder Pollenflugvorhersage); diese können von der Länderebene gezielt ausgewählt und ihrer Internet-Präsentation hinzugefügt werden.
Der Bundesverband beschäftigt sich darüber hinaus mit *Dienstleistungskonzepten*. Die allgemeine Devise heißt auch hier: „das Markenkapital 'Gesundheitskasse' ... stärken" und dabei attraktive Angebote „für die moderne Mitte" erschließen (vgl. Aktionsplan für 2001). Der Verband entwickelte beispielsweise – in Kooperation mit einzelnen Landeskassen – das Konzept 'Studentengeschäftsstellen', das zur Einrichtung von mehreren Dutzend universitätsnahen Anlaufstellen der AOK geführt hat (vgl. auch AM 1/96:13ff, 6/98:12ff). Zu den neueren Dienstleistungsangeboten gehören die Beratung bei Behandlungsfehlern oder das im August 2000 gestartete Projekt „MedicusTel" (vgl. Tabelle 3); dabei handelt es sich um ein Call-Center, dessen Beschäftigte (8 Ärzte und 35 Pflegefachkräfte) unter Rückgriff auf Datenbanken sowie einen größeren Expertenpool „rund um die Uhr" allgemeine medizinische Fragen beantworten.[85]
Aufgrund des gesetzlichen Leistungskatalogs und der schlechten Finanzlage vieler Kassen bleiben indes kaum mehr als „spitze Leistungen (...): Wenn der Preis zu hoch ist und mittlerweile transparent ist, dann müssen wir versuchen, den auch intransparent zu machen durch eine einfache Füllung von Diensten, Leistungen oder Serviceleistungen" (Interview B1). Diese – intern nicht unumstrittene – Strategie wird im AOK-System mit der Vision 'Premiumkasse' belegt. Dahinter steht die Auffassung, daß die effektiven Leistungen, die „Markenpersönlichkeit" der AOK, diesem Anspruch durchaus genügen (können) – er müsse aber noch

---

82 'Testkäufe' von Krankenversicherungen erfolgen über persönliche Besuche, Telefonate und Anschreiben (vgl. AM 3/95:12f). Auswertungen des Kundenbarometers richten sich auf die Zufriedenheit sowie auf die Wechselbereitschaft bzw. Loyalität von Kassenmitgliedern (AM 1/99:15).

83 Die Vorbereitung der Ausgaben obliegt einem für die AOK tätigen Subunternehmen, das seine Vorschläge auf regelmäßigen Redaktionskonferenzen mit den PR-Abteilungen der Landeskassen diskutiert. Auf diese Weise entsteht ein sog. Zentralheft, das anschließend von den Einzelkassen auf regionale Versionen heruntergebrochen wird. Das AOK-System will kontrolliert vorgehen – was indes seinen Preis hat: „Es dauert allein vier Monate von der Idee eines Themas, bis zur Freigabe in den Ländern" (in den Worten des – mittlerweile entlassenen – Chefredakteurs gegenüber der SZ vom 9./10.9.00).

84 Dazu beauftragt sie einen Verlag, Entwürfe für Plakate, Broschüren, Faltblätter oder andere Medien vorzulegen. Sind diese im Grundsatz akzeptiert, bietet dieser sie den verschiedenen Ebenen des AOK-Systems zum Kauf an. Thematisch dominieren Informationen zur Gesundheitsaufklärung. Hinzu kommen Materialien aus einer Rubrik „Image und Leistung" (vgl. „AOK-Medien-Infothek" 2000:63ff).

85 Vgl. Deutsches Ärzte-Blatt (9.2.01) sowie Bilanz (2000/2001:41). Das Angebot einer privaten Ludwigshafener GmbH stand zunächst nur einigen Hunderttausend AOK-Versicherten zur Verfügung. Auch andere Kassen bieten mittlerweile entsprechende Dienstleistungen an (vgl. WAZ 31.7.01).

erfolgreich kommuniziert werden: „Wer uns kennt, der kennt uns gut", so heißt in der Regel die Schlußfolgerung, die aus Kundenzufriedenheitsanalysen gezogen werden.[86]

Tabelle 3: „Markenstrategie" des AOK-Bundesverbands (Aktionsplan für 2001)

Instrument	*Erläuterungen*
„AKTIV UND GESUND"	
Haut und Sonne mit Nivea / Florena	Probenkontingente, Gewinnspiele
Haut und Sonne mit „Brigitte"	Dossier von 'Bleib gesund' für 'Brigitte'
Ernährungsberatung im Internet	
Wellness Online	Angebot einer Vier-Jahreszeiten-Kur
JUGEND	
Act 2000 mit VIVA und BMG Entertainment	Musikwettbewerb für Jugendliche, mit Abschlußkonzert (5000 Teilnehmer)
Safer Skating mit K2	in 1300 Schulen bundesweit
weitere Kooperationen mit Schulen	
„ELTERN UND KIND"	
Schulranzen-Check, mit „Familie & Co"	regionale Durchführung
regionale Präventionsangebote	
Infokampagne Neurodermitis (mit ZDF)	Präsentation in: Gesundheitsmagazin Praxis
ALTERNATIVE HEILMETHODEN	
Modellvorhaben und Info-Kampagne	in Vorbereitung
MEDIZINISCHE BERATUNG	
MedicusTel (Kooperation mit externer GmbH)	medizinisches Beratungstelefon (3 Länder)
Verbraucherberatung	Begleitung regionaler Projekte zum Behandlungsfehlermanagement Ausschreibung von Förderprojekten
JUNGE FAMILIEN / KINDER	
Handlungshilfen zu Problemthemen	Neurodermitis, Entbindung (Marketinginstrumente)

Das Marketing des Bundesverbands arbeitet auch mit *Präventions- und Aufklärungskampagnen* (vgl. hier ebenfalls die Beispiele in Tabelle 3). Dabei greift er auch auf Werbepartner aus der Wirtschaft zurück. So wurden Jugendliche in Zusammenarbeit mit dem Musiksender VIVA unter Mottos wie „Keine Macht für Ecstasy", „Creativ gegen Drogen", „act' 99: Kampagne gegen Gewalt" oder „act 2000: Soundcheck Zukunft" dazu aufgerufen, Musikbeiträge zu produzieren und an eine Jury einzusenden.[87] Die Kampagnen stoßen auf ein breites Echo: An der Anti-Gewalt-Kampagne (1999) beteiligten sich beispielsweise 20.000 junge Musiker (vgl. GG 10/99:50). Der „Vorteil" für die AOK: „Die wichtige Zielgruppe der 14-25jährigen kann zielgruppengerecht angesprochen werden", z.B. mit Hilfe der CD: Sie „soll dem AOK-Außendienst die Ansprache von Jugendlichen erleichtern. (...) Zudem kommt die AOK mit dieser Aktion wieder einmal ihrer sozialen Verpflichtung nach, über gesundheitliche Risiken aufzuklären" (AM 2/97:5).

86 Demgegenüber nehmen die Fremdversicherten die Leistungsfähigkeit der AOK nicht wahr (vgl. dazu Bilanz 1998/1999:70). Das Konzept der Kundenzufriedenheitsanalyse wird präsentiert in AM (3/98:9).

87 Die letztgenannte Kampagne thematisierte „Zukunftssorgen" von Jugendlichen und deren Belastungen „für Körper und Seele". Zur Anti-Gewalt-Kampagne vgl. AM (1/99:24ff). Bei „act' 99" erhielten die Sieger einen Plattenvertrag von der „Bertelsmann Mucic Group" und einen Fernsehauftritt mit prominenten Popgruppen. Zu den Drogenkampagnen gehören ein Begleitprogramm mit Fernsehspots, Broschüren, eine CD, Internet-Auftritte sowie Beiträge in den AOK-Mitgliederzeitschriften für Jugendliche. Z.T. werden die Kampagnen auch auf Länderebene 'verlängert', häufig mit Unterstützung weiterer 'stakeholder' wie Sozialministerien, Sparkassen oder lokalen Radiosendern.

Hinsichtlich des 'Marktauftritts' der AOK strebt der Bundesverband ein einheitliches Vorgehen aller Landeskassen an. Grundsatzentscheidungen über die Bundesaktivitäten fällen die Vorstandskonferenz (mit Vertretern der Landeskassen) bzw. der Verwaltungsrat. Laut Satzung obliegt dem Verwaltungsrat die „Vereinbarung von strategischen Zielen der Sozial- und Unternehmenspolitik" sowie die „Feststellung des Haushaltsplans". Der Vorstand ist für die Planung operativer Ziele, deren Umsetzung sowie die Berichterstattung darüber zuständig. Dennoch versucht der „Geschäftsbereich Markt", Trends für das gesamte System zu setzen: So hat er in der Vergangenheit auf einem eigens eingerichteten Server bundesweit Berichte und Unterlagen zur Markt- und Konkurrenzbeobachtung gesammelt und bundesweite Marketing-Kongresse organisiert, auf denen z.T. renommierte Experten aus der PR-Branche auftraten (vgl. etwa AM 1/95:25; 2/95:28f). Das „AOK Corporate Network" (AM 2/98:13) soll auf diese Weise Kompetenzen bündeln. Allerdings hat die zentrale Steuerung des Marktauftritts ihre Grenzen. Denn die Marketingkonzepte des Bundes werden vom System häufig nicht angenommen: Die *Landeskassen* fahren vielmehr eigene Kampagnen, so daß im AOK-System recht unterschiedliche Kommunikationsstrategien aufeinandertreffen. Der Bundesverband will mehr Einheitlichkeit, stößt aber auf wenig Gegenliebe: „Ich sage es mal ganz ehrlich. Wir gehen den Ländern ziemlich auf die Nerven" (Interview B1). Zwar ähneln sich die Strategieelemente im Grundsatz. Zu ihnen gehören neben den bisher genannten auch die Förderung von Selbsthilfegruppen[88] und das Sponsoring von Sportveranstaltungen; häufig werden auch die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen aus einer 'unique sales position' beworben.[89] Die Kassen haben aber in der Vergangenheit immer auch regionale Akzente gesetzt. So entwickelte die AOK Baden-Würtemberg ein aufwendiges Gesundheitsförderungsprogramm[90] sowie ein Betreuungskonzept für junge Familien: Dieser „AOK-Privat-Service-Familie" beginnt mit „Werbung am Wochenbett" und setzt diese mit der Übersendung von Informationen zu fälligen Säuglingsuntersuchungen sowie kleinen give-aways fort (vgl. AM 2/99:19). Die AOK Rheinland übernimmt „Kindergartenpatenschaften", unterhält einen Beratungsservice für Eltern schwerkranker Kinder und veranstaltet „AOK-Kindertage". Auch der Umgang mit Präventionsprogrammen unterscheidet sich[91]: Niedersachsen und auch Rheinland investierten stark in die betriebliche Ebene, Sachsen, Hessen und Schleswig-Holstein orientierten mit Modellvorhaben stärker auf die 'Privatkunden' (Hautcheck, Nierenscreening, Vorsorge bei Schwangerendiabetes etc.).

---

88 Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist ein gesetzlicher Auftrag. Die Wahl von Form und Zielgruppe obliegt jedoch den Kassen, die damit auch ihre PR gestalten können. Vgl. dazu die Darstellung in (GG 8/00:30ff) sowie – für die Länderebene – GG 5/00 (12) oder 10/99 (46). Jüngst haben Selbsthilfeverbände kritisiert, daß die gesetzlich vorgeschriebenen Summen unterschritten werden (vgl. Gelber Dienst 24.4.02). Auch hier gibt es offenbar Rationalisierungsstrategien auf Kassenseite.

89 So verteilt die AOK Rheinland eine Broschüre mit dem Titel: „Die starken Leistungen der AOK auf einen Blick"; diese enthält sämtliche Leistungen der AOK, wobei nicht zwischen gesetzlich und freiwillig Versicherten unterschieden wird. Es werden auch Leistungen herausgestellt, die 'schlechten Risiken' zugute kommen: z.B. die Befreiung von der Selbstbeteiligung bzw. Entlastungen für chronisch Kranke (Härtefallregelung) oder der soziale Beratungsdienst.

90 In Baden-Würtemberg bot die AOK „Rad- und Wandertreffs" sowie Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungskurse an. In Zusammenarbeit mit dem Radiosender SWR1 wurde zudem die „PfundsKur" gestartet, ein von Ernährungsberaterinnen unterstütztes Programm zur Gewichtsreduktion. Neuerdings bietet sie Bewegungstrainings in Grundschulen an (Stuttgarter Zeitung 14.5.02). Ein ähnliches Projekt hat auch die AOK Berlin in Kooperation mit dem Landessportbund für den Einsatz in Kindergärten gestartet (Berliner Morgenpost 2.5.02).

91 Die Präventionsprogramme werden – wenn auch in unterschiedlichem Umfang – von allen Landeskassen gefahren und von einer Abteilung des Bundesverbands unterstützt. Als „Firmenkundenservice" richten sie sich auch bewußt an Unternehmen. Zwischen 1997 und 2000 konnten die Kassen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nur wenige Angebote unterbreiten, im betrieblichen Feld ausschließlich in Kooperation mit Berufsgenossenschaften. Seit 2000 dürfen sie jährlich 5 DM je Versichertem einsetzen. Der AOK-Bundesverband hatte dies vehement eingefordert (vgl. GG 7/99:22ff, 9/00:36ff).

Marketing in der AOK Hessen

Die AOK Hessen ist ein gutes Beispiel für die Ausrichtung des dezentralen Marketings. Das entsprechende Aktionsfeld umfaßt drei Operationsebenen, nämlich Marktbeobachtung, Haltearbeit und Neukundenwerbung. Um im „Krieg der Krankenkassen" (IN 4/96:4) bestehen zu können, wurde die ganze Organisation Mitte der 1990er Jahre auf eine systematische Marktbeobachtung 'angesetzt'. Die Mitarbeiter erhielten die Aufforderung, (gerade auch unlautere) Marketingaktionen der Mitbewerber zu beobachten (vgl. IN 4/1995:1; 6/96:4). Die Informationen wurden in einem internen Konkurrenzreport und später in einem „Markttelegramm" zusammengetragen. Zudem bedient sich die AOK Hessen seit einigen Jahren verschiedener Marktstudien: Zum Instrumentarium gehören Kundenzufriedenheitsanalysen, Privat- und Firmenkundenbefragungen sowie eine Markenkernanalyse[92], mit deren Hilfe die Stärken und Schwächen der Kasse in den Augen ihrer Klientel erhoben werden sollen. Im Ergebnis entsteht ein „Markenkern" – aus Sicht der Kasse die von außen wahrgenommene „'Seele' der AOK" (Image-Bilanz 1999:40): „Die AOK positioniert sich aus Versichertensicht als große, populäre Krankenkasse mit 'sozialem Gewissen'" (ebd.:41), aber zugleich als Organisation, der eine ausgeprägte Risikoscheu und Angepaßtheit attestiert werden. Es sind solche Befunde, auf die sich die Marketingstrategie stützt.

Diese Strategie unterstützt zum einen die *Haltearbeit*: Als Hauptgegner im Wettbewerb identifiziert die AOK Hessen die geöffneten BKKen mit niedrigen Beitragssätzen.[93] Als Marketinginstrument wurde hier ein besonderes Bindungsmedium („AOK Plus") aufgebaut, das an jüngere Versicherte mit einem Jahreseinkommen von mehr als 30.000 DM, an Personen unter 45 Jahre (ab 40.000 Jahreseinkommen) sowie an Selbständige und Berufsstarter verschickt wird. Dem vierseitigen Infoblatt werden auch Sonderbeilagen wie Folder oder Auslandskrankenscheine beigelegt.[94] Ansonsten stützt sich die AOK Hessen auf die bundesweiten Mitgliedermedien (s.u.), die sie mit Bezug auf die regionalen Verhältnisse anpaßt und ergänzt. Unter Mottos wie „Sicher in der Wohlfühlkasse" (Titel von Bleib gesund [BG] 3/99) oder „Willkommen in der AOK-Familie" (BG 5/98:14f) werden Leistungen vorgestellt und bekunden prominente oder gewöhnliche Mitglieder ihre Zufriedenheit mit der AOK. In Kooperation mit Privatfirmen finden Verlosungen statt, hinzu kommen exklusive Verlaufsangebote.[95] Ein wichtiges, auch in den Mitgliederzeitschriften eingesetztes Instrument sind Hinweise auf sog. „on-top-Leistungen" (Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung, s.u.). Bei der Kommunikation dieser Leistungen hin zu den Versicherten (qua Mailing oder Info-Brief) gelten allerdings bestimmte Spielregeln: „Da haben wir nur die Wahl, machen wir es ganz – dann können wir es nicht bezahlen – oder machen wir es auch nach kaufmännischen Grundsätzen, und dann konzentriert man sich nun mal ... auf diejenigen, die uns Nutzen bringen" (Interview H3).

Solche Sonderleistungen lassen sich natürlich auch bei der *Neukundenwerbung* aufgreifen. Dazu dienen Reklamekampagnen in den Medien sowie öffentliche Marketingaktionen. In den ersten Jahren nach Einführung des vollständigen Mitgliederwettbewerbs setzte man den Ak-

---

92 Die Analyse (vgl. auch AM 3/98:11, IN 2/1998:1) beruht auf halboffenen Interviews mit 50 Personen im Alter von bis zu 45 Jahren (!). Eine vergleichbare Untersuchung hat die AOK Hessen mit Personen durchgeführt, die die Mitgliedschaft gekündigt haben (vgl. IN 6/99:3).

93 Vgl. dazu IN (1/95:5, 5/98:1 oder 3/00:1). Im Jahre 2000 konnten Versicherte in Hessen zwischen 166 BKKen wählen, davon waren 98 geöffnet und boten 73 einen Beitragssatz unter 13%. Der Beitragssatz der AOK Hessen lag bis 2001 bei 13,8% (danach stieg er auf 14,8%).

94 Das Medium enthält zudem Response-Elemente (z.B. Dialogkarten für Personen mit Interesse an Informationen über die Abwicklung eines Jobwechsels). 1999 sollen 5000 Versicherte in Reaktion auf das Info-Blatt Informationen bei der AOK Hessen angefordert haben (vgl. IN 5/99:1)

95 Diese kommen überwiegend von der Bundesebene: Das gilt für „Club Bleib gesund-Angebote" ebenso wie Sonderaktionen („exklusiv für AOK-Versicherte: Superschnelle Modems zu Sonderpreisen", Vigo BG 2/98:10); oder eine Vier-Wochen-Kur zur Gewichtsreduktion gegen Gebühr, ebd. 2/99:11).

zent auf das breite Geschäftsstellennetz und verlängerte Öffnungszeiten, danach wurden vermehrt 'on-top-Leistungen' beworben.[96] Die hessischen Kampagnen wurden zunehmend mit den oben skizzierten Strategien des Bundesverbands harmonisiert. AOK-eigene Mitarbeiter sollten die „innovative Leistungskompetenz" ihrer Kassen durch den Hinweis auf die besonderen, teilweise hessenspezifischen Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote herausstellen.[97] In den zusätzlich gestarteten Landes-Kampagnen ging es in der jüngeren Vergangenheit v.a. um spezifische Gesundheitsthemen (z.B. Gesundheit im Urlaub, Herz, Allergien). Teilweise wurden die Kampagnen mit Mailingaktionen verknüpft. Sie liefen in Printmedien, auf Plakaten sowie im Hörfunk. Durch gezielte Aktionen versucht die AOK zudem, öffentlich Präsenz zu zeigen: z.B. durch eine Pollenflugvorhersage mit einem Radiosender, die Beteiligung an Telefonaktionen regionaler Zeitungen oder auch einen in einem Möbelhaus aufgebauten Stand, der über ergonomische Sitzhaltungen informiert (dazu Hanauer Anzeiger 19.5.00).

Auch die Gestaltung der *Dienstleistungspraxis* wird in der AOK als Teil des Kassenmarketings verstanden: „Der Kunde steht im Mittelpunkt – neue Serviceangebote", „Rundum-Service für Arbeitgeber" oder „eine neue Serviceleistung (im) ... Produktangebot (...) – so lauten typische Werbe-Botschaften der Organisation.[98] Man ist *zum einen* bestrebt, die 'Kundenfreundlichkeit' der Mitarbeiter der Geschäftsstellen mit Hilfe regelmäßiger Versichertenbefragungen, 'Testkäufen' und Schulungsprogrammen[99] zu optimieren und dadurch 'Privatkunden' zu halten.[100] Ungeachtet dieser Anstrengungen wird diagnostiziert, daß der Umgang mit manchen Versicherten als restriktiv erfahren wird (Image-Bilanz 1999:47ff). Auch hier sind Marketingstrategien gefragt: „Wir sind schon jetzt sehr kulant, aber wir machen es für den Kunden nicht erlebbar (...). Zukünftig gilt es, auch Leistungseinschränkungen positiv zu verkaufen" (IN 4/97:1). Ein wichtiges Servicefeld ist *zum zweiten* das Angebot besonderer Dienstleistungen. So wirbt die AOK Hessen in einer Übersichtsbroschüre („Wir für Sie. Service und Leistungen der AOK Hessen", 1999) u.a. mit einer Mallorcageschäftsstelle, Internet-Angeboten, einem „spezielle(n) Mutter-Kind-Programm zur Gesundheitsvorsorge" sowie einem „Berufsstarter-Service". Zum Angebot gehören aber auch eine „Beschwerdehotline" (IN 3/00:4, PA 2/01:11), die Beratung bei ärztlichen Behandlungsfehlern (GG 4/00:54) sowie das o.g. medizinische Beratungstelefon. Im Aufbau befindet sich das „Empfehlungsmanagement", das auf die Wahl von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen zielt: „Was das Problem für die Kunden ist: Die Informationen, auch und gerade im Gesundheitswesen, werden immer mehr und immer dichter, werden immer unübersichtlicher. (...) Wir wollen Navigator sein" (Interview H3). Auch die oben bereits erwähnten 'on-top-Leistungen' gehören

---

96 Die Geschäftsstellenpolitik der AOK Hessen ist mittlerweile restriktiv; im Sommer 2002 wurde eine Halbierung der Geschäftsstellenzahl annonciert. Callcenter sollen für Ersatz sorgen.

97 Vgl. zu den Kampagnen IN Extrablatt 1995, ferner IN 6/95 (3), 2/97 (1), 6/98 (1), 5/99 (1) und 1/00 (1). Die neuere Strategie wird von einem Experten wie folgt beschrieben: „Also, das ist eines der Grundprinzipien, daß wir sagen, unser Übersetzer unserer Dienstleistungen ist unser Mitarbeiter. Dann wollen wir weniger werben mit schöner Welt, junge gesunde Menschen, alle fühlen sich wohl, sondern wir wollen sehr leistungsnah werben" (Interview H3).

98 Vgl. Geschäftsbericht (1996:8), PA (3/00:13) und AA (4/20:9).

99 Die Programme erfassen alle Geschäftsstellen. Sie beinhalten vier aufeinander aufbauende Workshops und werden begleitet von Benchmarkingprozessen und lokalen Zielvereinbarungen.

100 Die AOK Hessen verwendete im Jahr 2000 ca. 1 Mio DM für Marktforschungsaktivitäten. Vgl. zu den Kundenzufriedenheitsanalysen auch IN (2/97:3, 4/97:1) oder die Image-Bilanz (1999:44ff). Die Variablen der von Marktforschungsinstituten durchgeführten Befragungen sind u.a. Freundlichkeit, Fachberatung und Bearbeitungszeit. Dabei wurden 100 Versicherte je Geschäftsstelle befragt. Die Rückspiegelung der Ergebnisse in die Geschäftsstellen hinein dient – nach Angaben des Marketingleiters – der „Selbstkontrolle für jeden einzelnen" und der Suche nach „konkreten Verbesserungspotentialen" (IN 4/97:1), nach dem Motto: „Wir müssen Geduld haben, nicht jeder wird sofort zum Verkäufer" (IN 2/97:3, Stellungnahme eines Geschäftsstellenleiters).

zum Sonderservice der AOK Hessen.[101] Es handelt sich v.a. um Modellvorhaben außerhalb der Regelversorgung: Anfang 2002 waren dies Hilfen gegen Schuppenflechte, Akupunkturbehandlungen, Asthmatherapien für Kinder, Diabetesvorsorge bei Schwangeren und das Neugeborenenscreening (vgl. die Übersicht in Finanztest 1/2002:19/21). Hinzu kommen die Beratung bei Behandlungsfehlern sowie klassische Präventionsangebote (Gesundheitskurse etc.). Vor der (mittlerweile z.T. wieder zurückgenommenen) Ausgrenzung solcher Angebote aus dem gesetzlichen Leistungskatalog (1997) war die AOK Hessen hier stark engagiert. Beispielsweise betrieb sie eigene 'Gesundheitszentren'. Ungeachtet des Leistungsabbaus in diesem Bereich blieb die Prävention ein integraler Bestandteil des Gesamtkonzepts: „Wir machen deutlich, daß wir mehr sind als nur Financiers".[102]

Fazit: Der Werbeauftritt des AOK-Systems offenbart, daß die Organisation sich zu einem reflexiven Marktakteur entwickelt und dabei gleichzeitig die Marktkommunikation mit Zielen der Gesundheitsförderung verknüpft. Zum einen wird die AOK zum Produkt, das (vor) wählerischen Konsumenten verkauft werden muß – als zentrale Stellschraube gilt dabei das Kassenimage. Die Strategie setzt hier auf das typische Instrumentarium der Werbebranche und zielt darauf, 'gute Risiken' zu akquirieren bzw. zum Verbleib in der Kasse zu bewegen. Aufgrund der begrenzten Handlungsmöglichkeiten in diesem Feld besteht hier allerdings stets das Risiko, daß sich die versprochenen 'on-top'-Leistungen als Lockangebote erweisen und Marketing als '*Ködern*' von Versicherten empfunden wird. Zudem sind gerade Werbestrategien dieser Art in der gesetzlichen Krankenversicherung generell ein Politikum, werden sie doch häufig als Verschwendung von Beitragsmitteln gedeutet.[103] Auch die zweite 'Marketinglinie' ist nicht unproblematisch. Die AOK präsentiert sich nicht nur als Produkt, sondern gleichzeitig als „Gesundheitskasse" mit Verantwortung 'für das Ganze'. Sie verbindet hier gewissermaßen das Angenehme (den Imageeffekt) mit dem Nützlichen (dem allgemeinen Präventionsauftrag). Gesundheitsförderung wird dabei vielfach instrumentalistisch verstanden – in der Formulierung des Marketingleiters einer Landeskasse: „Gesundheitsförderung sollte ... als zentrales Marketingthema besetzt werden", mit „Angeboten, die für wichtige Zielgruppen interessant sind".[104] Aber sie muß wohl mehr sein als das: Eine kritische Publicity erhält die AOK gerade dann, wenn sie ihre Selbstverpflichtung auf Gesundheitsförderung unvollständig oder nur virtuell einlöst.[105] Greift die '*Logik des Förderns*' nur selektiv – wie im oft zitierten Fall

---

101 Bei der Präsentation solcher Angebote wird nicht immer trennscharf unterschieden: So werden in der genannten Broschüre „Specials" im oder „Vorteile" durch das AOK-Angebot herausgestellt, die für das gesamte GKV-System gelten, wie etwa „freie Arztwahl", Zuzahlungsbefreiung für bestimmte Personen oder die beitragsfreie Familienmitversicherung.

102 So die Stellungnahme eines Mitarbeiter für IN (1/95:4), anläßlich der Eröffnung des Asthma-Zentrums. Lange Zeit waren Präventionsmaßnahmen auch in Hessen der zentrale Ansatzpunkt des Marktauftritts: „Ernährung, Bewegung, Streßbewältigung. Gesundheitsförderung wird bei der AOK groß geschrieben" (Wetterauer Zeitung 24.6.96). 1996 waren über 120 Fachkräfte in diesem Bereich tätig. Die gesetzliche Einschränkung des Präventionsauftrags galt dementsprechend als „Angriff auf die Gesundheitskasse" (so der damalige Vorstandsvorsitzende für IN 4/96:3; vgl. auch DOK 15-16 [8/96]). In den Folgejahren wurden indes die verbliebenen Handlungsspielräume – im Unterschied etwa zur AOK Baden-Würtemberg – nur sehr zurückhaltend genutzt.

103 So benötigt man „gute Gründe, warum die Gesundheitskasse Fernsehspots schaltet" (AM 5/97:5). Bisweilen macht die Selbstverwaltung den Marketingexperten das Leben schwer: 1997 wurde die Ausstrahlung von TV-Spots verschoben, 1999 strich der Verwaltungsrat kurzerhand das gesamte Werbebudget des Bundesverbandes.

104 Vgl. AM (1/96:4ff) Das Zitat entstammt einer Strategiedebatte, an der Geschäftsführer des Bundesverbandes (Marketing, Prävention), der Marketingleiter einer Landes-AOK und zwei Mitglieder der Selbstverwaltung (Gewerkschaftsseite, Arbeitgeberseite) teilnahmen.

105 Gleiches gilt für Botschaften wie „Thüringer AOK verlangt Abbau weiterer Krankenhausbetten" (Thüringer Allgemeine 2.12.1999). Noch unmittelbarer erscheint der Widerspruch dort, wo Kassen ihren Service aus Kostengründen einschränken. So wurde die Optimierung des Geschäftsstellenservice im

der Bauchtanzkurse für junge, gesunde Versicherte[106] – dann entstehen neue Imageprobleme und wird die Botschaft „Die Gesundheitskasse – Die sind *immer* für mich da" rasch unglaubwürdig. So bewegt sich auch in dieser Hinsicht das Krankenkassenmarketing des AOK-Systems auf 'dünnem Eis'.

2.5 (Politische) Öffentlichkeitsarbeit: Vernunft oder Solidarität?

Die AOK betätigt sich nicht nur im Bereich der Marktkommunikation, sondern kommuniziert gleichzeitig mit dem politischen System: „Es gehört ja zum Kern der Existenz des AOK-Bundesverbands, daß er Lobbyist ... ist. Und das Gesetz sieht ja – weil wir eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sind – sogar explizit Unterstützungs- und Mitwirkungspflichten vor, wo sich andere Lobbyisten die Finger nach lecken würden. Also, für uns ist es selbstverständlich, daß wir in heißen Phasen ... Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in das Ministerium abordnen. (...) Sie kriegen da eine Personen-, Institutionenkenntnis, und Sie bauen da ein Beziehungsgeflecht auf, von dem Sie sehr lange leben können" (Interview B2). Die Interaktion mit der Politik vollzieht sich auf vielen Wegen. Zum einen findet sie auf der personellen Ebene statt – Wechsel vom Verband in die Politik und umgekehrt sind an der Tagesordnung.[107] Zum zweiten werden vor nahezu jeder gesetzlichen Maßnahme oder Verordnung die Spitzenverbände der Krankenkassen angehört. Zum dritten hält auch die Selbstverwaltung Querverbindungen zu gesellschaftspolitisch einflußreichen Gruppen. Zum vierten – und das ist in gewisser Weise die Vorbedingung für alle übrigen Interaktionen – bezieht das AOK-System vor einem breiten öffentlichen Publikum politisch Stellung. Dazu wird ein breites Spektrum fremder und eigener Medien eingesetzt (vgl. Tabelle 4). Letztere dienen natürlich mehreren Zwecken, sind aber *immer auch* politisches Sprachrohr der Organisation.[108]
Die politische Öffentlichkeitsarbeit der AOK schlägt sich v.a. in Presse-, Rundfunk- und Fernsehberichten nieder; der Verband produziert auch eigene Hörfunkbeiträge oder CDs zur Weitergabe an Multiplikatoren. Für die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen spielen zudem die einschlägigen Fachzeitschriften[109] sowie der im Krankenversicherungswesen rege Tagungsbetrieb[110] eine wichtige Rolle. Das politische Hauptmedium des Bundesverbands ist die Monatszeitschrift „Gesundheit & Gesellschaft" (Auflage: 9000). Die Zeitschrift trat Mitte 1998 an die Stelle der eher nüchtern-bürokratisch wirkenden 'DOK'-Reihe. Ihre Produktion

---

AOK-System zunächst als Weg zu mehr Kundenzufriedenheit beschrieben (Bilanz 1996:61); später sah man sich dann zu Schließungen gezwungen.

106 Solche Kurse fanden bis Mitte der 1990 Jahre statt; gegenwärtige Angebote im 'Fitneß'-Bereich sorgen aber möglicherweise für ähnliche Eindrücke. Ein anderes Beispiel für selektive Gesundheitsförderung sind die jüngst verstärkt diskutierten Versäumnisse in der Brustkrebsvorsorge, die etwa im Zusammenhang mit einem abgebrochenen Modellversuch im Raum Aachen auch der AOK angelastet wurden.

107 Um nur einige Beispiele aus den letzten Jahren zu nennen: Ein Verwaltungsratsmitglied des Bundesverbands wechselte auf einen Bundesministerposten, der stellvertretende Leiter des Stabsbereichs Politik zur SPD-Bundestagsfraktion und der Leiter des Stabsbereichs Medizin zur Abteilung Krankenversicherung des Bundesgesundheitsministeriums (sein Nachfolger wiederum war vorher im Gesundheitsamt Bremen tätig). Auf Landesebene vollzieht sich ähnliches.

108 Es finden sich beispielsweise Dossiers zur Rolle der Selbstverwaltung (Sozialwahlen), zur Budgetierung, zu (arbeitslosigkeitsbedingten) Einnahmeproblemen der Kassen oder Fragen des Qualitätsmanagements. Auch symbolisch inszeniert sich die AOK hier als politischer Akteur – etwa in einem Artikel zur Gesundheitsreform 2000 (BG 3/99:12), in dem der Verwaltungsratsvorsitzende zusammen mit einer Ministerin abgebildet ist.

109 Auf die Redaktion von „Arbeit und Sozialpolitik" übt der AOK-Stabsbereich Politik in Person eines Herausgebers maßgeblichen Einfluß aus.

110 Der AOK-Bundesverband organisiert regelmäßig selbst die o.g. Veranstaltung „AOK im Dialog". Vergleichbare Veranstaltungen finden auf Länderebene statt, so etwa die „Hersbrucker Gespräche" der AOK Bayern, das „Forum der AOK Sachsen" oder das „Herbstforum" der AOK Hessen. Hinzu kommen einzelne Fachtagungen zu Spezialthemen, beispielsweise 1999 zu den Themen: „Gesundheit und Alter" (AOK Hamburg) oder „Wettbewerb" (AOK-Schlesweig-Holstein).

ist in ein Subunternehmen ausgegliedert, wird aber vom Bundesverband kontrolliert. Die Zeitschrift beinhaltet neben Berichten aus dem AOK-System umfangreiche Dossiers aus dem Schnittfeld zwischen Sozialpolitik und Gesundheitsberichtserstattung[111], ferner Beiträge von Wissenschaftlern (v.a. Gesundheitsökonomen) und Politikern[112] sowie einen umfassenden Serviceteil (Rechtsinfos, Fachadressen, Literaturbesprechungen). Regelmäßig erscheinen Gastkommentare von Journalisten renommierter Tageszeitungen sowie kassenkritische Stellungnahmen von Vertretern der Leistungserbringer oder auch der Gewerkschaften. Die Zeitschrift wird durch einen monatlichen Info-Letter mit Kurzberichten und sozialpolitischen Stellungnahmen der AOK sowie durch eine gesundheitswissenschaftliche Beilage ergänzt.

Tabelle 4: Zentrale Medien des AOK-Systems

Titel / Art des Mediums	*Zielgruppe*[113]	*Charakter*
Gesundheit & Gesellschaft (& GG Wissenschaft)	Entscheider im Gesundheitswesen interessiertes Fachpublikum	niederschwelliges Fachjournal, Einbeziehung externer Analysen (GGW: Wissenschaftliche Artikel)
GG Blickpunkt	Entscheider	Info-Letter, offizielle AOK-Linie
Bilanzen des Bundesverbands und ggf. der Länder-AOKen	Entscheider	Jahresberichte (meist mit journalistischem Zuschnitt)
Pressemitteilungen, Mail-Dienste, Hörfunkbeiträge etc.[114]	Journalisten	sachlich-funktional
Mitgliederzeitschriften[115], v.a. ✍ Bleib gesund ✍ Vigo! ✍ Studiosi ✍ Jo ✍ Jojo ✍ Praxis aktuell	 Versicherte (ab 30) Versicherte (18-30) Studierende Jugendliche Kinder Unternehmen	Journale mit ? Unterhaltungsseiten ? Serviceinformationen ? Gesundheitsinformationen ? politischen Stellungnahmen ? rechtlichen Informationen
Info-Material	Neukunden / Versicherte	? Werbung ? Gesundheitsinformationen etc.
Interne Zeitschriften, z.B. ✍ AOK Management ✍ AOK-aktiv	 Führungskräfte Mitarbeiter	 v.a. problembezogene Essays AOK-spezifische Infos, Unterhaltung
Internet	alle Zielgruppen	interaktiv, beratend, informierend

111 Themen sind z.B.: Würdig sterben (7/00), Medizinclowns (5/00:36ff), Entwicklungshilfe (8/00:22ff), Praxis einer Sozialrichterin (GG 11/98:38ff). Andere Beiträge betreffen konkreter das Gesundheitswesen: so etwa das Leben mit Rheuma (9/00:22ff) oder Tinnitus (10/00:36ff); das Rauchen von Jugendlichen (6/00:42ff), die Entwicklung der Geriatrie (10/99:42ff), den Alltag in einer Notfallambulanz (10/99:38ff), das Thema Bürgergesellschaft (11/01:40ff) und Migrantenprobleme (4/02:20ff).

112 Es kommen Politiker aller Couleur zu Wort, teilweise auch kontrastiv in einem Dossier (etwa unter einem Titel wie: „Sozialstaat 2000", in GG 1/09:46ff). Auch Vertreter von Verbänden (Arbeitgeber, Gewerkschaften, Gesundheitsberufe) äußern sich in dem Medium. Die Liste der befragten Personen und Autoren umfaßt u.a.: Ehrenberg, Dreßler (beide SPD), Staudt (IBM), Hundt (Arbeitgeberverband), Engelen-Kefer, Zwickel (beide Gewerkschafter), Seehofer (CSU), Blüm (CDU), Fischer, Nickels (beide Grüne), Bunge (PDS), Westerwelle (FDP); Görner (Sozialmininisterin Saarland), Schröttler (Gesundheitssenatorin Berlin) und Pietzsch (Sozialminister Thüringen).

113 Es handelt sich um Einschätzungen von Interviewpartnern sowie um eigene Beobachtungen.

114 In diesem Bereich existieren spezifische Medien auf Länderebene.

115 Die Zeitschriften haben allgemeine Teile, werden aber auf Länderebene in je eigenen Versionen erstellt.

Die zentrale Verantwortung für die Öffentlichkeitsarbeit der AOK trägt eine Sonderabteilung beim Bundesverband – der sog. Stabsbereich Politik. Aufgaben der Abteilung sind neben der „Beeinflussung von politischen Prozessen außerhalb der AOK" und der „Formulierung der politischen Willensbildung innerhalb des AOK-Systems", die Beobachtung von Vorgängen im Umfeld der Organisation sowie die „strategische Unternehmensplanung" (Interview B2). Der Stabsbereich ist unmittelbar dem Vorstand zugewiesen. Er unterhält die Pressestelle (die 140 Zeitungen auswertet), einen Anschluß an den dpa-Ticker, einen Fax- und Maildienst 'Presse & PR' (der das AOK-System mehrmals täglich über öffentlichkeitsrelevante Themen informiert und mit 'offiziellen Sprachregelungen' ausstattet) sowie eine Abteilung für Rundfunk- und Fernsehbeobachtung. In der Pressearbeit nutzt man auch persönliche Beziehungen zu Journalisten überregionaler Tageszeitungen. Allerdings gibt es auch 'feindliche' Medien. So gilt der FOCUS, der regelmäßig Beitragsvergleiche publiziert und Wirtschaftlichkeitsanalysen präsentiert, als Problemfall. Ähnlich schwierig gestaltet sich der Umgang mit BILD, wo regelmäßig die hohen Gehälter von AOK-Führungskräften angeprangert werden.

Betrachtet man die politischen Diskurse näher, so zeigt sich zunächst ein spezifisches Rollenverständnis. Als „Anwalt von Patienten und Versicherten" (Bilanz 1998/1999:68f) will sich die Organisation eigenständig positionieren: sowohl gegenüber der Politik – „es waren die Krankenkassen, die energisch Front gegen Leistungskürzungen ... durch die Politik gemacht haben" (ebd.) – als auch gegenüber den Leistungserbringern: „Einzelne und Gruppen von Leistungsanbietern kämpfen teilweise erbittert um finanzielle Mittel, institutionelle Macht und persönliche Reputation" (Bilanz 1997/1998:7).[116] Die politische Positionierung wirkt durchaus grundsätzlich: Es geht um „Anforderungen an die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung (DOK 5/97) sowie um die richtige „ordnungspolitische Orientierung".[117] Diese Orientierung bündelt sich typischerweise in der Forderung, „die Kombination aus Wettbewerb und Solidarität (zu) optimieren."[118]

Was bedeutet dies im einzelnen? Bereits seit einigen Jahren fordert die AOK einerseits eine „durchgehend wettbewerbliche Orientierung der Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern" (DOK 5/97:146) sowie ein „volles Mitspracherecht der Krankenkassen bei den Planungsentscheidungen" (GG 2/99:26, hier in bezug auf Krankenhäuser).[119] Andererseits gibt es ein symbolisch eindeutiges Votum für das Solidarprinzip, wie z.B. die Hauptüberschriften des AOK-Infoletters (GG-Blickpunkt) offenbaren: „Klare Absage an Wahl- und Regelleistungen", und: „Die Solidarität ist das Fundament des Systems."[120] In der jüngeren Debatte tauchen diesbezüglich zwar gewisse Nuancierungen auf: Teilweise werden bestimmte Wahlleistungen (also Leistungselemente, die beim Versicherungsabschluß von Mitgliedern zu- oder abgewählt werden können) nicht mehr gänzlich ausgeschlossen, andererseits beziehen AOK Funktionäre sehr massiv Stellung gegenüber Plänen, das gesetzliche System grundsätzlicher zu deregulieren.[121] Gerade in der jüngeren Vergangenheit spiegeln die Nuancierungen unterschiedliche Positionen der Selbstverwaltungsparteien (Arbeitgeber und Gewerkschaften) wider.

---

116 Der Verband moniert, Reformprozesse scheiterten „am Widerstand der Interessen" (Zwischenüberschrift in der Bilanz 1999/2000:6, mit Bezug auf das Globalbudget). Vgl. als typische Dokumente dieser Diskurspraxis auch die Schriftfassungen der AOK-Foren (AD), die gesundheitspolitischen Beiträge in GG sowie die Stellungnahmen und Beiträge von AOK-Experten in Fachzeitschriften und Info-Rundbriefen (z.B. Soziale Sicherheit; „Gelber Dienst" oder „Dienst für Gesellschaftspolitik").

117 So die Formulierung im o.g. Positionspapier des Verwaltungsrates vom 29.4.02.

118 Positionspapier der AOK-Gemeinschaft (Beschluß des Verwaltungsrates vom 29.4.02).

119 Ähnlich äußert man sich in der Presse (z.B. SZ 17./18.6.00). Vgl. ferner in GG (2, 8/99).

120 Haupttitel aus Ausgaben von GG-Infoletter [GGI] (2/00; 9/00).

121 Das o.g. Positionspapier (vom 29.4.02) spricht diffus von „erweiterten Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten" für Versicherte (ähnlich auch die Stellungnahme eines Verbandsfunktionärs für AS Aktuell vom 3.4.02); andererseits kritisierte der Verwaltungsratsvorsitzende Wahlleistungskonzepte als „Ökonomisierung des Sozialen", die dem Rechtsradikalismus Auftrieb leiste (FAZ 25.4.02). Das wiederum ging der Arbeitgeberseite zu weit, wie sie öffentlich zu Protokoll gab (Stuttgarter Zeitung 29.5.02)

Die Auseinandersetzung um den Risikostrukturausgleich

Der RSA wurde durch die Gesundheitsreform 1993 eingeführt, um 'Wettbewerbsverzerrungen' zwischen den Kassen zu vermeiden. Es handelt sich um eine durch das Bundesversicherungsamt festgesetzte Umlage der Beitragseinnahmen nach Maßgabe der relativen Mitgliederstrukturen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Krankengeldanspruch, Arbeits- und Berufsunfähigkeit). Mittels einer Stichprobenerhebung über die durch die verschiedenen 'Risikogruppen' im Bundesdurchschnitt jeweils verursachten Versorgungskosten wird der theoretische Beitragsbedarf der einzelnen Krankenkasse ermittelt. Liegen die realen Beitragssätze unter diesem Bedarf, dann haben die Kassen Anspruch auf die Umlage, liegt er darüber, sind Abgaben fällig. Dabei wird der auf Verwaltungskosten und Satzungsleistungen entfallende Finanzierungsanteil ausgeschlossen. Nicht berücksichtigt waren bis 2001 die 'Morbiditätsgrade' der Versicherten, also die vom Durchschnitt abweichenden Ausgaben etwa für chronisch Kranke. Ein ungenügender Deckungsbeitrag wird häufig auch für Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger erzielt. Die AOK ist größter Nettoempfänger: Im Jahr 2000 erhielt sie gut 20 Mrd DM aus dem RSA. 'Zahlen' müssen v.a. Betriebs-, Innungs- und einige Angestellenersatzkassen. Über die Wirkungen des RSA gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Die Nettozahler beklagen, daß er Rationalisierungserträge abschöpfe. Orts- und Ersatzkrankenkassen behaupten, daß sich wegen der Unvollständigkeit des RSA Risikoselektion mehr lohne als Rationalisierung.

Der RSA war seit Einführung der Kassenwahlfreiheit ein ständiger Zankapfel zwischen den Krankenkassen. Zwischen 1994 und 1997 entfachte er besonders heftige Diskussionen: „Krankenkassen proben den Aufstand gegen milliardenschwere Zahlungen an die AOK", titulierte beispielsweise der FOCUS (1/96). Der Streit betraf technische Details – 1994 hatten über 70 Kassen Klage gegen die Festsetzung des RSA erhoben –, aber auch Grundsatzfragen: Die Techniker- und die Betriebskrankenkassen (TK, BKK) plädierten für einen schrittweisen Ausstieg aus der Umlage (vgl. Gesundheitspolitische Umschau 4/97). In der Folgezeit wurde der Konflikt nach Absprachen zwischen den Arbeitgeberverbänden, den Gewerkschaften und der Bundesregierung vorübergehend stillgelegt. Im Jahr 2000 durchbrachen die Ersatzkassen und die AOK jedoch vor dem Hintergrund massiver Mitgliederverluste dieses Moratorium: Sie forderten nun Korrekturen am RSA-Mechanismus. Währenddessen gründeten einzelne (florierende) BKKen sowie die TK ein sog. „Forum für Solidarität": Sie traten für ein System von Wahlleistungen sowie eine Zurückführung der „Umverteilung zwischen den Krankenkassen" ein.[122] Die Auseinandersetzung nahm in den Medien zeitweise einen breiten Raum ein. So trugen die Kassen im Jahre 2000 vor und nach dem Stichtag für den Kassenwechsel (30.9.) hierzu eine heftige Debatte aus, wobei die BBKen, die mit günstigen Beiträgen überwiegend junge Versicherte attrahieren (s.u.), zum Stein des Anstoßes wurden.[123] Der BKK-Bundesverband verwies auf die hohe Zahl von Rentnern in seinen Kassen und schaltete zudem Anzeigen, in denen das Solidarprinzip explizit bejaht wurde. Er blieb aber bei seinem Nein zur Reform des RSA; so wurde erklärt, man wolle „nicht die Unwirtschaftlichkeit anderer Kassenarten mitfinanzieren" (FR 7.8.2001). Die Bundesregierung entschloß sich dennoch – nach Beratungen mit den Spitzenverbänden – zu Korrekturen am Ausgleichssystem: Sie brachte einen kassenartenübergreifenden sog. Hochrisikopool auf den (Gesetzgebungs-)Weg, der (ab 2003) die Kosten für besonders teure Patienten tragen soll. Darüber hinaus wurde die Förderung der o.g. DMP-Programme aus Umlagemitteln beschlossen. Ferner soll bis 2007 ein Ausgleichsverfahren eingerichtet werden, mit dem die Morbiditätsstrukturen der Versicherten besser abgebildet werden.

122 Das Forum bildeten zwei Ersatzkassen und 15 BKK (vgl. Ärzte-Zeitung 4.7.20). Der BKK-Bundesverband schloß sich ihrer Position teilweise an (vgl. „Die BKK" 5/00).

123 Vgl. – beispielhaft – Die Welt und SZ 18.4., FAZ und TAZ 20.4., SZ 1. und 7.9., Handelsblatt 10. und 25.10., FAZ 1. und 8.11.00. Zur Debatte unter Kassenexperten vgl. „Soziale Sicherheit" (10/00).

Die inhaltlichen Nuancen ändern aber bislang nichts an der grundsätzlichen Linie des AOK-Systems, die auf die Verknüpfung von Wettbewerb auf der Seite der Leistungsanbieter mit dem Solidarprinzip auf der Seite der Versicherten abzielt. Eine wichtige Rolle spielt dabei der sog. *Risikostrukturausgleich* (siehe vorstehenden Kasten).

Die die Wettbewerbskomponente betreffenden strukturpolitischen Konzepte und Strategien sind oben bereits dargestellt worden. Wie aber positioniert sich die AOK in bezug auf das Solidarprinzip? Hier ist die Haltung der Orgaisation zum Risikostrukturausgleich (RSA), der den Lastenausgleich zwischen Kassenarten mit unterschiedlichen Versichertenstrukturen regelt, von großer Bedeutung (siehe vorstehenden Kasten). Die AOK richtete in den 1990er Jahren einen Großteil ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf dieses Thema; ihr Ziel war es, den Lastenausgleich auf eine veränderte Grundlage zu stellen.

Im Jahre 1997 ließ der AOK-Bundesverband Gesundheitsökonomen und Politiker auf einem Symposium ausführlich über den RSA diskutieren (AD 1997). Der Abteilungsleiter „Analysen und Prognosen" des Bundesverbands analysierte den RSA und schilderte die Lesart der AOK (ebd.:44): Das Umlageverfahren sei eine „Simulation eines PKV-Modells", da die Kassen de facto über risikoäquivalente Beiträge verfügten. Von einer Subventionierung einzelner Kassen könne keine Rede sein, eher schon von einer unvollständigen Risikoäquivalenz der realen Beitragsflüsse an die AOK. Deshalb votiere man für die „Verfeinerung" des RSA, hier v.a. die Berücksichtigung von Morbiditätsgraden. Erst auf dieser rationalen Grundlage, so die Quintessenz, erfülle der Kassenwettbewerb die in ihn ersetzten Erwartungen, weil er sich dann auf Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung richte. Dieses Argumentationsmuster bestimmte dann auch die RSA-Kampagne zwischen 1999 und 2001. Nach Antritt der rot-grünen Regierungskoalition waren die Chancen für die Reform des RSA gewachsen, und so ging die AOK in die Offensive: Die o.g. Analysen zu den Defiziten des bis dahin geltenden Systems wurden verstärkt über Presseerklärungen in die Öffentlichkeit getragen. Man versuchte zugleich, über die Mitgliedszeitschriften auch an die Versicherten heranzutreten: „Die AOK ist für alle da. Sie nimmt das Prinzip der Solidarität ernst (...). „Der Risikostrukturausgleich garantiert, daß der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht auf dem Rücken von Schwachen, Armen oder Familien mit Kindern ausgetragen wird" (Bleib gesund 1/99). Im weiteren Verlauf der Kampagne formulierte die Organisationsspitze zusammen mit dem Ersatzkassenverband einen Brief an Bundestagsausschußmitglieder und Landessozialminister (dfg 11/00). Gleichzeitig publizierte sie Umfragen, aus denen hervorging, daß weite Teile der Bevölkerung gegen eine Entsolidarisierung der Krankenversicherung votierten.[124] Im Verein mit den Ersatzkassen wurde das Schlagwort von den „Yuppi-Kassen" geprägt, die das Solidarprinzip schwächten (SZ 18.4.00). Der Bundesverband veranstaltete (Mitte Juni 2000 in Berlin) – unter dem Motto: „Wir sitzen alle in einem Boot" – ein Presseseminar, auf dem die Verwaltungsrats- und Vorstandsvorsitzenden gemeinsam auftraten, um das Solidarprinzip zu verteidigen und eine Verschärfung der 'Angebotspolitik' (sprich: wettbewerbsgesteuerte Rationalisierungsprogramme auf der Seite der Leistungsanbieter) zu fordern.[125] Der Bundesverband beauftragte dann zwei (tendenziell verbandsnahe) Gesundheitsökonomen mit einer Studie über die Effekte des RSA und griff deren Befunde publizistisch auf.[126] Die Bundesregie-

124 So etwa in einer WIdO-Umfrage über die Akzeptanz des Solidarprinzips (GG 9/00:20). Berichtet wird auch von anderen Erhebungen, so etwa einer des Deutschen Zentrums für Altersvorsorge, das eine klare Absage der Bürger an die Devise: „Weniger Staat, mehr Eigenverantwortung" dokumentiere (GG 10/00:10).

125 Mit dem Effekt einer ausgiebigen Berichterstattung in den Medien (vgl. FAZ, SZ, FR vom 17.6.)

126 Es handelt sich um ein von der AOK, den Innungskrankenkassen und den Ersatzkassen 'bestelltes' Zwischengutachten zweier Gesundheitsökonomen (vgl. GG 12/00:44ff; BZ oder FR 2.11.00; Bilanz 2000/2001:8f), die bei der Vergabe eines offiziellen Regierungsgutachtens nicht zum Zuge gekommen waren. Das Regierungsgutachten bestätigt dann allerdings diese Expertise in mehreren Punkten.

rung bestellte eigene Gutachten, die ähnliche Befunde vorlegten.[127] im Jahre 2001 beschloß sie eine Reform des RSA, die einige Aspekte der AOK-Argumentation aufnahm, ohne dieser allerdings vollständig zu folgen.

Öffentlichkeitsarbeit in der AOK Hessen

Die Öffentlichkeitsarbeit der regionalen Ortskrankenkassen unterscheidet sich in ihrer Stoßrichtung zum Teil von der Bundesverbandsebene. Das Beispiel der AOK Hessen zeigt dies recht anschaulich. Die Kasse hat in den 1990er Jahren eine spezifische Kommunikationsstrategie entwickelt. Die Zuständigkeit übernahm eine – im Untersuchungszeitraum kontinuierlich ausgebaute – Hauptabteilung „Unternehmenspolitik", die direkt dem Vorstand unterstellt wurde. Die hessische AOK begriff Öffentlichkeitsarbeit als Teil einer „integrierten Kommunikationsstrategie".[128] Die Präsentation der AOK in der Medienöffentlichkeit sollte systematisch mit anderen umweltbezogenen Kommunikationen abgestimmt werden. Die Abteilung bildete einerseits die entscheidende Grenzstelle zur politischen Umwelt; andererseits fungierte sie als 'hausinterne PR-Agentur' für andere Organisationseinheiten, sofern deren Angelegenheit öffentlichkeitsrelevant waren. Ihr wurden folgende Aufgaben zugetragen: die regelmäßige Ausarbeitung von Pressemitteilungen, Informationsmitteilungen (AOK aktuell) und Geschäftsberichten[129], ferner die Vorbereitung zentraler Veranstaltungen, die Betreuung eines Medienmonitors[130], die Konzipierung von Politiker- und Journalistenbefragungen sowie die Bearbeitung der etwa 400 bis 500 externen Anfragen pro Jahr. Hinzu kommt die Organisation der AOK-Foren, die einmal jährlich in einem Frankfurter Tagungshotel stattfinden und von Politikern, Verbandsfunktionären und Kassenvertretern besucht werden. Vertreter der AOK Hessen treten auch bei lokalen Veranstaltungen auf, in denen sie sich z.T. mit anderen Akteuren des Organisationsfelds bzw. des politischen Systems auseinandersetzen.[131]
Was die allgemeinpolitischen Diskurse der Kasse betrifft, so sind diese mit denen des Bundesverbands weitgehend kompatibel. So geht es in den Publikationen und auch auf den o.g. Tagungsveranstaltungen der AOK Hessen immer wieder um die „Flexibilisierung des Vertragsrechts".[132] Vom Vorstand wird „endlich echter Wettbewerb" auf der Leistungsanbieterseite eingefordert, „um einer Entsolidarisierung entgegen zu wirken" (PID 6.2.2002). Gleichzeitig votiert auch die AOK Hessen für einen „vollwertigen Gesundheitsschutz" und „gegen die Ausgrenzung medizinisch notwendiger Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung" (Geschäftsbericht, 1996). Ein Schwerpunkt liegt auf der Forderung nach einem 'fairen RSA' (vgl. dazu AA 2/99, 4/00 und 3/01). Im Jahre 2001 wurde die –

---

127 Vgl. Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestagsdrucksache 14/5681 vom 28.3.01.

128 Dazu existiert ein ausgearbeitetes Konzept (FAZ-Institut /IKS Team: Integrierte Kommunikationsstrategie der AOK Hessen, Broschüre 1999). Der Professionalisierungsprozeß sei – auch unter Mithilfe routinierter Kommunikationsfachleute des FAZ-Instituts – rasch vollzogen worden. „Wir haben gelernt, ... Argumentationen aufzubauen" (IN 3/97:2).

129 Die Geschäftsberichte (Auflage: 5000 Exemplaren) werden an 'Firmenkunden', 'Gesundheitspartner', Politiker und Journalisten versendet: „Wir informieren, indem wir über alle wichtigen Ereignisse, Projekte, über Veränderungen, über neue Produkte (berichten). Und darüber hinaus – auf einer Metaebene – ist es natürlich auch ein ganz wichtiges Instrument zur Imageverbesserung" (Interview H5).

130 Der Medienmonitor richtet sich auf „Medientrends bei gesundheitspolitischen Streitfragen", auf die „wertende Charakterisierung der gesundheitspolitischen Akteure" und „Problemverursacher und Problemlöser im gesundheitspolitischen Prozeß" (Image-Bilanz 1999:87). Er wird von einem externen Institut i.d.R. als Quartalsauswertung der Medienberichterstattung eingekauft.

131 So debattieren AOK-Vertreter in Diskussionen mit Politikern (vgl. Taunus-Anzeiger 23.3.96, hier mit Vertretern der GRÜNEN), Unternehmern (Gießener Anzeiger 2.9.00, auf einem Forum der Bezirksgruppe Mittelhessen des Verbands der Metall- und Elektrounternehmen) oder mit den Wettbewerbern (Oberhessische Presse 19.5.00).

132 Vgl. den Geschäftsbericht (1996) oder die Dokumentationen der Herbstforen zwischen 1997 und 2000.

im Kontext der nationalen Kampagne eigens ins Frühjahr vorverlegte – Jahresveranstaltung (das Herbstforum) diesem Thema gewidmet. Inhaltlich gibt es hier gelegentlich eine regionale Einfärbung beim Thema Lastenausgleich mit den ostdeutschen Kassen.[133] Was die politische Positionierung in den Mitgliederzeitschriften betrifft, so nimmt die hessische Redaktion meist nur Anpassungen im Sinne der regionalen Erkennbarkeit vor. Es erscheinen aber auch eigene Beiträge: So versprach der (ehemalige) Vorstandsvorsitzende beispielsweise in einem Artikel dafür zu sorgen, daß „Patientenorientierung zum Selbstverständnis aller Leistungsanbieter im Gesundheitswesen" wird (BG 1/99:15).

Im regionalen Terrain muß sich die AOK allerdings auch mit anderen öffentlichen Themen auseinandersetzen. Hier werden politische Positionen mitunter auch an konkreten Kassenstrategien gemessen. Das betrifft z.B. das Thema Leistungsausgrenzung. Die Liste der in der hessischen Medienöffentlichkeit als 'Leistungsverweigerungen" etikettierten Vorgänge ist lang: Sie betreffen schwerpunktmäßig die Auswahl von Hilfsmitteln, die Bewilligung von Kuren oder die Zuweisung an Spezial- bzw. Rehabilitationskliniken.[134] Das wird auch von der Ärzteschaft bestätigt, die über „Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme/Leistungsgewährung" klagt (Image-Bilanz 1999:73). Hier wird die Organisation nicht selten 'zur Rede' gestellt.[135]

Ein besonders interessantes Beispiel für diese Dimension der Öffentlichkeitsarbeit ist der Konflikt zwischen der AOK Hessen und einer privaten Krebsklinik im Wetteraukreis. Das Krankenhaus, das sich auf alternative Heilmethoden spezialisiert hatte, war nicht in den Hessischen Krankenhausplan aufgenommen worden, so daß die Krankenkassen die Behandlungskosten für ihre Versicherten nur übernahmen, wenn diese als 'austherapiert' galten. Die Klinik forderte aufgrund ihrer defizitären Haushaltslage vom hessischen Gesundheitsministerium und den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag. Sie bemängelte öffentlich, daß „weder die Krankenkassen, an der Spitze die AOK, noch die Landesregierung ... Gesprächsbereitschaft erkennen ließen."[136] In der Tat verweigerte die AOK jegliche Kostenübernahme: Sie argumentierte, die entsprechenden Versorgungskapazitäten in Hessen seien insgesamt ausreichend, die Klinik könne bei der AOK grundsätzlich keine Behandlungsleistungen abrechnen – und zog auf diese Weise den Ärger von Klinikleitung, Patienten und ortsansässigen 'stakeholdern' (wie Einzelhandel oder Lokalpolitik) auf sich.[137] Im Sommer 2000 spitzte sich die Auseinandersetzung zu: Mehrfach kündigten die Unterstützergruppen Demonstrationen vor der AOK-Zentrale an, zu der sie auch Vertreter der überregionalen Presse sowie des Fernsehens mobilisierten.[138] Nach erfolglosen Gesprächen vor Ort drohte – wie in der Zeitung nachzulesen war – die AOK mit dem Einsatz von Polizeikräften, falls es zu einer Demonstration vor

---

133 Vgl. etwa SZ (20.6.01). Es bleibt meist offen, ob es sich um die AOK-systeminternen oder -externen Subventionen handelt.

134 Durch den kasseneigenen Medienmonitor sind zahlreiche Fälle dokumentiert, in denen der AOK Leistungsverweigerungen vorgeworfen werden: Es geht um so unterschiedliche Bereiche wie die Therapie bei Schuppenflechte, die Bewilligung einer Spezialmatraze, die Kostenübernahme für eine Brustverkleinerung oder eine Blutkrebsbehandlung durch Heilpraktiker, den Einsatz von Rollstühlen im Pflegeheim, Krankenfahrten für sozial Schwache oder die Zuweisung zu Kur- und Reha-Kliniken.

135 Ähnlich verhält es sich mit vertragspolitischen Strategien, wie das Beispiel der öffentlichen Diskussion um die Pharmakotherapie zeigt. Die AOK Hessen hatte Ärzten eine Beteiligung an den durch rationellere Verordungsweisen erzielten Einsparungen zugesagt. Patienten äußerten daraufhin in der Presse die Befürchtung, daß dies auf Kosten der Versorgung geschehe (Offenbach-Post 6.11.97).

136 Vgl. Wetterauer Zeitung vom 27.6.00. Die Auseinandersetzungen liefen über Monate. Schon Mitte 1999 hatte die Presse gemeldet: „Krankenkassen drehen der Klinik Benediktusquelle den Tropf ab." (FNP 17.7.99).

137 Im lokalen Umfeld wurde ein „Förderverein für krebskranke Kinder" sowie eine Unternehmerinitiative unter Federführung zweier örtlicher Lebensmittelhändler gegründet. Unterstützung kam zudem von Kommunalpolitikern, denen es auch gelang, einen prominenten Ex-Minister für eine Moderatorenfunktion zu gewinnen.

138 Die an der Protestkampagne beteiligten Firmen forderten AOK-Mitglieder zum Austritt aus ihrer Kasse aus; von der Presse wurde gemeldet, daß einige Beschäftigte des örtlichen Einzelhandels dies bereits in die Tat umgesetzt hätten.

ihren Türen käme. Zunächst wurde die Demonstration abgesagt, als die Krankenkassen einen Lösungsweg in Aussicht stellten. Wenig später versagte die AOK Hessen dann der Klinik aber dennoch die Finanzierung, alle weiteren Proteste liefen ins Leere. Über die gesamte Dauer des Konflikts konnte jedoch die Öffentlichkeitsarbeit der AOK die 'schlechte Publicity' nicht verhindern. In der Organisation sprach man von einer „Krise", „weil die haben eine starke Standort-PR, haben Journalisten auf ihrer Seite, haben verschiedene Mitstreiter, (...) und dazu haben sie halt ein klasse Thema, krebskranke Menschen. Also, wenn Sie kranke Kinder draußen stehen haben, die krebskrank sind und keine Haare auf dem Kopf haben, dann können Sie reden und machen, was Sie wollen" (Interview H5).

Fazit: Die AOK bewegt sich in einem komplexen Kommunikationssystem und verfügt dementsprechend über einen ausgebauten Apparat für Öffentlichkeitsarbeit. Der Bundesverband kontrolliert den politischen (Dis-)Kurs des AOK-Systems in hohem Maße, allerdings stellen sich auf lokaler Ebene spezifische Probleme. Das Beispiel der RSA-Kampagne zeigt, daß die Öffentlichkeitsarbeit stringent organisiert und strategisch plaziert wird. Hier – und in anderen Kontexten – scheint es um das Prinzip zu gehen, i.e. den 'kategorischen Imperativ' der *Solidarität* zwischen jung und alt, krank und gesund, arm und reich.[139] Es dominiert allerdings eine andere Lesart: „Greift die Risikoselektion weiter um sich, bleibt nicht nur die Solidarität auf der Strecke. Auch die Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit gehen verloren" (GG 11/00:44). D.h.: Erst der (vollständige) RSA macht den Wettbewerb produktiv. Solidarität mit den 'schlechten Risiken' sorgt für mehr Gesamteffizienz – eine sozialpolitische Norm wird zweckrational begründet.[140] Die AOK agiert als Anwalt der *Vernunft*.[141] Problematisch kann es indes werden, wenn die Adressaten der Öffentlichkeitsarbeit an dieser Gleichung zweifeln: Falls Solidarität wider Erwarten 'teurer kommt', dann hat die AOK implizit Gründe dafür geliefert, sie einzuschränken. Auf der regionalen Ebene stellt sich ein ähnliches Problem: Es kann schnell der Eindruck entstehen, daß es die AOK 'mit der Solidarität' nicht so genau nimmt, wenn sie – zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung – mit dafür sorgt, daß Bedürftige aus Gründen einer übergeordneten Systemrationalität unterversorgt bleiben. Solidarität und Vernunft sind auch in diesem Fall auf keinen einfachen Nenner zu bringen.

---

139 Zuweilen auch ausdrücklich: Bei einer Veränderung des RSA könne man sich auch die „Eliminierung des Familienlastenausgleichs ... vorstellen, bei der die AOK profitieren würde. Dennoch fordern wir eine solche Eliminierung natürlich nicht" (AD 1997:46). Ähnlich grundsätzlich wird auch an anderen Stellen argumentiert (Bilanz 1996/1997:10, DOK 5/97:145), GG-Infoletter (GGI) 6 und 7/00, GG 8/00; Vigo Unilife 6/00:13).

140 Typisch dafür ist auch ein öffentliches AOK-Statement zum Thema 'Wahltarife'. Auf einer Pressekonferenz lehnte der Vorstandsvorsitzende deren Einführung mit dem Hinweis ab, daß sie „kaum praktikabel" sei. Wenn jemand bestimmte Leistungen wie etwa Rollstuhlversorgung abwähle und sie später dann doch benötige, dann würden die Kosten letztlich nicht privat finanziert, sondern den Kommunen „aufgebürdet" (über die Sozialhilfe, vgl. SZ 17./18.7.00).

141 Sie prägt im übrigen auch den Kommunikationsstil des 'Vorfeldmediums', der Zeitschrift 'Gesundheit & Gesellschaft'. Durch die Verhandlung unterschiedlicher Meinungen und den journalistischen Stil präsentiert sich das Medium gewissermaßen als Arena für das raisonierende (Fach-)Publikum; gerade hier wird der Bundesverband zum dialogorientierten Experten mit Überblick.

3. Ein vergleichender Exkurs: Die Entwicklung der Krankenkassen in Frankreich

Das Krankenkassenwesen in Frankreich erscheint auf den ersten Blick als Unterabteilung der Staatsadministration (vgl. Döhler/Hassenteufel 1995:806f). Der Gesetzgeber legt Leistungen, Budgets und Beiträge fest, und zwar weitgehend einheitlich für das gesamte Territorium.[142] Der Arbeitnehmerbeitrag ist – bis auf einen kleinen Rest – in eine steuerähnliche Sozialabgabe auf alle Einkommensarten überführt worden, nur die Arbeitgeber führen noch den klassischen Sozialversicherungsbeitrag ab.[143] Die nationale Kasse ist als „établissement public" verfaßt, das der öffentlichen Verwaltungsaufsicht untersteht. Die meisten struktur- oder ressourcenrelevanten Entscheidungen unterstehen der Kontrolle der zuständigen Ministerien – entweder ex post in Form eines Genehmigungsvorbehaltes, oder auch unmittelbar für Bereiche wie den stationären Sektor oder die Regulierung des Arzneimittelmarktes. Die Politik nimmt durch Zielvereinbarungen zudem Einfluß auf die Verwaltungspraxis der Krankenkassen. Dennoch: Die Kassen sind keine verstaatlichten Einrichtungen. Sie werden vielmehr – wie hierzulande – von Verbänden verwaltet und verfügen über 'Initiativrechte', von deren Wahrnehmung die Entwicklung des französischen Gesundheitswesens maßgeblich abhängt.
Im Zentrum des Kassenwesens steht die *nationale Arbeitnehmerkrankenkasse („Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés", kurz: CNAM)*. Sie ist als Zuweisungssystem konzipiert, das ca. 70% aller Franzosen erfaßt; der übrige Teil ist in rechtlich weitgehend 'gleichgeschalteten' Sonderkassen versichert.[144] Es gibt also in Frankreich keinen Kassenwettbewerb. Ein wichtiger Unterschied zum deutschen System besteht zudem darin, daß der größte Teil der französischen Bevölkerung neben der Basisversicherung über eine freiwillige Zusatzversicherung verfügt.[145] Solche Zusatzversicherungen werden von den gemeinnützigen Hilfskassen („mutuelles complémentaires"), überbetrieblichen Rentenkassen und von Privatversicherungen, für Einkommensschwache neuerdings auch von den gesetzlichen Kassen angeboten.[146] Hier besteht also Anbieterkonkurrenz. Das von der CNAM moderierte Kassensystem umfaßt 129 sog. *Primärkassen* (CPAM): Diese sind de iure privatrechtliche Organisationen mit Selbstverwaltung, müssen aber das Sozialrecht anwenden. Auf dieser Ebene wird das Gros der praktischen Dienstleistungen erbracht. Es gibt auch Zwischengliederungen: Die Regionalkassen (CRAM) verwalten spezifische Leistungsbereiche (u.a. die Gewährung von Invalidenrenten), während die regionalen Kassenverbünde (URCAM) für die Durchführung von Präventions- und Kostensteuerungsmaßnahmen zuständig sind (zum gesamten Organisationsfeld siehe Schema 3).

---

142 Dem Gesetzgeber obliegt auch die Gestaltung der Anspruchsvoraussetzungen, des Empfängerkreises und der Beitragsbemessungsgrundlagen. Ferner erläßt er Leitlinien für das Ausgabenvolumen. Vgl. zum französischen Gesamtsystem Huteau (2001).

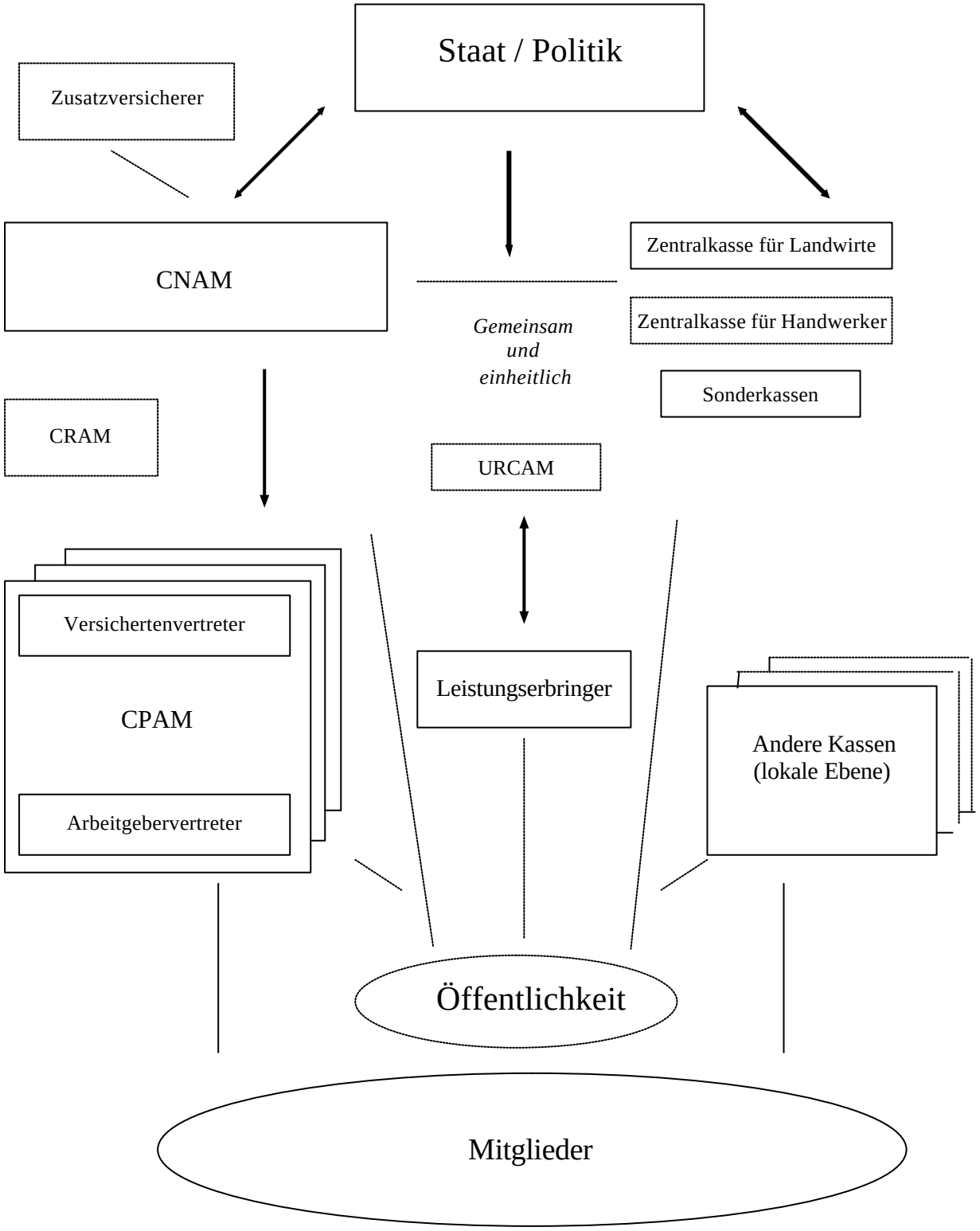
143 Die Rate für die Arbeitgeber beläuft sich auf 12,8% der Bruttoeinkommen, der Arbeitnehmeranteil liegt bei 0,75%; die steuerähnliche Abgabe („Contribution sociale généralisée", CSG) beträgt 7,5% (davon gehen 2/3 an die Krankenversicherung). Es gibt eine allgemeine Versicherungspflicht für abhängig Beschäftigte sowie ihre Angehörigen und keine Mindest- und Höchstversicherungspflichtgrenzen.

144 Für Studenten, Beamte, Selbständige und eine Reihe öffentlicher Unternehmen bestehen eigene Kassen. Die Kassen für Landwirte und Handwerker bilden im Tarifwesen mit der CNAM ein regulierungspolitisches Triumvirat. D.h., sie handeln gemeinsam und einheitlich.

145 Das liegt an der im Vergleich zur Bundesrepublik deutlich höheren Selbstbeteiligung, die sich im Schnitt auf 25% der Behandlungskosten beläuft. Vgl. dazu Bode (1999:131ff).

146 Einkommensschwache haben in Frankreich Anspruch auf eine 'Universalabsicherung' („couverture maladie universelle", CMU). Dabei handelt es sich um eine selbstbeteiligungs- und beitragsfreie Krankenversicherung für Personen mit geringen Einkommen. Sie enthält die allgemeine Basis- sowie eine Zusatzkomponente. Letztere kann wahlweise bei der CNAM oder bei einem Komplementäranbieter kontrahiert werden.

Schema 3: Das Organisationsfeld der Krankenkassen in Frankreich



Legende:

? CNAM = „Caisse nationale de l'assurance maladie (des travailleurs salariés)" – nationale Arbeitnehmerkasse
? CPAM = „Caisses primaires de l'assurance maladie" – Primärkrankenkasse
? URCAM = „Union régionales des caisses de l'Assurance maladie" – regionale Krankenkassenvereinigung
? CRAM = „Caisses régionales de l'Assurance maladie" – Regionalkrankenkassen

Die *Selbstverwaltung* ist auf der nationalen wie auf der lokalen Ebene mit (wahl- und stimmberechtigten) Vertretern der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften besetzt.[147] Dabei handelt es sich um ein ausgesprochen politisiertes Terrain: Der Verbandspluralismus hat in der Vergangenheit regelmäßig dazu geführt, daß sich im Verwaltungsrat so etwas wie eine interne 'Opposition' bildete, die dessen Beratungen und Entscheidungen auch öffentlich kritisierte.[148] Die Spitze der Selbstverwaltung muß sich überdies mit einer 'zweiten Macht' im Hause arrangieren: Der Staat ernennt einen landesweiten „directeur" für die Zentrale, der wiederum – auf der Grundlage einer vom lokalen Verwaltungsrat vorgeschlagenen Dreierliste – Direktoren in den Primärkassen einsetzt.

In vielerlei Hinsicht ist das Aufgabenspektrum der französischen Krankenkassen mit dem ihrer deutschen Pendants vergleichbar. Der nationalen Kasse obliegen etwa regulative Zuständigkeiten im Vertragswesen und für die Ausgestaltung der technischen Infrastruktur. So verhandelt die CNAM regelmäßig mit nationalen Verbänden der Leistungsanbieter über Entgelte und Leistungen – v.a. im ambulanten Bereich.[149] Allerdings gibt es in Frankreich keine korporative (z.B. kassenärztliche) Selbstverwaltung, so daß sich die Krankenkassen bei der Ausgestaltung des Honorarsystems direkt mit Vertretern der Ärzteschaft arrangieren müssen. Dazu verhandeln sie Manteltarifverträge („Convention médicale") und Einzelvereinbarungen („avénants"). Zwar müssen ihre Verträge vom Ministerium gebilligt werden, was häufig zu informellen Vor-Verhandlungen zwischen der Regierung und den Verbänden führt. Nicht selten jedoch liegt die Initiative zu Veränderungen im Tarifsystem bei der Kasse bzw. deren Selbstverwaltung. In den letzten Jahren ging es in der Vertragspolitik vorwiegend um die Implementation der von den verschiedenen Regierungen aufgestellten Kostendämpfungsziele.[150] Dazu haben die Kassen mit einem Teil der Ärzteverbände Behandlungsleitlinien („références médicales opposables", RMO) vereinbart, mit deren Hilfe die Ausgabenentwicklung (Honorare und Verschreibungen) nach Maßgabe einer von der Regierung alljährlich vorgegebenen Steigerungsrate gesteuert werden sollte.[151] Ein weiterer Schwerpunkt war der Aufbau eines Hausarztmodells (s.u.). Den französischen Krankenkassen obliegen aber auch Aufgaben der Kostensteuerung und der Prävention. So legt die CNAM jährlich umfangreiche Präventionsprogramme auf, teilweise in Aktionseinheit mit zuständigen Ministerien. Es handelt sich hauptsächlich um Informationskampagnen sowie um spezielle medizinische Maßnahmen wie Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Hinzu kommen Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle sowie Programme der technischen Systemrationalisierung.

Im folgenden sollen die französischen Entwicklungen grob mit Blick auf jene Operationsbereiche skizziert werden, die in der Fallstudie zur AOK ausführlicher beleuchtet worden sind. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Frage, welche neueren Initiativen im französischen Krankenkassenwesen zu beobachten sind und in welchen Spannungsfeldern die französischen

---

147 Ihr gehören auch Repräsentanten der Hilfskassenverbände sowie Regierungsexperten an.

148 Auf der nationalen und der lokalen Ebene 'regiert' meist eine Allianz aus Vertretern der Unternehmerverbände (v.a. des sog. MEDEF) und einer der fünf als repräsentativ anerkannten Richtungsgewerkschaften (der CFDT). Meist stellt einer der Verbände die Präsidenten in den Primärkassen. Allgemein wird von einem starken Einfluß der Gewerkschaften gesprochen, auch durch informelle Verbindungen zwischen dem Verwaltungspersonal (welches vom Direktoren geführt wird) und der Mehrheit in den Verwaltungsräten (vgl. etwa Mallet/Dovert 1999:41ff).

149 Demgegenüber ist der Krankenhaussektor weitgehend zentralstaatlich gesteuert. Die nicht-öffentlichen Kliniken (die über ca. 1/3 der Betten verfügen) sind den staatlichen weitgehend gleichgestellt (vgl. Bode 1999:166ff); sie stehen in Vertragsbeziehungen mit der CNAM. Bemerkenswert ist im übrigen, daß der Medizinische Dienst und die Unfallversicherung der Krankenversicherung einverleibt sind; auf der anderen Seite gibt es in Frankreich keine Pflegeversicherung

150 Seit fast 30 Jahren werden für die französische Krankenversicherung Kostendämpfungsprogramme aufgelegt. Sie konzentrierten sich lange Zeit auf die Nachfrageseite, bevor ab Anfang der 1990er Jahre auch auf Instrumente der Angebotssteuerung zurückgegriffen wurde (vgl. Lancry/Sandier 1999).

151 In Frankreich spricht man diesbezüglich von einer „medizinisch begründeten Kostensteuerung" („maîtrise médicalisée des dépenses de santé". Vgl. dazu auch Bode (1999:182ff).

Kassen dabei stehen. Der Blick in eine andere 'Systemkultur' soll vor Augen führen, welche Transformationsspfade in Infrastruktursektoren moderner Gesundheitssysteme denkbar sind und inwieweit trotz institutioneller Rahmendifferenzen dennoch gleichartige Veränderungsdynamiken zur Geltung kommen.

Vertrieb im Monopol? Oder: Engagieren versus Exekutieren

Aufgrund der bestehenden institutionellen Rahmenbedingungen spielt klassisches Vertriebshandeln im System der französischen Krankenversicherung keine Rolle. Es gibt allerdings einen Nebenschauplatz, auf dem die 'Vertriebslogik' in bestimmter Weise zur Geltung gelangt. Dabei geht es um die Kontaktaufnahme zu sozialen Randgruppen. Ein typisches Beispiel für solche Initiativen ist das der Pariser Primärkasse (siehe nachfolgenden Kasten).

Das „Projet social" in Paris

Das 'Projet social" der Pariser Primärkasse wurde 1994 von Vertretern der Selbstverwaltung und der Kassendirektion konzipiert und wenig später vom Verwaltungsrat offiziell verabschiedet. Zeitgleich veranstaltete die Kasse ein öffentliches Kolloquium mit dem Titel: „Für eine Stadt ohne Ausgegrenzte". Das Projekt entwickelte sich zu einem Vorzeigemodell – auch aufgrund einer engagierten Öffentlichkeits- und Pressearbeit. Im Jahre 1999 fand in Zusammenarbeit mit der Stadt Paris ein weiteres Kolloquium (samt Pressekonferenz) statt, auf dem eine erste Bilanz gezogen wurde.

Das Gesamtprojekt beruhte auf mehreren Pfeilern:

- der Herausgabe besonderer Medien: eine Zeitschrift für Sozial- und Gesundheitsberufe („CAP social") sowie ein „Annuaire social" (Auflage: 3000) mit wichtigen Adressen für die Betreuung von Problemgruppen;
- der Ausrichtung der Angebote in den eigenen Gesundheitseinrichtungen[152] auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen;
- dem Aufbau von fünf sog. „Plates-formes communes" mit den Familienkassen und dem städtischen Sozialamt zur Betreuung von Sozialhilfeempfängern aus einer Hand (unterstützt von einer dauerhaft eingerichteten technischen Arbeitsgruppe der genannten Träger);
- der Einrichtung von ca. 40 Beratungsstellen in Krankenhäusern sowie karitativen und kommunalen Einrichtungen.

Die Beratungsstellen gingen z.T. aus den von der Primärkasse in öffentlichen Krankenhäusern unterhaltenen sozialen Diensten hervor. Die Kasse führt detailliert Statistik über die von ihr in den Beratungsstellen betreuten Personen: Für das Jahr 1999 wurden 35.000 Kontakte angegeben; sie führten in 16.000 Fällen zur Herstellung eines Versicherungsverhältnisses. Für bestimmte Zielgruppen (v.a. Obdachlose) überprüfen die Beratungsstellen auch deren Ansprüche auf Zuschüsse der Sozialhilfe zur Begleichung von Selbstbeteiligungen. Bis zur Einführung der CMU erhielten die Betroffenen in den Beratungsstellen auch einen Gesundheitspaß, der ihnen die kostenlose Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ermöglichte; die sog. „Carte Paris santé" wurde jährlich an etwa 10.000 Personen ausgegeben. Die Kasse subsumiert unter ihr „Projet social" auch ihre in Schulen, Fortbildungszentren und sozialen Einrichtungen abgehaltenen Informationsveranstaltungen über Leistungs- und Versorgungsansprüche für Krankenversicherte. 1998 gab es knapp 300 solcher Veranstaltungen mit ca. 4500 Teilnehmern.

Zu Beginn der 1990er Jahren begannen eine ganze Reihe von Primärkassen, für Personen in besonderen Notlagen Sondersprechstunden etwa in Krankenhäusern oder in Räumen von Hilfsorganisationen anzubieten. Hauptziel war die Einrichtung von Versicherungsverhältnissen für Personenkreise, die zuvor nicht über einen Krankenversicherungsschutz verfügten.

152 Die Pariser Kasse unterhält noch immer einige in den Nachkriegsjahrzehnten gegründete Gesundheitszentren und Zahnkliniken. Diese Einrichtungen erbringen heute vorwiegend Diagnose- und Beratungsleistungen. Versicherte und ihre Kinder können hier regelmäßig Gesundheitschecks in Anspruch nehmen.

Gleichzeitig sollten bessere Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geschaffen werden: Die Kassen organisierten die Übernahme von Selbstbeteiligungen durch die Sozialhilfe, vereinbarten mit Leistungsanbietern die Aussetzung der Honorarvorlage[153] durch die Versicherten und richteten Sonderfonds ein, aus denen besondere Unterstützungsmaßnahmen oder Hilfen für karitative Organisationen finanziert werden konnten.
Durch die Einführung der 'Universalversicherung' (CMU) wurden viele dieser Aufgaben obsolet, denn diese ging mit einer systematischen Erfassung bislang nicht- bzw. unterversicherter Personenkreise einher. Allerdings ergaben sich – v.a. in den ersten Monaten nach Einführung des Reglements – neue Probleme: In den Primärkassen, die nunmehr 'von Staats wegen' für die Sonderbetreuung einkommensschwacher Personen zuständig wurden, kam es zu Kapazitätsengpässen. Die Kassen hatten Probleme, den Ansturm auf ihr neues 'Angebot' zu bewältigen, zusätzliches Personal wurde kaum bereitgestellt. Die Fallbearbeitungsdauer stieg (für alle Versicherten), es gab Versuche, ausländische Antragsteller an andere Instanzen zu verweisen. Unter diesen Bedingungen beschränkten sich die Kassen zunehmend auf die bloße *Exekution* des neuen 'Arbeitsauftrages', das *Engagement* auf dem Terrain des 'sozialen Vertriebs' mußte zurückgefahren werden. Die französischen Krankenkassen bewegen sich hier also in einem schwierigen Terrain: Sie entwickeln – auf lokaler Ebene – unternehmerische Initiativen, können dafür aber nur begrenzt Ressourcen mobilisieren[154], weil sie immer auch als ausführende Organe der Gesundheitspolitik begriffen werden.

Leistungsmanagement durch Technik? Oder: Optimieren versus Kontrollieren

Das Thema Kostensteuerung im Leistungsbereich spielt auch im französischen Kassenwesen eine wachsende Rolle. Seit Mitte der 1990er Jahre etwa arbeitet die CNAM mit expliziten Kostensteuerungsplänen. Zunächst wurden den Primärkassen technische Vorgaben für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitskontrollen an die Hand gegeben – allerdings unverbindlich, denn es gab keinen Sanktionsmechanismus.[155] Ferner erhielt der Medizinische Dienst den Auftrag, für bestimmte Krankheitsbilder Studien zum Verordnungsverhalten von Leistungsanbietern zu erstellen. Die sog. „Réforme Juppé" im Jahre 1996 verpflichtete die CNAM dann per Gesetz, solche Pläne regelmäßig aufzustellen und entsprechende Vereinbarungen mit den Primärkassen zu treffen. Letztere wurden aufgefordert, zur Durchführung der Maßnahmen regionale Arbeitsgemeinschaften (URCAM) zu bilden. Auch der Medizinische Dienst wurde nun turnusmäßig mit Analysen der Versorgungsprozesse betraut.[156] Die Projekte sollten in als gesundheitsökonomisch relevant eingeschätzten Feldern die Praxis der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten untersuchen und im Falle von Auffälligkeiten Gegenmaßnahmen einleiten. Gegründet wurden ferner dezentrale Tarifkommissionen, in denen die Vertragspartner die Anwendung der o.g. Behandlungsleitlinien prüfen sollten.[157] Das Steuerungskonzept – in Frankreich mit dem Terminus „gestion du risque" belegt – steht also hauptsächlich für die Intensivierung von Kontrollfunktionen im Auftrag des Gesetzgebers.

---

153 In Frankreich müssen die meisten Versicherten bei ambulanten Leistungsanbietern in Vorlage treten. Sie beantragen dann eine Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse. Dieses Verfahren wurde von vielen Experten für die wachsende Unterversorgung sozialer Problemgruppen verantwortlich gemacht.

154 Die Primärkassen verfügen über einen eigenen Sozialfond, den sie eigenständig für Beihilfen an Personen mit hoher Belastung durch Eigenbeteiligungen oder andere Hilfsmaßnahmen verwenden können.

155 Die Kassen sollten das Verordnungsverhalten einer festgelegten Zahl von Ärzten analysieren oder Kostenvergleiche zwischen Kliniken durchführen.

156 Diese Analysen betreffen v.a. das *kollektive* Verhalten der Leistungsanbieter (bezüglich der Vorbeugung sowie Auffälligkeiten bei Behandlungen und Verordnungen).

157 Die „Comités médicaux paritaires locaux" sollen sich mit niedergelassenen Ärzten befassen, die die auf nationaler Ebene vereinbarten Behandlungsleitlinien mißachten. Die Kontrollen haben allerdings bislang nur in wenigen Fällen zu Sanktionen geführt.

Die zentrale 'Aktivitätszone' der CNAM im Bereich des Leistungsmanagements bildet der Aufbau von Informationssystemen, mit denen sich auch und nicht zuletzt kontrollrelevante Daten über Versorgungsprozesse gewinnen lassen. Im Mittelpunkt steht dabei ein seit Anfang der 1980er Jahre betriebenes, technologisches Großprojekt: die elektronische Vernetzung des Gesundheitswesens (SESAM Vitale). Das Projekt, dessen wichtigste Bausteine eine Patientenchipkarte und ein standardisiertes Datenfernübertragsssystem darstellen, wurde in mehreren Stufen umgesetzt (siehe nachfolgenden Kasten). Es wird von Kassenfunktionären durchaus mit Kostensteuerungszielen in Verbindung gebracht: Die Rationalisierung von Datenflüssen gilt ihnen als entscheidender Hebel für effiziente Wirtschaftlichkeitskontrollen. Die Kostensteuerung soll in der Regel unmittelbar am Leistungserbringer ansetzen.[158] Sie steht allerdings in der öffentlichen Selbstdarstellung nicht im Mittelpunkt: Man betont eher Vorteile für Versicherte (geringer Aufwand, schnelle Kostenerstattung) und Leistungsanbieter (Zugriff auf therapierelevante Daten, Vereinfachung der Verwaltung).

Der Hintergrund für die Mobilisierungsstrategie der CNAM ist nachvollziehbar: Die Leistungsanbieter – v.a. die niedergelassenen Ärzte – haben das Datenprojekt wiederholt blockiert und Gegenmaßnahmen ergriffen (vgl. Bode 1996). Zwar ist die Einführung der Datenfernübertragung mittlerweile gesetzlich vorgeschrieben, doch bestehen eine Reihe von (rechtlichen und praktischen) Hindernissen, die auch durch die Verhängung von Sanktionen nicht (ohne weiteres) überwunden werden können. Das Netz der CNAM muß in mühseliger Kleinarbeit vor Ort die Leistungsanbieter von den Vorzügen bzw. von der Alternativlosigkeit des Systems überzeugen: Es setzt dazu aufwendige PR-Instrumente ein, zahlt den Ärzten Finanzhilfen für deren EDV-Ausstattung und hält ein umfangreiches Beratungsangebot vor.[159] Dennoch hat sie mit massiven Vorbehalten bei den niedergelassenen Ärzten und ihren Standesvertretern zu kämpfen. So drohen sie immer wieder mit 'Datenübermittlungsstreiks'. Ende 2001 wurden 2/3 aller Datentransfers im Kassenwesen elektronisch abgewickelt. Allerdings benutzten nur ca. 50% der niedergelassenen Ärzte den elektronischen Krankenschein.

Erkennbar wird, daß die Kassenvision von der technologischen *Optimierung* – zumindest in den Augen wesentlicher Ko-Akteure – nicht von der Logik einer am Einzelfall ansetzenden Wirtschaftlichkeitsprüfung zu trennen ist. Das Rationalisierungsprojekt der CNAM ist stets dem Verdacht ausgesetzt, für eine restriktive *Kontrolle* der Versorgungsprozesse eingesetzt werden zu können. Von daher bewegt sich die Organisation wohl auch mittelfristig auf vermintem Terrain.

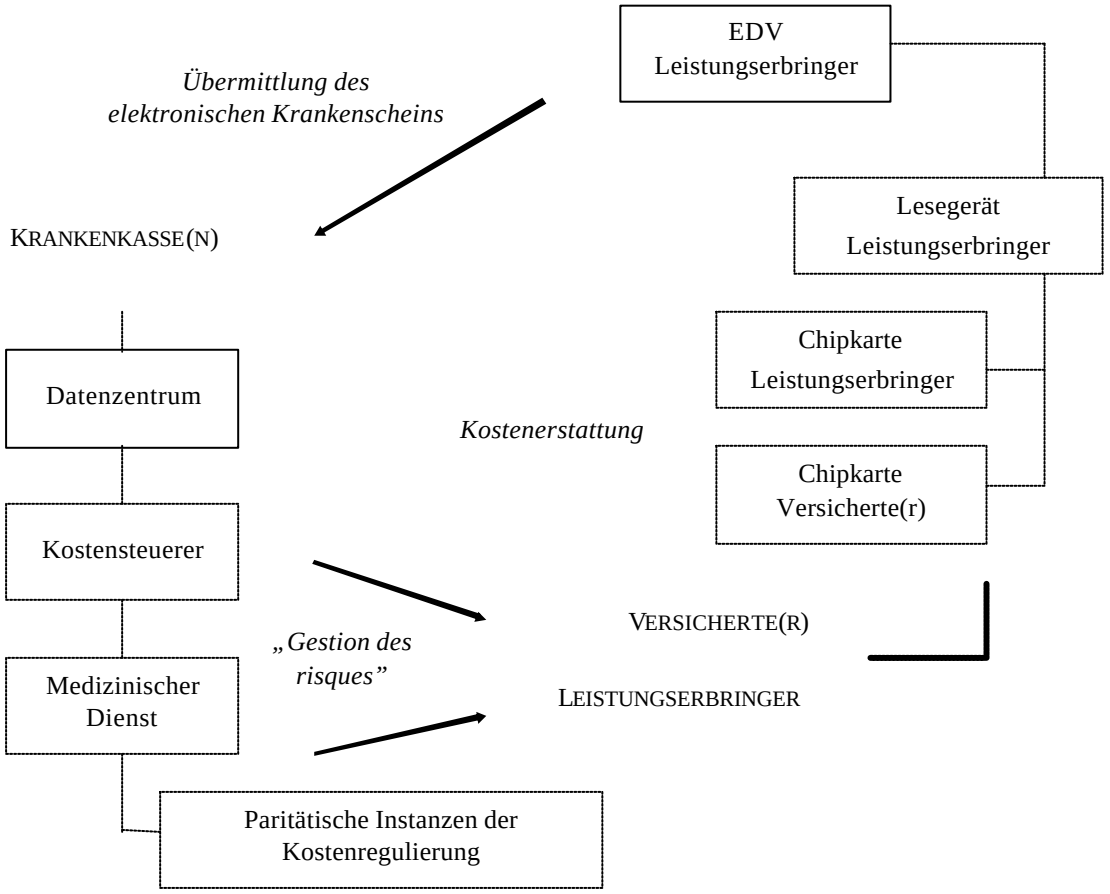
158 Zunehmend geht es aber auch darum, Patienten mit hohem 'Gesundheitskonsum' zu ermitteln und diese in Einzelfällen zu einem Gespräch in die Kasse zu bitten.

159 So wurden „Verkäuferteams" in gesonderten Büros aufgebaut, die den Ärzten die Vorteile der Technologie schmackhaft machen und die sie bei der Einrichtung der notwendigen Infrastruktur unterstützen sollten.

Das System SESAM Vitale

Der Aufbau des Datenfernübertragungssystems SESAM Vitale wurde – u.a. durch eine Reihe lokaler Pilotprojekte – von 1978 an in mehreren Etappen vorbereitet. Seit Anfang der 1990er Jahre nutzte die CNAM dazu zwei (von ihr gegründete) ausgegliederte Einrichtungen, die auch mit Vertretern anderer Akteursgruppen (Leistungserbringer, Zusatzversicherungen) besetzt wurden: das „Groupement d'intérêt économique Sesam Vitale", das für die Entwicklung und Ausgabe der Versichertenkarte zuständig war, sowie ein „Groupement d'intérêt professionel", das eine Parallelkarte für die Leistungserbringer entwickelte. Nachdem sie das Projekt zunächst eigenständig betrieben hatte, erhielt sie 1996 einen gesetzlichen Auftrag zur flächendeckenden Einführung des Systems. Der Staat beteiligte sich zwar am Implementationsprozeß, u.a. durch die Verordnung eines allgemeinen Regelwerkes sowie die Beauftragung einer Privatfirma zur Einrichtung des Übermittlungsnetzes; er überließ aber der CNAM weitgehende organisatorische Kompetenzen.

Den Kern des Projekts stellt die Versichertenchipkarte dar, die den Krankenschein ablöst. Die Karte enthält im wesentlichen administrative Daten und erlaubt – sobald sie in einem Lesegerät mit einer gesonderten Chipkarte des Leistungserbringers („carte de professionnel de santé") zusammengeführt worden ist – die elektronische Übermittlung der Behandlungs- und Verordnungsdaten an die Kassen. Für die nahe Zukunft ist eine zweite Version geplant, die als mobiler medizinischer „Personalausweis" dienen soll. Die Datenfernübertragung ist mit einem System der Einzelkodierung von Versorgungsdaten gekoppelt und kann damit der CNAM bzw. ihrem Netz das Geschäft der Wirtschaftlichkeitskontrolle erleichtern: Das Verordnungsverhalten wird transparenter, Auffälligkeiten lassen sich durch 'Kostensteuerer' schneller und genauer identifizieren, um dann gezielte Maßnahmen in Richtung Versicherte und Leistungserbringer zu ergreifen. Die Verknüpfung von (elektronisch übermittelten) Erstattungsdaten und behandlungsbezogenen Kodierungen zu Zwecken der Leistungsüberprüfung ist dabei technisch und rechtlich durchaus möglich.



(Struktur-)Politik ohne Macht? Oder: Regulieren versus Laborieren

Spätestens seit der sog. Juppé-Reform (1996) gibt es auch in Frankreich ein konkretes Interesse am Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen. Ähnlich wie in Deutschland hat sich dies zunächst in einer Reihe von Pilotprojekten niedergeschlagen.[160] Anders als hierzulande wurden aber bereits Anfang der 1990er Jahre Anstrengungen unternommen, die Koordinationsfunktion der Primärversorgung zu stärken. Eine wesentliche Rolle spielten dabei die vertragspolitischen Strategien der CNAM. Schon 1991 vereinbarte sie mit Ärztevertretern die erste Version eines 'Gate-keeper'-Modells, die allerdings aufgrund gerichtlicher Anfechtungen nicht in Kraft trat. Nachdem ein weiterer Anlauf zunächst ebenfalls scheiterte, gelang im November 1997 der Durchbruch: In einem gesonderten Tarifvertrag mit dem Verband der Allgemeinmediziner wurde der Grundstein für die „option du médecin référent" (übersetzt: Referenzarzt) gelegt. Verbunden war dieser Vertrag mit einer prospektiven Budgetierung des Honorarvolumens. Mit Beginn des Jahres 1998 konnten sich Patienten für die Dauer eines Jahres bei ihrem Hausarzt 'einschreiben'; dieser sollte auf diese Weise zur ersten Anlaufstelle und zum Koordinator des gesamten Versorgungsprozesses werden. Die Versicherten wurden davon entbunden, die Vergütung vorzustrecken – ein bedeutender Anreiz insbesondere für Patienten mit geringen Einkommen. Die in das System eintretenden Hausärzte erhielten eine Aufwandsentschädigung. Das System wurde Ende 2000 weiter ausgebaut (siehe nachfolgenden Kasten).

Allerdings gab es Widerstand. Ärzteverbände erreichten zunächst eine gerichtliche Aussetzung des Projektes und zwangen die Regierung, neue Rechtsgrundlagen zu schaffen. Die Budgetierung fiel. Der Hausärzteverband, der dem Projekt zunächst eine wegweisende Bedeutung beigemessen hatte, mußte im Mai 2000 bei den Wahlen zu den regionalen Vertretungsgremien der Kassenärzte massive Stimmenverluste hinnehmen, was seine Position im Vertragswesen nachhaltig schwächte. Das Hausarztmodell stieß auch bei Gewerkschaftsvertretern auf Vorbehalte, die im Verwaltungsrat der CNAM nicht der 'Führungskoalition' angehören. Sie monierten Einschränkungen bei der freien Arztwahl. Die konkrete Implementation vor Ort erwies sich ebenfalls als problembehaftet: Nach Einschätzung von Kassenexperten nahmen die 'Médecins référents' v.a. solche Patienten 'unter Vertrag', bei denen sie das Risiko unbezahlter Rechnungen hatten. Zudem kam es im lokalen Terrain immer wieder zu atmosphärischen Störungen in den Beziehungen mit den Kassen, z.B. wegen als zu rigide empfundener Wirtschaftlichkeitskontrollen, durch Verzögerungen bei der Honorarüberweisung oder aufgrund von technischen Kommunikationsschwierigkeiten (im Zusammenhang mit dem elektronischen Datentransfersystem der CNAM, s.o.).

In einer ersten Evaluation des sog. CREDES-Instituts aus den Jahre 1999 wurde festgestellt, daß vorwiegend chronisch kranke und alte Menschen die Option auf das 'Abonnement' wahrnehmen, ein gewisses Interesse zeigen auch jüngere Versicherte aufgrund des Sachleistungsmodus (als finanziellen Anreiz). Die teilnehmenden Ärzte befolgten durchaus einzelnen Vorgaben des Modells; so verschrieben sie in höherem Maße Generika. Laut einem Bericht des Rechnungshofes vom Herbst 2000 sind in der ersten Modellphase viele Bestimmungen der Vereinbarung jedoch nur unzulänglich umgesetzt worden: Das gilt für die Präventionsaufgaben, die Fortbildungspflichten und auch die Kostensteuerung.

---

160 In Frankreich gab es Anfang 2001 ca. 2000 Initiativen, davon etwa ein Drittel unter Trägerschaft von Krankenhäusern. Demgegenüber standen etwa ein Dutzend Erprobungsmodelle, die grob mit den deutschen Netzinitiativen auf der Basis von Strukturverträgen vergleichbar sind. Die von Kliniken betriebenen Projekte werden von den staatlichen Krankenhausagenturen geprüft; über Zuschüsse an informelle Initiativen entscheiden die regionalen Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen (URCAM). Strukturverträge werden zunächst von der CNAM und dann von einem Expertenrat geprüft.

Das Hausarztmodell der CNAM

Die „option médecin référent" beruht auf einer Tarifvereinbarung zwischen dem Hausärzteverband „Médecins généralistes France" (MGF) und der CNAM aus dem Jahre 1997 sowie auf Bestimmungen des Sozialgesetzbuches, die sich an dieser Vereinbarung orientieren. Eine Aktualisierung wurde Ende 2000 vorgenommen. Das Modell beruht auf folgenden Elementen:

? die vertragliche Bindung des Patienten an einen Hausarzt seiner Wahl für ein Jahr; dieser nimmt Überweisungen zu Fachärzten vor,
? eine Beitrittserklärung des Hausarztes zur „option médecin référent",
? das Sachleistungsprinzip bei der Kostenerstattung, einschließlich des Kostenanteils, der von den Zusatzversicherern übernommen (und von der Krankenkasse kommissarisch eingeholt) wird,
? die elektronische Abwicklung der mit dem Behandlungs- und Verordnungsprozeß verbundenen administrativen Angelegenheiten (soweit die technischen Voraussetzungen dafür gegeben sind)
? eine systematischen Dokumentation von Patientenkarrieren[161],
? die regelmäßige Teilnahme der Ärzte an Fortbildungen und Qualitätszirkeln,
? die Verordnung von Generika (mindestens 10% aller Verschreibungen),
? die Beachtung der Behandlungsleitlinien (RMO),
? eine Kopfpauschale von jährlich 300 FF.

Für die Abwicklung des Modells sind die Primärkassen zuständig. Sie bilden gemeinsame Kommissionen mit der zweiten Vertragspartei (MGF) und sollen u.a. um neue Teilnehmer werben. Sie verschicken Formulare an alle Hausärzte ihrer Region und statten sie – wenn eine Vereinbarung zustande kommt – mit den erforderlichen Unterlagen aus (eine Liste der Behandlungsleitlinien, eine 'Qualitätscharta' sowie Informationen über die finanziellen Rahmenbedingungen). Die CNAM unterstützt die lokale Implementation zudem mit Beratungsleistungen, u.a. durch die Beantwortung technischer Anfragen. Sie begleitete die Einführung des Modells überdies zunächst mit einer breiten PR-Kampagne, mußte diese aber zurückziehen, weil Ärztevertreter ein Gericht anriefen und dieses die Kampagne für unzulässig erklärte.

In der CNAM ist man sich der Schwierigkeiten durchaus bewußt: Man verweist darauf, daß es bei Abschluß des Vertrages keine Überlegungen zu den Implementationsvoraussetzungen angestellt worden seien, und auch bei der Überprüfung der Anwendung der Vorschriften habe man sich sehr großzügig verhalten, z.B. im Hinblick auf die Qualitätskontrolle der im Modell vorgesehenen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte. Die Breitenwirkung des Modells hat sich bislang als relativ begrenzt erwiesen: Ende 2000 waren nur etwa 10% der Hausärzte (ca. 6000) und knapp 500.000 Patienten dem Reglement beigetreten. Angesichts der von der Regierung ausgegebenen Kostendämpfungsdevise standen zur Finanzierung stärkerer Anreize keine weiteren Mittel zur Verfügung; aufgrund der Kräfteverhältnisse im Kassenarztsystem konnte die CNAM auch nicht machtvoller auftreten. Ihre Ambitionen, die Primärversorgung und damit die Infrastruktur des Gesamtsystems umzugestalten, mündeten in ein vorsichtiges Abtasten, das letztlich nur eine kleine Gruppe von Versicherten und Ärzten erreicht hat. Die Kasse versucht, neu zu *regulieren*, riskiert dabei aber das Abrutschen ins *Laborieren*.

161 In früheren Versionen des Modells war ein mobiles Patientendossier in Papierform („carnet de santé") vorgesehen. Mittlerweile gibt es nur noch die Akte des Hausarztes. Mittelfristig sollen versorgungsrelevante medizinische Daten allerdings auf der o.g. Krankenversichertenchipkarte abgespeichert werden können.

Marketing ohne Markt? Oder: Einsatz für Qualität versus Dienst nach Vorschrift

Obwohl die französischen Krankenkassen nicht in einem Mitgliederwettbewerb stehen, haben sie in den vergangenen Jahren Anstrengungen unternommen, ihr 'Markenzeichen' zu bewerben. Dazu dienen zunächst bestimmte Kommunikationsangebote. Seit Ende der 1980er Jahre führt die CNAM *mediale Großkampagnen* durch. Sie betreffen häufig den Bereich der Prävention und tragen Claims wie „Ein Medikament, das soll man nicht leicht nehmen" (1991) oder „Alkohol: Und Sie, wie steht es damit bei Ihnen?" (2000).[162] Es gab aber auch Kampagnen, die sich kritisch auf Vorurteile gegenüber der Krankenversicherung oder den Mißbrauch von Kassenbeiträgen bezogen. Viele Kampagnen thematisieren auch neue Leistungsangebote wie die Versichertenchipkarte, das Hausarztmodell oder die Substitution von Originalarzneien durch Generika im Arzneimittelbereich. Dabei werden – mitunter in großem Stil – Rundfunk- und TV-Spots sowie Plakate eingesetzt. Im Selbstverständnis der Kasse wird auf diese Weise immer auch die Identität der Organisation vermittelt. Die Schaffung neuer *Informationsangebote* dient ebenfalls diesem Zweck: So wurde im Jahre 2000 mit dem Aufbau eines multimedialen Informationsdienstes begonnen, an den die Versicherten Fragen bezüglich ihres Versicherungsschutzes und des Stands der Fallbearbeitung richten können. Die sog. „plates-formes de service" arbeiten in der Form polyvalenter Call-Center. Geplant ist, zukünftig über diesen Kanal auch Informationen zu Versorgungsoptionen anzubieten.

Als imagerelevanter gilt im Netzwerk der CNAM allerdings die Entwicklung und Dokumentation der Dienstleistungsqualität. So arbeitet die Zentrale – angeregt durch Erfahrungen aus anderen öffentlichen Dienstleistungsorganisationen, aber auch durch entsprechende Impulse des Staates[163] – seit Mitte der 1990er Jahre an einer eigenen '*Qualitätsstrategie*'. Das mit Hilfe einer Unternehmensberatung erstellte Konzept enthält verschiedene Themen und Instrumente der Verbesserungsstrategie und manifestiert sich in einer sog. 'Verbrauchercharta'. Es umfaßt auch Kundenzufriedenheitsmessungen.[164] In einer im Jahre 1997 abgeschlossenen Zielvereinbarung mit dem Staat verpflichtete sich die CNAM auf erste konkretere Maßnahmen. Die dabei für die Primärkassen aufgestellten Richtlinien, die u.a. eine Limitierung von Warte- und Bearbeitungszeiten sowie die 'Fallbearbeitung aus einer Hand' vorsahen, hatten allerdings nur empfehlenden Charakter.[165] Der Verwaltungsrat hatte den Primärkassen zunächst nahegelegt, eigene Qualitätspläne aufzustellen und sich gegebenenfalls auf Verbesserungsziele festzulegen. 19 Kassen waren dieser Empfehlung gefolgt.

Ein instruktives Beispiel ist das der Pariser Primärkasse: Nachdem die CNAM einzelne Maßnahmen zur Erprobung vorgeschlagen hatte, beschloß die Pariser Kasse auf Initiative ihrer Selbstverwaltung eine eigene Serviceoffensive. Ende 1997 verabschiedete der Verwaltungsrat eine sog. „Charta für das Serviceengagement" (siehe Schema 4), die auf einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt und durch umfangreiches Informationsmaterial publik ge-

---

162 Die Themen werden in den Zielvereinbarungen mit dem Staat festgelegt. Einzelne Maßnahmen führt die CNAM in Zusammenarbeit mit Ministerien durch. In anderen Kampagnen arbeitet sie mit Patientenvereinigungen zusammen. Teilweise schreibt sie Projekte auch netzintern aus: Die Primärkassen können lokale Kampagnen konzipieren und dafür Mittel beantragen; sie verfügen aber auch über Eigenmittel. In bestimmten Fällen wirbt die CNAM auch für Vorsorgemaßnahmen, die sie mit Leistungsanbietern ausgehandelt hat und von diesen durchzuführen sind. Das gilt etwa für die 1997 mit den Zahnärzten getroffene Vereinbarung über einen Zahncheck für Jugendliche; hier organisierte die Zentrale eine Pressekonferenz und setzte Mailings, Radiospots und Plakataktionen ein.

163 Die Initiativen der CNAM sind Teil einer allgemeinen Entwicklung. Der Staat drängt seit Ende der 1980er Jahre mit Macht auf eine Verbesserung der 'Nutzerfreundlichkeit' des öffentlichen Dienstes bzw. aller staatsnahen Einrichtungen.

164 Bis Ende 1999 hatten bereits 114 Primärkassen eine solche Analyse durchführen lassen; für gut ein Dutzend Kassen war es bereits der dritte 'follow-up'.

165 In der Zielvereinbarung für die Jahre 2000 bis 2003 wurden dann erstmals quantifizierte Zielgrößen festgelegt. Im Rahmen der Verbesserungsstrategie ist auch eine Zertifizierung der Primärkassen vorgesehen.

macht wurde. Ihre Implementation verlief etappenweise und war unterschiedlich erfolgreich: Die 'Kundenberater', die für die Entgegennahme von Beschwerden sowie die Regelung besonders komplizierter Probleme zuständig sind, haben regen Zulauf gefunden; einige Beschwerden (ca. 100 pro Jahr) werden an einen der Direktion unmittelbar unterstellten Hauptverantwortlichen weitergeleitet. Außendienstmitarbeiter der Kasse suchen Versicherte auf, die ihre Wohnung nicht verlassen können (1675 Kontakte im Jahre 1998). Monatlich erhalten etwa 1500 Versicherte einen Termin nach Absprache in ihrer Geschäftsstelle. Die Kasse schulte zahlreiche Mitarbeiter im Hinblick auf zielführende und freundliche Informationen am Telefon und ließ die Beratungsqualität durch ein Marktforschungsunternehmen testen.

Schema 4: Die „Charte d'engagement de services" der Pariser Primärkasse

EINE SCHNELLE UND REGELMÄSSIGE DIENSTLEISTUNG

Die Erstattungsanträge binnen maximal 10 Tagen bearbeiten

Die Verwaltungsvorgänge erleichtern

Bedienung in den Geschäftsstellen innerhalb von höchstens 10 Minuten

Beantwortung oder Eingangsbestätigung von jeder schriftlichen Anfrage binnen 48 Stunden

EINE NAHGELEGENE UND VERFÜGBARE DIENSTLEISTUNG

Bedienung der Versicherten in verschiedenen Geschäftsstellen für gewöhnliche Angelegenheiten oder Auskünfte

Hausbesuche bei Personen, die sich selbst nicht auf den Weg machen können, binnen 48 Stunden

Bedienung von Personen an Betreuungsstellen sozialer Hilfsorganisationen zur Erleichterung der administrativen Formalitäten

EINE PERSÖNLICHE DIENSTLEISTUNG

Eine stets kompetente und höfliche Bedienung in einem modernen und diskreten Rahmen gewährleisten

Nennung des Namens und der Telefonnummer des zuständigen Mitarbeiters

Die Möglichkeit bieten, den zuständigen Sachbearbeiter nach Terminabsprache (zwischen 8.30 und 17 Uhr) aufzusuchen

EINE INFORMATIVE DIENSTLEISTUNG

Klar und einfach schriftlich formulieren

Regelmäßig über Rechtsansprüche sowie Dienstleistungen der Kasse informieren

Erleichterung des Rund-um-die-Uhr-Zugangs

EINE AUFMERKSAME DIENSTLEISTUNG

Qualitätsangebote machen sowie Beschwerden und Kommentare aufnehmen

Regelmäßig die Versicherten über die Qualität der Dienstleistungen und die Befriedigung der Erwartungen befragen

Bis Ende 2000 konnten allerdings eine Reihe der angekündigten Ziele *nicht* erreicht werden: Weder die Begrenzung der Wartezeiten in den Geschäftsstellen auf maximal 10 Minuten noch das Ziel der Kostenerstattung binnen 10 Tagen wurden flächendeckend umgesetzt.[166] Die Verfehlung dieses Ziels entwickelte sich zwischenzeitlich zu einem Kardinalproblem der Kasse. Im Zusammenhang mit einer Umstellung ihres EDV-Systems kam es in der zweiten Jahreshälfte 1999 zu beträchtlichen Engpässen bei der Kostenerstattung. Die Primärkasse hatte den Rationalisierungsvorgaben 'von oben' – z.B. in Gestalt eines restringierten Personalschlüssels – zu folgen und mußte mit den verfügbaren Mitteln auskommen. Die Rückstände bei der Fallbearbeitung wuchsen sprunghaft an, die Presse berichtete z.T. auf der Titelseite

166 Gleiches gilt für die Garantie einer 48-Stunden-Antwort auf schriftliche Anfragen sowie die unmittelbare Erreichbarkeit des persönlich zuständigen Sachbearbeiters. Die Erfüllung der in der Charta präsentierten Ankündigungen wird durch eine Kontrolle der Fallbearbeitung sowie durch Umfragen bei Versicherten überprüft. Die Ergebnisse einer zweiten allgemeinen Mitgliederbefragung im Januar 1999 (bei 570 Befragten) wurden nur intern kommuniziert. Die Ergebnisse zeigten v.a. eine Unzufriedenheit der Versicherten mit der Dauer und Klarheit der Fallbearbeitung.

von der „Sécu bloquée".[167] Dabei kamen auch Gewerkschaftsvertreter zu Wort, die auf den Personalabbau der Kasse verwiesen. Die Krise konnte erst Monate später entschärft werden.
Die Qualitätstrategie hat offenbar ihre Tücken: Unabhängig davon, ob Serviceprobleme, wie sie in Paris auftraten, mit der Schwerfälligkeit der Kassen zusammenhängen (was viele behaupten) oder aber auf deren zunehmende Belastung mit administrativen Aufgaben zurückzuführen sind[168]: In der Öffentlichkeit entsteht in jedem Fall das Bild einer überforderten Organisation, die zwar ihren *Einsatz für (mehr) Qualität* demonstriert, aber gleichzeitig, wenn es 'eng wird', auf *Dienst nach Vorschrift* umschalten muß. Die Logik der Sozialbürokratie und die des Dienstleistungsunternehmens geraten hier in ein schwer auflösbares Spannungsverhältnis.

Öffentlichkeitsarbeit einer „Institution"? Oder: Gemeinsam versus uneinheitlich

Daß sich die CNAM als eigenständiger 'Kollektivakteur' in die gesundheitspolitische Diskussion einmischt, ist ein relativ neues Phänomen. Zwar äußerten sich Direktoren und Selbstverwaltungsakteure immer wieder in der politischen Öffentlichkeit, doch wurden dabei keine umfassenderen Organisationskonzepte präsentiert. Doch nach einem vor einigen Jahren vollzogenen Führungswechsel an der Spitze der Organisation – zunächst im Verwaltungsrat, dann in der Direktion – änderte sich das Bild: Die CNAM entwickelt einen „Strategieplan" zur Reform des Gesundheitswesens, um ihn mit großem Aufwand in der Öffentlichkeit zu präsentieren.[169] Im offiziellen Sprachgebrauch war zwar weiterhin von der „Institution" Krankenkasse die Rede, aber diese Institution wurde nun als strategischer Akteur definiert. Der (von der Selbstverwaltung neugewählte) Präsident sprach von einer „Schiedsrichterfunktion", die die CNAM zukünftig einnehmen müsse: Es gehe darum, ungerechtfertigte Ansprüche an die Krankenkassen zu unterbinden und sicherzustellen, daß Versicherte über ihre Versorgungsoptionen besser informiert würden – „wer anderes als die Krankenversicherung" könne dies leisten (Spaeth 1999:10). Der neue Direktor (der Anfang 2002 wieder abtrat) begründete den Plan mit dem Handlungsbedarf, der sich aus den Finanzengpässen in der Krankenversicherung ergebe, und deutete an, daß er für den Fall eines Scheiterns der Reform mit der Privatisierung des Kassensystems rechne. Damit bezog er sich auf eine während der 1990er Jahre mehr oder weniger latent geführte Diskussion über die Zukunft des französischen Sozialversicherungsmodells (siehe nachfolgenden Kasten).
Der Strategieplan der CNAM stellte eine Verringerung der Krankenkassenausgaben um gut 60 Mrd FF (knapp 9 Mrd Euro) in Aussicht und schlug einschneidende institutionelle Veränderungen vor: so etwa die systematische Aufstellung von 'Gesundheitsbilanzen' für kostenintensive Patienten, Bonusregelungen für in Versorgungsnetze eingeschriebene Versicherte, individuelle Honorarverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen, neue Finanzierungs- und Kostensteuerungsmodelle für das Krankenhauswesen, eine höhere Kostenerstattung für Zahnorthopädie und Sehhilfen sowie die Begrenzung der Kostenübernahme bei Thermalkuren. Mittelfristig solle der Leistungskatalog unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten überarbei-

---

167 So „Le Parisien" vom 9.9.99. „Sécu" steht für „Sécurité sociale", das Emblem für die Sozialversicherung im allgemeinen und die gesetzliche Krankenversicherung im besonderen.

168 Die CNAM hat beispielsweise geltend gemacht, daß die zwischenzeitlich stark angewachsenen Rückstände bei der Fallbearbeitung mit den außergewöhnlichen Belastungen zusammenhingen, die ihr durch die Einführung der CMU entstanden seien.

169 Der Plan hat folgende Vorgeschichte: 1996 war die Präsidentschaft von der gegenüber Kostensteuerungsprogrammen wenig aufgeschlossenen Gewerkschaft FO zur Konkurrenzorganisation CFDT übergegangen; Mitte 1998 ernannte die Regierung einen neuen Direktor; dieser hatte bereits seit längerer Zeit spektakuläre Reformkonzepte in die Diskussion gebracht. Es bildete sich ein Dreierbündnis zwischen dem Direktor und den beiden Seiten der Selbstverwaltung. Bedeutsam war, daß die Arbeitgeberseite mit dem Ausstieg aus der Selbstverwaltung gedroht hatte, falls es nicht zu einem couragierten Reformprojekt kommen sollte.

tet und abschließend definiert werden. Die CNAM trug ihr Projekt offensiv und medienwirksam in die Öffentlichkeit: Im Herbst 1998 unterbreitete der Verwaltungsrat den Vorschlag einer selektiven, individuell zu differenzierenden Vertragsbindung für Kassenärzte. Einige Monate darauf wurden die übrigen Elemente des „Strategieplans" präsentiert; dazu legte die Zentrale eine aufwendige PR-Kampagne auf.[170] Ihr (ehemaliger) Direktor brachte die eingeschlagene Marschroute auf den Punkt: „Die Krankenversicherung wollte ihre Vorschläge ... unterbreiten, ... auch, um die öffentliche Meinung zu mobilisieren" (Johanet 2000:7).

Zur Diskussion um die Deregulierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Frankreich

Obwohl in Frankreich bislang nur vorsichtig über Möglichkeiten der Deregulierung des Kassenwesens diskutiert worden ist, haben Wettbewerbs- und Privatisierungsszenarien seit Mitte der 1990er Jahre eine wachsende Aufmerksamkeit erfahren. Zum einen wurden sie zunehmend in fachwissenschaftlichen Publikationen erörtert. Zum zweiten erhielten öffentliche Instanzen den Auftrag, solche Szenarien – auch mit Blick auf Erfahrungen im Ausland – wissenschaftlich zu analysieren. Beispiele sind der Bericht des im wesentlichen von der CNAM finanzierten Instituts CREDES oder der Rapport Mougeot (1999:57ff), der aus Beratungen eines von der Regierung eingesetzten Wirtschaftsrates hervorging.[171] Am konkretesten werden die Deregulierungsinitiativen drittens in den Versuchen der Privatversicherer, sich dem Staat als Ersatz für die CNAM anzubieten. In einem – mit dem größten Ärzteverband im Vorfeld abgestimmten – Rahmenkonzept hat ein großes Versicherungsunternehmen den Vorschlag unterbreitet, die Krankenversicherung für den Pariser Großraum vollständig von der „Sécurité sociale" zu übernehmen, und zwar auf der Grundlage präziser sozialrechtlicher Vorgaben (Kontrahierungszwang, sozialisierte Finanzierung) und bei freier Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungsanbietern ('Einkaufsmodell').

Dieser Vorschlag erregte in der Öffentlichkeit großes Aufsehen. Die Regierung lehnte ihn allerdings ab, und die Privatversicherer verlegten ihre Expansionsbestrebungen fortan auf die Beteiligung an Versorgungsnetzen (in ihrer Eigenschaft als Zusatzversicherer).[172] Zum vierten wurde auch in der Selbstverwaltung wiederholt über Möglichkeiten zur Einführung von Wettbewerbsstrukturen diskutiert. Das Arbeitgeberlager schwankte: Zunächst hieß es, die Privatversicherungen verfügten nicht über die notwendige Datentransparenz; man sei auch nicht sicher, daß die Gesetzeslage mit dem o.g. Rahmenkonzept vereinbar sei. Ende 2000 schlugen die Arbeitgeber dann aber ihrem Selbstverwaltungspartner (der Gewerkschaft CFDT) vor, eine Initiative zur Einführung des Kassenwettbewerbs zu ergreifen. In der Gewerkschaft befaßte sich der Vorstand mit diesem Vorschlag; er regte auch eine entsprechende interne Diskussion an, verwarf die Idee dann aber. Nachdem die Arbeitgeberseite sich Mitte 2001 – aus Gründen, die nicht unmittelbar mit der Entwicklung der Krankenversicherung zu tun hatten – vorläufig aus der Selbstverwaltung zurückgezogen hatte, erneuerte sie ihren Vorschlag. Sie stieß damit allerdings auch bei den bürgerlichen Parteien auf wenig Verständnis.

170 Die Kasse erstellte umfangreiche Informationsmaterialien. Sie arrangierte Pressekonferenzen und ließ die Tagespresse auswerten, um die Effekte der 'Reformkampagne' abschätzen zu können. Ferner organisierte sie eine Großveranstaltung, auf der 600 Funktionäre des Organisationsfeldes über den Plan diskutierten. Während der Veranstaltung wurden auch die Ergebnisse einer Umfrage vorgestellt, der zufolge der Plan in der Öffentlichkeit großen Zuspruch fand.

171 Während die CREDES-Studie unter Hinweis auf Probleme der Risikoselektion insgesamt zur Vorsicht mahnte, votierte der Rapport Mougeot für eine schrittweise Deregulierung des Systems.

172 Der (zumindest kurzfristige) Mißerfolg der Privatversicherer erklärt sich möglicherweise auch aus einem ebenfalls ausgiebig in der Öffentlichkeit diskutierten Vorgang, bei dem der gleiche Privatversicherer Eltern behinderter Kinder eine Verdopplung ihrer Zusatzversicherungsprämien ankündigte. Das Unternehmen sah sich nach einer Welle öffentlicher Empörung gezwungen, mit Vertretern eines Behindertenverband einen Kompromiß auszuhandeln.

Die CNAM konnte sich mit ihren Reformvorschlägen bei der Regierung nicht durchsetzen. Diese vertagte die zunächst anvisierte Gesundheitsreform auf die Zeit nach den Wahlen im Sommer 2002. Dennoch läßt sich die politische Handlungssituation der CNAM am Beispiel des „Strategieplans" gut nachzeichnen. Die CNAM inszenierte mit ihrem Plan ein gesundheitspolitisches Großereignis und zeigte sich dabei als reformwillige Institution. Indem sie selbst radikalen Reformbedarf signalisierte, trat sie – angesichts der im Hintergrund schwelenden Deregulierungsdiskussion – die Flucht nach vorn an. Doch damit hat sie sich in schwieriges Fahrwasser begeben: Denn ihre „Qualitätsstrategie ist selektiv".[173] Die Beitragszahler sollen entlastet, aber Ärzte und Patienten dafür in die Pflicht genommen werden – erstere dadurch, daß sie regelgebunden behandeln bzw. verschreiben sollen, und letztere durch eine Einschränkung der 'Konsumentenfreiheit'. Die CNAM wird auf diese Weise zum „Schiedsrichter der Ausgaben", wie es in der Presse hieß[174]: Sie differenziert nach guten und schlechten Ärzten, nach folgebereiten und widerspenstigen Patienten. Das aber hat bestimmte Konsequenzen: Was die Ärzte anbelangt, so stellt der Strategieplan die Fortsetzung eines lang andauernden Stellungskriegs dar: Er verschärft die Tarifkonflikte und liefert den führenden Ärzteverbänden Anlässe für neue Proteste.[175] Die CNAM strebt eine *gemeinsam* mit den Ärzten arrangierte, vertragspolitische Neuregulierung des ambulanten Sektors an, rekurriert dabei aber auf Instrumente, die *uneinheitliche* Versorgungskonditionen schaffen sollen. Mehr noch: Der „Strategieplan" hat auch Konsequenzen für die Ordnungspolitik – was sowohl der (ehemalige) Direktor als auch die Selbstverwaltung wohl mitbedacht hatten, aber der 'institutionellen' Logik, der sich die CNAM noch immer verschreibt, deutlich widerspricht. In der Öffentlichkeit erzielte ihr Vorschlag indes Wirkung: „Wenn die CNAM diese Karte spielen will, dann gibt es keinen Grund, weshalb sie ihr Monopol behalten soll. Eine Institution, die dem Gemeinwohl verpflichtet ist und obligatorisch ist, kann weder eine selektive Vertragsbindung noch eine differenzierte Kostenerstattung vorschreiben."[176] Das Strategiedilemma ist evident: Für die CNAM gereicht es zu einem strategischen Vorteil, daß ihr Netzwerk neuartige Regulierungsmuster *gemeinsam* implementieren kann. Andererseits wird die Schaffung *uneinheitlicher* Versorgungsverhältnisse zum wichtigsten Reformhebel. Damit aber geht die CNAM das Risiko ein, nicht nur die Versorgerlandschaft und die Versichertengemeinschaft zu spalten, sondern am Ende auch sich selbst.

Fazit: Was ist anders in Frankreich?

Der Exkurs nach Frankreich verdeutlicht zweierlei: Zum einen entfalten sich bestimmte Entwicklungen dies- und jenseits des Rheins in ähnlicher Weise. Es gibt also *Gemeinsamkeiten* trotz der unübersehbaren Systemunterschiede. Beide Krankenkassen(netze) erfahren in ihrer Eigenschaft als intermediäre Organisationen – i.e. als Körperschaften, die staatsnah, aber gleichzeitig mit maßgeblichen Kräften der organisierten Zivilgesellschaft verkoppelt sind – einen Prozeß der *Aktivierung*: Sie treten offensiver bzw. direkter an ihre Klienten heran (Vertrieb, Marketing, Leistungsmanagement), ergreifen struktur- und ordnungspolitische Initiativen und reflektieren stärker über ihre Rolle als eigenständige 'Kollektivakteure' (was beispielsweise an Imagestrategien oder Abgrenzungen gegenüber dem politischen System erkennbar wird). Inhaltlich sind bei dieser Aktivierung bestimmte Akzente in beiden Ländern prominent: So wird das Verhältnis zu den Versicherten gewissermaßen '*partikularisiert*' – es

173 So die Formulierung ihres (ehemaligen) Direktors in einem Essay (Johanet 2000:8).

174 Vgl. Libération (31.3.1999).

175 Ein renommierter Experte für das französische Gesundheitswesen beschrieb die Lage nach der Reformoffensive der CNAM wie folgt: „Staat und Krankenkassen unterhalten keine Beziehung mehr zu den Ärzten. Die Ärzte sind in einen Zustand des zivilen Ungehorsams übergetreten." (Les Échos 24.10.00). Der im Folgejahr einsetzende 'Aufstand' der Hausärzte bestätigt dieses Bild (vgl. dazu Bode, Ingo, Hausärzte machen mobil, in: GG 2/02 [(20-21)].

176 So ein Kommentar in der konservativen Zeitung Le Figaro (31.3.99).

kommt immer mehr auf individuelle Leistungserfahrungen (Dienstleistungsqualität) an. Die Gemeinwohlfunktion der Kassen tritt demgegenüber eher in den Hintergrund oder wird ebenfalls auf die 'partikulare' Dimension hin zugeschnitten (etwa im Falle der Sozialprojekte der französischen Kassen). Der Hinweis auf die Gemeinwohlfunktion als solche scheint den Kassen nicht mehr legitimationsstiftend (genug). Ein zweite, in beiden Ländern gleichermaßen auszumachende Akzentsetzung betrifft die von den Kassen propagierte Reorganisationslogik: Die vordringliche Funktion einer Krankenkasse besteht in dieser Logik darin, daß diese den Versorgungsprozeß bzw. das gesamte Gesundheitswesen *'rationalisiert'*. Diese Rollenbeschreibung scheint den Organisationen allgemein legitimationsträchtig – und sie bildet offenbar in beiden Ländern auch eine anschlußfähige Kompromißformel für die Parteien der Selbstverwaltung.

Jenseits dieser Gemeinsamkeiten gibt es jedoch eine ganze Reihe von *Unterschieden* zwischen beiden Ländern. Der institutionelle Rahmen – Mitgliederwettbewerb oder nicht, relative oder ausgeprägte Staatsnähe, Einheitsversicherung oder Kassenpluralismus – auf der einen Seite, kulturelle Besonderheiten – z.B. zunehmend ökonomistisches Denken in Deutschland, eher technokratisches Denken in Frankreich – sorgen für markante Differenzen. Diese Differenzen kommen v.a. im unterschiedlichen Zuschnitt der Spannungsfelder zur Geltung, in dem die Kassen operieren. Beim *Vertrieb* bzw. im direkten Zugang auf die Versicherten gibt es in beiden Ländern Sonderregeln aufgrund der Gemeinwohlverpflichtung der Kassen – das Spannungsfeld indes wird hier in Frankreich eher durch die Exekutions- und in Deutschland eher durch die Selektionsproblematik bestimmt. Beim *Leistungsmanagement* kann und will die CNAM auf die 'technische Karte' setzen: Sie verfügt – rein formal – über einen großen Aktionsradius und definiert sich stark über ihre dahingehende Expertise der 'Systemgestaltung'. Die AOK orientiert sehr viel mehr auf Prozeßkontrollen, die sie für einzelne Versorgungsfälle betriebswirtschaftlich kalkuliert. Dementsprechend unterschiedlich gestaltet sich auch hier das Spannungsfeld, in dem sich die Kassen bewegen: Die CNAM provoziert die Vision der mechanischen Systemkontrolle, die AOK hingegen die Vision einer ökonomisch motivierten Rationierung. *Strukturpolitisch* setzen beide Kassen auf Rationalisierung durch Integration, aber die CNAM kann und will 'im großen Stil' vorgehen, während die AOK in 'Projekten' denkt – das Problem für die CNAM ist, daß sie den Eindruck des Laborierens erweckt, während bei der AOK die 'Sparproblematik' dominiert. Das '*Marketing*' bzw. der kommunikative Auftritt gegenüber den Versicherten ist in beiden Ländern durch Imagestrategien bestimmt: Die Adressaten dieser Strategien werden aber in Frankreich eher durch einen etwaigen 'Dienst nach Vorschrift' enttäuscht, während sich in Deutschland die Bewerbung einer universellen Dienstleistungsfunktion ('Gesundheitskasse' *für alle*) als 'Ködern' spezifischer Versichertengruppen zu entpuppen droht. Schließlich unterscheiden sich die beiden Kassen auch in ihrer *politischen Öffentlichkeitsarbeit*: Die AOK laviert zwischen einer substantiellen und einer pragmatisch-taktischen Argumentation, was mit der Ausrichtung ihrer Diskurse am widerspruchsträchtigen Wettbewerbsmodell zusammenhängt. Die CNAM hat dieses Problem nicht – dafür erzeugt sie Nachfragen darüber, wie in ihren Reformkonzepten Einheitsinstitution und Leistungsdifferenzierung zusammenpassen.

4. Ergebnisse

Krankenkassen unterliegen gegenwärtig einem tiefgreifenden Transformationsprozeß. Das betrifft nicht nur die – in dieser Untersuchung eher am Rande betrachteten – internen Umbaumaßnahmen.[177] Es gilt auch und besonders für das Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft. Alles deutet darauf hin, daß die Kassen sich auf dem Weg zu einer „postbürokratischen Organisation" (Heckscher 1994) befinden, die sowohl ihre internen Prozesse als auch ihre Umweltbeziehungen fortwährend rationalisiert und in der Auseinandersetzung mit turbulenten Umwelten flexibilisiert. Diese Umwelten sind freilich besonderer Natur: Es geht um Patienten, um komplexe Versorgungsstrukturen, um spezifische 'Produkterwartungen' und – nicht zuletzt – um Gesundheitspolitik. Insofern sind und bleiben die Kassen „intersystemische Organisationen" (Bode/Brose 2001). Dabei ist unübersehbar, daß es im Verhältnis zu diesen verschiedenen Umwelten zu Prozessen der *Aktivierung* kommt. Es ist v.a. diese Aktivierung, die die Verwendung der Formel vom 'player' nahelegt. Die AOK und ihr Netz reorganisieren sich und ihre Umweltbeziehungen nach einem pluralen Leitbild: Sie sehen sich gleichzeitig als „Dienstleister, Anwalt, Lotse" (Marstedt/Niedermeier 2000:242) und werden dadurch in wachsendem Maße zum „'Spielgestalter'" im Gesundheitswesen (ebd.). Gewiß ist dies immer auch eine Selbstbeschreibung der Organisation. Die alltäglichen Routinen dürften hinter diesen Selbstbeschreibungen zurückbleiben, viele der z.T. ja experimentellen neueren Aktivitäten haben bislang nur eine begrenzte Reichweite. Und doch zeigen sie, wo das 'Herz' der Organisation schlägt. Überdies gibt es Grund zu der Annahme, daß das reale Ausmaß der Aktivierung – beispielsweise im Bereich der Strukturpolitik – anwachsen wird (vgl. Gerlinger 2002:30ff).

Der analytische Fokus dieses Forschungsberichts lag allerdings nicht darauf, die tatsächliche Reichweite der Veränderungen abzuschätzen. Vielmehr ging es darum zu zeigen, in welchen Spannungsfeldern sich Krankenkassen wie die AOK bewegen, wenn sie auf 'Zukunftsfeldern' agieren. Als zentrales Ergebnis der Analyse läßt sich diesbezüglich festhalten, daß sich die Organisation zunehmend mit prekären Handlungskonstellationen auseinandersetzen muß. Dabei geht es weniger um durch Mitgliederverluste erzeugte, ökonomische Bestandsprobleme.[178] Vielmehr sind Organisationen wie die AOK mit grundsätzlichen *Ambivalenzen* konfrontiert. Sortieren oder selektieren, rationalisieren oder rationieren, (bedarfsorientiert) versorgen oder (kurzfristig) sparen, fördern oder ködern und Vernunft oder Solidarität propagieren – diese Handlungslogiken beschreiben die Pole, zwischen denen viele Operationen der AOK oszillieren. Hinzu kommt, daß diese Ambivalenzen komplex verschachtelt sind: Serviceorientierung und Kostenmanagement, Solidaritätsappelle und Selektionspraktiken harmonieren oftmals nicht miteinander. Dies gilt unabhängig davon, inwieweit diese Widersprüche bzw. Spannungen nur in der Wahrnehmung von Umwelten existieren.

---

177 Der Fall der AOK zeigt anschaulich, welche Spuren die eingesetzten Unternehmensberatungen hinterlassen haben: Zwar werden Führungspositionen mit wenigen Ausnahmen mit 'Eigengewächsen' der AOK bzw. anderer gesetzlicher Krankenkassen besetzt; der Stallgeruch scheint weiter unverzichtbar. Doch sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erfolgt ein 'business reengineering' mit dem erklärten Ziel, „innerhalb der AOK markt- und wettbewerbsfähige Strukturen" zu schaffen (GG 9/98:50). Die Devise heißt: „AOK-interne Sektoren aufbrechen" (AM 2/99:14). Sie wirkt sich auf die Tarifpolitik aus, in Gestalt von Zielvereinbarungen bzw. Zulagensysteme für die Beschäftigten und schlägt sich in umfangreichen Investitionen bei der Personalentwicklung nieder, auch in Form von Schulungsprogrammen und nebenberuflichen Studiengängen. Im internen Koordinationsprozeß des AOK-Systems geht es nun um „Best-practice" (AM 3/99:13) und „Benchmarking" (AM 5/98:9). Dieser Reorganisationsprozeß wird auch durch eine eigene Beratungs-GmbH, die „AOK Consult", vorangetrieben.

178 Es ist gewiß für eine Organisation wie die AOK ein strukturelles Reproduktionsproblem, wenn einerseits die Arbeitsmasse aufgrund schwindender Mitgliederzahlen abnimmt, andererseits aber das Personal – als größter Kostenfaktor – noch immer relativ stark an die Organisation gebunden ist (durch Senioritätsrechte z.B.). Lösungen wie z.B. die Vereinbarung einer massiven Arbeitszeitverkürzung ohne Lohnausgleich bei der AOK Berlin sind aber immer denkbar.

Nun sind intersystemische Organisationen gleichsam funktionsbedingt von solchen Ambivalenzen betroffen. Allerdings ändert sich der Charakter der Ambivalenzen im institutionellen Wandel bzw. je nach institutioneller Einbettung. Diese Schlußfolgerung läßt sich aus dem Vergleich mit der französischen 'Schwesterorganisation' der AOK ziehen: Diese ist zumindest teilweise mit ganz anderen Ambivalenzen konfrontiert, sind es doch hier eher Spannungen zwischen neuen Entfaltungsansprüchen einerseits und den gleichzeitig gegebenen, durch die Organisation selbst bestätigten Rahmenbedingungen andererseits, die für Prekarität sorgen: Die CNAM kann und will an einheitlichen bzw. universellen Lösungen arbeiten, aber sie ist gleichzeitig vergleichsweise stark auf administrative Exekutions-, Kontroll- und Abstimmungsaufgaben festgelegt. Ungeachtet der Aktivierungsversuche im Dienstleistungsansatz oder in der Öffentlichkeitsarbeit scheint sie – zum Guten wie zum Schlechten – nach wie vor an der Staatsbürokratie orientiert. Der Vergleich zeigt aber auch, daß die im Unterschied zu Frankreich weiter fortgeschrittene De-Institutionalisierung des Kassenwesens in Deutschland für 'Organisationsstreß' sorgt, der nachhaltige Lösungen in Bereichen wie Informationsmanagement oder Strukturpolitik erschwert.

Die AOK trägt die beschriebenen Spannungsmomente im wesentlichen intern aus – innerhalb der Selbstverwaltung, zwischen Abteilungskulturen sowie in der vertikalen Arbeitsteilung zwischen 'Marktverantwortung' und 'Politik'. Die Fähigkeit, trotz der Ambivalenzen und jenseits der Interessenunterschiede ihrer 'stakeholder' (Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände) auch gegenwärtig noch so etwas wie eine gemeinsame Linie zu fahren, zeugt von hoher Organisationskompetenz. Aktuelle Entwicklungen lassen allerdings erwarten, daß die Spannungen weiter zunehmen werden – und zwar ganz unabhängig von der Finanzkrise der Gesetzlichen Krankenversicherung.[179] Der „Spagat zwischen Qualitäts- und Effizienzsteigerung"[180], zwischen Solidarität und Wettbewerb, zwischen Rationierung und Rationalisierung wird eher größer denn kleiner werden. Dies gilt um so mehr, als weiterer institutioneller Wandel wahrscheinlich ist: sei es dadurch, daß – wie Gesundheitspolitiker zunehmend fordern – ein System von Grund- und Wahlleistungen eingeführt wird, oder sei es dadurch, daß den Kassen mehr Sicherstellungskompetenzen überantwortet werden.[181]

Somit stellt sich – jetzt erst recht – die Frage, ob es für die AOK eine *Perspektive des 'Ambivalenzmanagements'* jenseits des 'muddling through' gibt. Die Formulierung einer solchen Perspektive fällt nicht leicht. Doch lassen sich aus den vorstehenden Analysen einige Grundsatzüberlegungen ableiten. Zunächst scheint es erforderlich, daß das Ambivalenzproblem nicht ignoriert und in der 'Player-Rolle' einfach überspielt wird. Das betrifft die internen Diskussionsprozesse, aber in gewissem Maße auch den 'Umweltauftritt' der Organisation. Hier gilt es, 'Ambivalenzenthüllungen' durch eine vorausschauende Organisations- und Kommunikationspraxis so weit wie möglich zu vermeiden. So ist beispielsweise zu prüfen, ob latent gehaltene, harte Kostensteuerungsstrategien – v.a. dann, wenn sie durch die Presse in die Öffentlichkeit transportiert werden – nicht zu Reputationsverlusten der „Gesundheitskasse" führen, deren wirtschaftlicher Schaden die Kosteneinsparungen mittelfristig übertrifft. Ein geschicktes 'Ambivalenzmanagement' würde sich ferner dadurch auszeichnen, daß Ambivalenzen in *peripheren* Operationsfeldern durchaus öffentlich eingeräumt werden, wäh-

179 Ende 2001 schlossen viele Ortskrankenkassen ihre Jahresrechnung mit einem beträchtlichem Negativsaldo ab: So betrug der Schuldenstand bei der AOK Berlin 644, bei der AOK Bayern 542, bei der AOK Baden-Würtemberg 374 und bei der AOK Meckenburg-Vorpommern 270 Millionen Euro.

180 In den Worten des Geschäftsführers Politik beim AOK-Bundesverband, aus einem Essay für „brennpunkt-gesundheitswesen.de" (Ausgabe 5/02:16)

181 Erstere Vision ist etwa einem Bundeskanzleramtspapier vom Sommer 2001 oder dem Wahlprogramm der Opposition für die Bundestagswahlen 2002 zu entnehmen. Auch einige Vertreter aus dem Kassenwesen – wie etwa der Vorsitzende der BKK 'Novitas' – fordern eine weitergehende Vermarktlichung des Systems (vgl. Rheinische Post vom 6.4.02). Alternativ wird eine höhere Steuerungsverantwortung für die Kassen gefordert, so etwa seitens einer SPD-nahen Kommission, die Eckpunkte für eine Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl 2002 vorgelegt hat (vgl. SZ 4.4.02).

rend sie dort, wo es um den *Kern* institutioneller Legitimationen geht, möglichst kleinzuarbeiten wären. Wenn für die AOK das Funktionieren des Solidarprinzips (auch ökonomisch) existenznotwendig ist – woran wohl kaum ein Zweifel besteht –, dann müssen die Praktiken des AOK-Systems symbolisch, aber möglichst auch materiell dieses Prinzip untermauern. Peripher hingegen erscheint beispielsweise das Spannungsfeld zwischen der Serviceorientierung und der Kontrollfunktion einer Krankenkasse: Die Versicherten und die veröffentlichte Meinung sind hier vielfach selbst 'unentschlossen', auch wenn es im Einzelfall merkwürdig wirkt, wenn das „Dienstleistungsunternehmen" AOK dem Versicherten aus Wirtschaftskeitserwägungen heraus gebrauchte Hilfsmittel, No-Name-Arzneimittelpräparate oder Überweisungsformalitäten 'zumutet'. Ferner muß vermieden werden, daß im Zuge eines wachsenden betriebswirtschaftlichen Drucks alles das an Organisationsleistung, was sich nicht 'rechnet', aus dem operativen Programm genommen wird – und zwar auf zentraler wie auf dezentraler Ebene. Ungeachtet aller 'Verschwendungsvorwürfe' scheint es beispielsweise unerläßlich, die soziale Rolle und gesellschaftliche Maklerfunktion von Krankenkassen kommunikativ transparent(er) zu machen: Denn Kommunikation wird in der Gegenwartsgesellschaft zu einem „strategischen Spiel, das über Erfolg und Mißerfolg [auch] von ... Organisationen" entscheidet (Münch 1995:83). Die AOK wird jedenfalls nur überleben können, wenn sie immer *auch* als sozialpolitische Organisation agiert.

Abkürzungen

AA	AOK aktuell (Hessen)
AD	AOK im Dialog (Bundesverband)
AM	AOK Management
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BG	Bleib gesund
BKK	Betriebskrankenkasse
CFDT	Confédération française democratique du travail (Gewerkschaft)
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire de l'assurance maladie – Primärkrankenkasse
CRAM	Caisse régionale de l'Assurance maladie – Regionalkrankenkasse
CREDES	Gesundheitsforschungsinstitut
CSG	Contribution sociale généralisée
DMP	Disease-Management-Programme
DOK	(ehemaliges) Bundesverbandsorgan der AOK
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FNP	Frankfurter Neue Presse
FO	Force Ouvrière (Gewerkschaft)
FR	Frankfurter Rundschau
GG	Gesundheit & Gesellschaft (AOK)
GGI	Gesundheit & Gesellschaft Infoletter
GGW	Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HM	AOK Hessen et al., Das Hausarztmodell in Frankfurt/Main
IN	Insider (Hessen)
KBV	Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung
KV	Kassenärztlichen Vereinigungen
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France (Arbeitgeberverband)
MGF	Médecins généralistes France (Hausärzteverband)
PA	Praxis-aktuell (AOK)
PID	Presse-Informations-Dienst (Hessen)
RMO	Réferences médicales opposables
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SZ	Süddeutsche Zeitung
TAZ	Die Tageszeitung (Berlin)
TK	Technikerkrankenkasse
URCAM	Union régionale des caisses de l'Assurance maladie – Kassenvereinigung
WAZ	Westdeutsche Allgemeiner Zeitung
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Literatur

Andersen, Hanfried H. / Schwarze, Johannes (1998), GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen; S.11-23 in: Arbeit und Sozialpolitik (52) 9-10

Badura et al. (1999), Badura, Bernhard / Hart, Dieter / Schellschmidt, Henner, Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des MfAGS des Landes NRW; Baden-Baden: Nomos

Baumann, Manfred / Stock, Johannes (1996), Managed Care - Impulse für die GKV? Düsseldorf: Hans-Böckler Stiftung

Blanke, Bernhard (Hg.) (1994), Krankheit und Gemeinwohl, Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin; Opladen: Leske & Budrich

Bode, Ingo (1996), Kulturkampf im Sozialstaat, oder: wie entstehen Effizienzblockaden? Das Beispiel des Chipkartensystems im französischen Gesundheitswesen; S.826-838 in: Zeitschrift für Sozialreform (42) 11/12

Bode, Ingo (1998), Entscheidende Momente. Nonprofit-Organisationen im Krankenversicherungswesen zwischen Markt und Solidarität; S.47-74 in: in: Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (Hg.), Nonprofit-Organisationen im Wandel; Frankfurt a.M./Stuttgart: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge/ Kohlhammer

Bode, Ingo (1999), Solidarität im Vorsorgestaat. Der französische Weg sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung; Frankfurt/New York: Campus

Bode, Ingo / Brose, Hanns-Georg (2001), Intersystemische Organisationen im Spannungsfeld funktionaler Differenzierung; S.112-140 in: Tacke (a.a.O.)

Bogs, Harald (1976), Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Bände 1 und 2; Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen

Braun, Bernhard / Reiners, Hartmut (1999), Über die Notwendigkeit politischer Steuerung im Gesundheitswesen; S.1083-1091 in: Blätter für deutsche und internationale Politik (44) 9

Cassel, Dieter (1993), Anspruch und Wirklichkeit. Zur Organisationsrefrom der GKV; S.18-24 in: Soziale Sicherheit (42) 1

Cassel, Dieter (1997), Ausbau der Wettbewerbskonzeption der Gesetzlichen Krankenversicherung; S.10-18 in: Arbeit und Sozialpolitik (51) 11/12

Curtius, Bernd (1999), Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen. Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile; München & Mering: Hampp

Darnaut, Nathalie (1999), Reform of the Social Security System in France: challenges and prospects; S.229-289 in: Buti, Marco / Franco, Daniele / Pench, Lucio R. (Hg.), The Welfare State in Europe. Challenges and Reforms; Cheltenham: Edward Elgar

Döhler, Marian / Hassenteufel, Patrick (1995), Akteurskonstellationen in der Krankenversicherungspolitik. Ein deutsch-französischer Vergleich; S.804-822 in: Zeitschrift für Sozialreform (41) 11/12

Döhler, Marian / Manow, Philip (1997), Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den Fünfzigerjahren; Opladen: Leske & Budrich

Eichhorn, Siegfried (1998), Chancen und Risiken von Managed Care: Perspektiven der Vernetzung von Krankenhäusern, Rehabilitationszentren und Krankenkassen; Stuttgart: Kohlhammer

Enquête-Kommission (1990), Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Verhandlungen des Deutschen Bundestags. Bundestagsdrucksache Nr.11 / 6380; Bonn

Finkenbusch, Norbert (1995), Die Träger der Krankenversicherung – Verfassung und Organisation. 4. Auflage; St. Augustin: Asgard-Verlag

Gerlinger, Thomas (2002), Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel; WZB Discussion Paper P02-204; Berlin

Haenecke, Henrik (2001), Krankenkassen-Marketing. Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren; München/Mering: Rainer Hampp Verlag

Häussler, Bertram / Bohm, Steffen (2000), Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung; S.127-137 in: Sozialer Fortschritt (49) 6

Heckscher, Charles (1994), Defining the Post-Bureaucratic Type; S.14-62 in: ders. (Hg.), The Post-bureaucratic Organization: New Perspectives On Organizational Change; London: Sage

Herder-Dorneich, Philipp (1994), Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen; Baden-Baden: Nomos

Huteau, Gilles (2001), Sécurité sociale et politiques sociales. 3. Auflage; Paris: Armand Colin

Jacobs, Klaus / Schräder, Wilhelm F. (1999), Zur solidarkompatiblen Gestaltung von Strukturverträgen zur integrierten Versorgung; S.10-19 in: Arbeit und Sozialpolitik (53) 3-4

Jäger, Wieland / Buck, Dieter (1997), Aspekte der Personalentwicklung in der öffentlichen Verwaltung; Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Johanet, Gilles (2000), Quel système de soins pour le XXIe siècle? Tout reste à faire; S.3-11 in: Regards 17

Knappe, Eckhard (Hg.) (1997), Reformstrategie Managed Care; Baden-Baden: Nomos

Knappe, Eckhard / Optendrenk, Sonja (2000), Reform des Gesundheitswesens bleibt aktuell; S.23-29 in: Aus Politik und Zeitgeschichte B 35-36

Korenke, Thomas (2001), Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung? S.268-277 in: Sozialer Fortschritt 11

Kühn, Hagen (1997), Managed Care: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. WZB-Discussion Paper P 97-202; Berlin

Kühn, Hagen (1998), Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken; S.132-136 in: Sozialer Forschritt (47) 6

Lamping, Wolfram (1994), Selbstverwaltung und Parafiskalität: Die gesetzliche Krankenversicherung im politischen Ausgleich sozialer Risiken; S.75-109 in: Blanke, Bernhard (Hg.), Krankheit und Gemeinwohl, Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin; Opladen: Leske & Budrich

Lancry, Pierre-Jean / Sandier, Simone (1999), Twenty Years of Cures For the French Health Care System; S.443-470 in: Mossialos, Elias / Le Frand, Julian (Hg.), Health Care and Cost Containment in the European Union; Aldershot: Ashgate

Lauer-Kirschbaum, Thomas (1994), Kollektivverhandlungen und Selbstverwaltungskonsens: Interessenegoismus und Gemeinwohlorientierung in der Entwicklung und Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung; S.207-243 in: Blanke, Bernhard (Hg), Krankheit und Gemeinwohl; Opladen: Leske & Budrich

Lauer-Kirschbaum, Thomas / Rüb, Friedbert W. (1994), Politik mit dem Risiko: Der politische Risikoausgleich bei Krankheit; S.37-73 in: Blanke, Bernhard (Hg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin; Opladen: Leske & Budrich

Lenhardt, Uwe (1999), Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung; Berlin: Sigma

Mallet, Anne / Dovert, Guy (1999), Les Gaspillages de la Sécu. Ou: Comment 100 milliards disparaissent chaque année; Paris: AKR

Marburger, Horst / Marburger, Dietmar (1997), Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Vertriebspolitik, Außendienst, Rechtsgrundlagen; St. Augustin: Asgard

Marstedt, Gerd / Niedermeier, Renate (2000), Krankenversicherung und Lebenslauf. Zum Wandel einer Institution der sozialen Risikobearbeitung; S.234-247 in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. Beiheft 3

Müller, Joachim / Schneider, Werner (1999), Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstruk turen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte; S.20-38 in: Arbeit und Sozialpoltik 3-4

Münch, Richard (1995), Die Dialektik der modernen Kommunikationsgesellschaft; Frankfurt/Main: Suhrkamp

Niedermeier, Renate (1999), Vom Verwalten zum Gestalten? Neue Steuerungskonzepte und gewan- deltes Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung; S.65-98 in: Marstedt, Gerd / Milles, Dietrich / Müller, Rainer (Hg.), Gesundheitskonzepte im Umbruch; Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Okoniewski, Ulrich (1997), Ungenutzte Potentiale: Qualitätsmanagement für Krankenkassen-Dienstleistungen. Vom funktionalen Dilettantismus zum kunden- und qualitätsorientierten Produktionsmodell? S.173-186 in: Soziale Sicherheit (46) 5

Oppen, Maria (1993), Neue Produktionskonzepte für öffentliche Dienstleistungen – Krankenkassen zwischen Markt und Staat. WZB discussion paper FS II 93-204; Berlin

Oppen, Maria (1996), Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. 2. Auflage; Berlin: Sigma

Paquet, Robert (1992), Innovationsprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung; S.387-397 in: Zeitschrift für Sozialreform (38) 7

Rapport Mougeot (1999), Mougeot, Michel (Rapporteur), Régulation du système de soins. Rapport au Premier Ministre; Paris: La Documentation française

Reiter, Heinrich (1996), Entstehungsgeschichte, Aufgaben und Organisation der Spitzenverbände der Krankenkassen nach dem SGB V; Konstanz: Hartung-Gorre Verlag

Rosenbrock, Ralf (1998), Dritte Stufe der Gesundheitsreform – Ende des Solidarprinzips? S.203-216 in: Wird Gesundheit zur Luxusware? Solidarische Gesundheitsversorgung und die Zukunft der Medizin. Kongreßdokumentation; Dortmund: Humanitas

Rosenbrock, Rolf (1999), Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. WZB discussion paper P98-203; Berlin

Rosewitz, Bernd / Webber, Douglas (1990), Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen; Frankfurt/New York: Campus

Rychel, Werner / Lang. Hermann (2001), Praxisnetze in Bayern: Erfolg ist ansteckend; S.67-69 in: Die BKK (89) 2

Schimancke, Dieter (1997), Selbstverwaltung außerhalb der Kommunalverwaltung, insbesondere: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung; S.257-268 in: König, Klaus / Siedentopf, Heinrich (Hg.), Öffentliche Verwaltung in Deutschland; Baden-Baden: Nomos

Schmidt, Peter / Schuld, Matthias (1997), Markt- und Wettbewerbsorientierung der gesetzlichen Krankenkassen; S.590-614 in: Hauser, Albert et al. (Hg.), Handbuch soziale Dienstleistungen; Neuwied: Luchterhand

Schnapp, Friedrich E. (1998), Soziale Selbstverwaltung vor der Agonie? S.149-162 in: Staatswissenschaften und Staatspraxis (9) 2

Schöffski et al. (1996), Schöffski, Oliver / Galas, Eckart / Schulenburg, Mathias Graf von, Der Wettbewerb innerhalb der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit; S.293-305 in: Sozialer Fortschritt (45) 12

Seng, Thomas (1997), Managed Care – Instrumente und institutionelle Grundlagen; S.289-299 in: Sozialer Fortschritt (46) 12

Simon, Michael (2000), Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung; Opladen: Westdeutscher Verlag

Spaeth, Jean-Marie (1999), La Sécu: une idée neuve. Lettre à ceux qui misent sur la Securité sociale pour la santé de chacun; Paris: Editions La Découverte

Standfest, Erich (1989), Selbstverwaltung in der Sozialversicherung: Mittel demokratischer Sozialkpolitik? S.165-181 in: Riedmüller, Barabra / Rodenstein, M. (Hg.), Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Stegmüller, Klaus (1996), Wettbewerb im Gesundheitswesen; Hamburg: VSA

Stegmüller, Klaus (1998), Die gesetzliche Krankenversicherung nach der 3. Reformstufe – Ein Solidarsystem im Übergang zum Wettbewerb; S.25-36 in: Deppe, Hans-Ulrich (Hg.), Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb; Hamburg: VSA

Tauchnitz, Thomas (1999), Krankenkassen - Zwang oder Segen? Organisationsgeschichte des deutschen Krankenkassenwesens im 'langen' 19. Jahrhundert; Opladen: Leske & Budrich

Tennstedt, Florian (1977), Soziale Selbstverwaltung; Bd.2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung; Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen

Ullrich, Carsten G. (2000), Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung; Frankfurt/New York: Campus

Urban, Hans-Jürgen (2001), Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheitheit. Der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende; WZB Discussion Paper P01-206; Berlin

Veith, Dagmar (1988), Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus; Regensburg: Roderer

Wanek, Volker (1994), Machtverteilung im Gesundheitswesen: Struktur und Auswirkungen; Frankfurt/Main: VAS

Wasem, Jürgen (1999), Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitsystem; S.434-442 in: Die BKK (87) 9

Weber, Stefan (1995), Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestaltungsmöglichkeiten des Bundesgesetzgebers; Berlin: Erich Schmidt Verlag

Wille, Eberhard / Albring, Manfred (Hg.) (2000), Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Theman im Gesundheitswesen, 4.-6.11.1999; Frankfurt usw.: Lang

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 1/1988 Zum Anspruch einer evolutionsbiologischen Fundierung der Moral.
Fritz Rudolph

No. 2/1988 Moralische Institutionen und die Ordnung des Handelns in der Gesellschaft. Die "utilitaristische" Theorietradition und die Durkheimsche Herausforderung.
Hans J. Hummell

No. 3/1988 Selbstreferentielle Technologiepolitik. Theoretische und thematische Grundlagen der Wirtschaftsbezogenen F & T - Politik.
Dieter Urban

No. 4/1988 Berufseinmündung, Berufssituation und soziale Lage Duisburger Diplom-Sozialwissenschaftler/innen. Erste Ergebnisse einer empirischen Erhebung.
Dieter W. Emmerling

No. 5/1988 Negative Dialektik - oder: Das "andere Genus des Denkens".
Helga Gripp-Hagelstange

No. 1/1989 Entscheidungsprozesse im Studium: Weiterstudieren oder Aufgeben?
Christoph Rülcker, Adelheid Berger, Dieter Emmerling

No. 2/1989 Lokale Handlungsebene und Jugendarbeitslosigkeit. Ein Forschungsbeitrag zur wohlfahrtsstaatlichen Dezentralisierungsdebatte. Ergebniszusammenfassung.
Jürgen Krüger, Manfred Pojana, Roland Richter

No. 3/1989 Binäre LOGIT-Analyse: ein statistisches Verfahren zur Bestimmung der Abhängigkeitsstruktur qualitativer Variablen.
Dieter Urban

No. 4/1989 Niklas Luhmann - oder: Was ist ein "differenztheoretischer" Ansatz?
Helga Gripp-Hagelstange

No. 5/1989 Die Rationalität irrationalen Handelns. Kollektive Formen politischer Partizipation als Ergebnis individueller Entscheidungsprozesse. Eine empirische Analyse.
Dieter Urban

No. 1/1990 Adorno und Derrida - oder: Der Versuch einer "Dekonstruktion" der Metaphysik.
Helga Gripp-Hagelstange

No. 2/1990 "Arbeit statt Sozialhilfe" - Empirische Evaluation eines Beschäftigungsprogramms für arbeitslose Sozialhilfeempfänger.
Thomas Bruns u. Irene Pawellek

No. 3/1990 Jugendarbeitslosigkeit und lokale Legitimationsprobleme.
Jürgen Krüger

No. 4/1990 Zu System und Problematik legal-bürokratischer Herrschaft in der klassischen Organisationstheorie.
Wolfgang Holler

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 5/1990 Die kognitive Struktur von Umweltbewußtsein. Ein kausalanalytischer Modelltest.
Dieter Urban

No. 1/1991 Zeitgemäßes Campaigning in der Bundesrepublik Deutschland: Empirische und evaluative Hinweise zum Swing-Index, einem neuen Instrument des "micro targeting".
Sigurd Matz

No. 2/1991 Stichworte zur Zukunft des Wohlfahrtsstaates.
Jürgen Krüger.

No. 3/1991 Kokain: Zur gesellschaftlichen Karriere einer Droge.
Thomas Schweer und Hermann Strasser.

No. 4/1991 Der >reale Sozialismus< und sein Niedergang basieren auf dem Marx'schen >Ausbeutungs<-Irrtum. Sozialstaatlicher Volkskapitalismus statt Abschaffung des Privateigentums an Produktionsmitteln.
Dieter Holtmann.

No. 5/1991 The Distribution of Income in Modern Japan: An Examination of the Structural Determinants of Relative Equality.
Harold R. Kerbo.

No. 1/1992 Diplomabschlüsse im integrierten Studiengang Sozialwissenschaften an der Universität-GH-Duisburg. Eine empirische Analyse der erfolgreich absolvierten Diplomprüfungen im Zeitraum 1977 - 1990.
Holger Meinken.

No. 2/1992 Narzißmus, soziale Einbindung und Suizid. Eine vergleichende Analyse des Suizidgeschehens in Kempten (Allgäu) und seines ländlichen Umfelds im Lichte soziologischer und psychologischer Theorie.
Heidi Hlawatschek.

No. 3/1992 Die parlamentarische Willensbildung in portugiesischen Gemeinden.
Wolfgang Holler, Marcelino Passos

No. 4/1992 Techniken der Attributdatenanalyse.
Uwe Engel

No. 5/1992 Karrieremuster in der Kommunalpolitik. Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Dinslaken und Duisburg.
Andreas Humpert

No. 1/1993 Zur relativen Bedeutung eines Klassenkonzepts bei der Erklärung von Einkommens- und Bewußtseinsunterschieden in zehn entwickelten Industriegesellschaften.
Thomas Hagelstange, Brigitte Hamm, Dieter Holtmann

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 2/1993 Die Selbstzuschreibung extra-funktionaler Fähigkeiten im Ingeneurstudium.Eine geschlechtervergleichende empirische Untersuchung.
Dorothee Laß

No. 3/1993 Prozesse der Entvertikalisierung in der japanischen Gesellschaft.
Brigitte Hamm

No. 4/1993 Sozialstrukturelle Modernisierung: Stabilisierung oder Destruierung des Wohlfahrtsstaates?
Jürgen Krüger

No. 5/1993 Organisation und Motivation (I).
Wolfgang Holler

No. 6/1993 Solidarität in Bewegung. Die französischen Krankenschwestern verändern ihre Perspektiven.
Ingo Bode

No. 7/1993 Japanese Corporations in Germany: Corporate Strucuture and Employee Relations (A Summary Report).
Harold R. Kerbo, Elke Wittenhagen, Keiko Nakao

No. 1/1994 Organisation und Motivation (II).
Wolfgang Holler

No. 2/1994 Kulturelle Nebensächlichkeiten und private Geselligkeit:
Zu institutionellen Formen einer beliebten Koalition Vorüberlegungen zu einem theoretischen Orientierungsrahmen für die Deskription und Analyse privater Öffentlichkeit.
Christoph Rülcker, Günter Winter, Mitarbeit: Gerd Bloch

No. 3/1994 Kollektives Handeln und Ambiguität. Die Regulierung atypischer Beschäftigungsverhältnisse in Frankreich und Deutschland.
Ingo Bode, Hanns-Georg Brose, Stephan Voswinkel

No. 4/1994 Einführung in Windows 3.1; Einführung in Word für Windows 2.0.
Thomas Bruns, Günter Winter
Sonderheft 1, erhältlich im Sekretariat Soziologie zum Preise von DM 6,00

No. 5/1994 Einführung in SPSS für Windows.
Peter Höllmer, Günter Winter
Sonderheft 2, 2. Auflage 1994

No. 6/1994 Schnäppchenmärkte. Zu einer schattenwirtschaftlichen Besonderheit.
Christoph Rülcker; Günter Winter

No. 1/1995 Zur Distinguierung des sinnlichen Geschmacks: Von der Lust zur Krise der Gourmets.
Andrea Dederichs

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 2/1995 Studienfach als Differenzierungsmerkmal. Ein empirischer Beitrag zur Analyse studentischer Lebenswelten.
Josef Köster

No. 1/1996 Arbeitslosigkeit und Sucht: Eine qualitative Studie zu Suchtkarrieren von Arbeitslosen. Forschungsgruppe Langzeitarbeitslosigkeit:
Thomas Schweer (inhaltlich verantwortlich), Hermann Strasser, Gabriele Klein, Thomas Bongartz, Klaus Gröhnke

No. 2/1996 Soziale Netzwerke bei Langzeitarbeitslosen.
Forschungsgruppe Langzeitarbeitslosigkeit: Klaus Gröhnke (inhaltlich verantwortlich), Hermann Strasser, Thomas Bongartz, Gabriele Klein, Thomas Schweer

No. 3/1996 Lohnemanzipation in Europa: Synoptische Beurteilung der Gleichstellung abhängig beschäftigter Männer und Frauen nach ihren Durchschnittsverdiensten in der Europäischen Union.
Wolfgang Gerß

No. 4/1996 Am Fordismus vorbei: Bauwirtschaft und Gastgewerbe in Deutschland und Frankreich.
Stefan Lücking, Stephan Voswinkel

No. 5/1996 Generationensolidarität oder Altenmacht - Was trägt (künftig) den Generationenvertrag? Zur politischen Soziologie der staatlichen Alterssicherung.
Jürgen Krüger

No. 1/1997 "Pumps, leider zu klein...": Eine empirische Studie über den privaten Gebrauchtwarenhandel via Offertenblatt.
Birgit Kunde, Christoph Rülcker, Ansgar Schulz-Kleyenstüber, Uwe Zander

No. 2/1997 Leistungen und Leistungspotentiale älterer Menschen, Bilanz und Perspektiven des intergenerationalen Lastenausgleichs in Familie und sozialem Netz, Tagungsband.
Dieter Grunow, Sylvia Herkel, Hans J. Hummell (Hrsg.)

No. 3/1997 Merkmalsraumbildung und Differenzierung von mehrstelligen Variablen.
Günter Winter

No. 4/1997 Determinanten der Studiendauer: Differenzen zwischen Studierenden verschiedener Fachbereiche? Ein Zwei-Gruppen-Test.
Josef Köster, Uwe Matzat

No. 5/1997 Die Arbeitsplatzsuchstrategien von Arbeitslosen.
Forschungsprojekt Langzeitarbeitslosigkeit.
Klaus Gröhnke, Hermann Strasser

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 1/1998 Arbeitszeitverkürzung, Entgelt und Beschäftigung.
Gerhard Bosch

No. 2/1998 "Marxloh". Ansichten über einen Duisburger Stadtteil.
Thomas Rommelspacher, Christoph Rülcker, Ansgar Schulz-Kleyenstüber, Uwe Zander

No. 1/1999 Marktphilosophien in der Beschäftigungskrise . Zu den Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsannahmen im Ersten und Zweiten Arbeitsmarkt.
Achim Trube
(ab No. 1/1999 sind alle Beiträge unter http://soziologie.uni-duisburg.de/dbsf.htm abrufbar)

No. 2/1999 Der große Zapfenstreich. Eine soziologische Analyse eines umstrittenen Rituals.
Ulrich Steuten

No. 3/1999 Sozialwissenschaftliches Praktikum in der amtlichen Statistik. Fallbeispiel: Ergebnisse politischer Wahlen und Strukturmerkmale der nordrhein-westfälischen Gemeinden.
Wolfgang Gerß

No. 4/1999 Arbeiten für gute Zwecke. Organisation und Beschäftigung im Dritten Sektor.
Ingo Bode, Achim Graf

No. 5/1999 Bedingungen und Möglichkeiten kreativen und innovativen Handelns: Die wechselseitige Strukturierung von Subjekten und Organisationen. Ideenskizze und Bestandsaufnahme.
Ursula Holtgrewe

No. 1/2000 Rationalisierung im Dienstleistungssektor – Strategien und Probleme: Ein Literaturbericht.
Bernd Bienzeisler

No. 1/2002 Arbeitsmarkt und soziales Kapital: Eine komprimierte Darstellung theoretischer Grundlagen und empirischer Befunde.
Peter Runia

No. 2/2002 Kurzstudie zu einer Todesfallstatistik über Kinder und Jugendliche in Münster/Westf.: Eine Erhebung zu Todesfällen für den Zeitraum 1991-1998.
Jürgen Guggenmos, Sigurd Matz

No. 3/2002 Transformationspfade intermediärer Wohlfahrtsproduktion: Die Entwicklung der Caritas im deutsch-französischen Vergleich.
Ingo Bode

No. 4/2002 Vom Payer zum Player – Oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK un ein vergleichender Exkurs nach Frankreich.
Ingo Bode

DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 5/2002 Methoden und Konzepte wissensintensiver Dienstleistungsarbeit. Arbeitsberichte eines Hauptseminars.
Karen Shire, Bernd Bienzeisler