

Multireferenzialität und Marktorientierung?

Krankenkassen als hybride Organisationen im Wandel

Many-sidedness and Market Orientation?

Nonprofit Health Care Insurance Enterprises as Hybrid Organisations in Changing Times

Ingo Bode

Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Institut für Soziologie, Lotharstraße 63, D-47048 Duisburg

Zusammenfassung: Gesetzliche Krankenkassen in Deutschland sind ein sozialwissenschaftlich bislang unterbelichteter Typus formaler Organisationen. Sie können als hybride Agenturen mit gesellschaftlichen Infrastrukturfunktionen begriffen werden. Es wird argumentiert, dass ihr Verhältnis zur Gesellschaft durch Multireferenzialität geprägt ist, wodurch sie eine Fähigkeit zur Produktion bestimmter Kollektivgüter ausbilden. Befunde einer qualitativen Fallstudie zeigen die Transformation dieser Multireferenzialität im Gefolge geänderter institutioneller Rahmenbedingungen – nämlich einer Wettbewerbsordnung, die eine organisationale Marktorientierung anregt. Der Beitrag untersucht, wie sich diese Transformation im Lichte von Theorieprogrammen verstehen lässt, die sich mit dem Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft befassen.

Die Organisationssoziologie hat sich zuletzt vermehrt dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft zugewandt.¹ „Die Rückkehr der Gesellschaft“ (Ortmann et al. 1997a) in die sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Organisationen konzentriert sich allerdings bislang weitgehend auf gewerbliche Unternehmen. Demgegenüber sind Organisationen mit Infrastrukturfunktionen – etwa solche, die die soziale Reproduktion oder die politische Integration der Gesellschaftsmitglieder betreffen – von der „gesellschaftsbewussten“ Organisationssoziologie bislang vernachlässigt worden.² Dies erscheint umso erstaunlicher, als gerade diese Organisationen gegenwärtig Transformationsprozesse durchlaufen, die allgemein unter der Überschrift „Ökonomisierung“³ verhandelt werden: Erziehungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände oder Sozialbürokratien übernehmen zunehmend Managementansätze aus der Privatwirtschaft, es kommt zu grundlegenden Reorientierungen ihrer typuspezifischen Strategien und Praxen. Hier scheint eine

Dynamik im Gange, die in einer die *gesellschaftliche* Rolle von Organisationen fokussierenden Forschungs- und Theorieperspektive mehr Beachtung verdient.

Ein gutes Beispiel dafür sind die gesetzlichen Krankenkassen. Auch sie haben in der Organisationssoziologie bislang kaum eine Rolle gespielt, trotz ihrer quantitativen Bedeutung⁴ und ungeachtet des Umstands, dass sie zum Kernbestand der bundesdeutschen Sozialordnung gehören. Die Transformationsprozesse, denen sie seit etwa einem Jahrzehnt unterliegen, hängen mit Entscheidungen des politischen Systems – konkret: mit der Einführung einer Wettbewerbsordnung – zusammen, wobei die Hintergründe dieser Entscheidungen hier nicht weiter hinterfragt werden sollen. Der Beitrag geht vielmehr der Frage nach, wie sich die Transformation der Kassen in ihren empirischen Ausprägungen durch eine „gesellschaftsbewusste“ Organisationssoziologie theoretisch beschreiben lässt. Dazu wird zunächst ein Vorschlag unterbreitet, diesen Organisationstyp über dessen Verhältnis zu seiner gesellschaftlichen Umwelt zu bestimmen. Krankenkassen werden als *hybride* Organisationen mit Infrastruk-

¹ Es geht um ein Theoriesegment, das die gesellschaftliche Rolle von Organisationen fokussiert, etwa in Bezug auf ihre spezifischen Ordnungs- oder Sozialisationsleistungen oder im Hinblick auf ihre Funktion im Prozess funktionaler Differenzierung bzw. sozialer Herrschaft.

² Ausnahmen (vgl. etwa Horch 1985, Streeck 1987, Bode 1998 oder Hermsen 2000) bestätigen die Regel.

³ Vgl. zu solchen Diagnosen Blanke/Kania 1996, Heinze et al. 1997 oder Pelizzari 2001.

⁴ Die gut 350 gesetzlichen Krankenkassen versichern ca. 90 % der Bevölkerung. Sie beschäftigen nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit 150.000 Mitarbeiter (Wert für 2001) und verwalten Budgets in Höhe von knapp 143 Milliarden Euro (davon gut 7,8 Mrd. zur Unterhaltung der Organisationsapparate, Werte für 2002).

turfunktionen begriffen, die über die Kompetenz zur *produktiven Vermittlung genuin unterschiedlicher Umweltreferenzen* verfügen und dementsprechend multireferenziell ausgerichtet sind. Infrastrukturell *produktiv* operieren Krankenkassen dabei insofern, als sie nicht nur ein Versicherungsverhältnis abwickeln, sondern auch spezifische Kollektivgüter erzeugen.

Im Weiteren soll die *Entwicklungsdynamik* solcher Organisationen aus der Perspektive von Theorieprogrammen betrachtet werden, die sich paradigmatisch mit dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft auseinandersetzen.⁵ Anschlussfähig erscheinen dabei v. a. zwei Argumentationen, die sich diametral gegenüberzustehen scheinen. Die eine, in der neueren Systemtheorie verankerte These besagt, dass Organisationen sich an je unterschiedlichen teilsystemischen Codes ausrichten und dabei die *Leitorientierung jeweils eines spezifischen gesellschaftlichen Teilsystems ins Werk setzen*; Leitreferenzen aus den übrigen Teilsystemen können zwar Reorientierungen auslösen, organisationale Strategien und Praxen jedoch nicht substantiell modifizieren. Dagegen steht eine zweite, hier neo-subsumtionstheoretische genannte These, die de facto eine weit reichende *Unterwerfung teilsystemspezifischer Organisationen unter die Leitreferenzen des Wirtschaftssystems* behauptet; darin angelegt ist ein substantieller Reorientierungsdruck auf die Strategien und Praxen gerade jener Organisationen, für die auch oder vorwiegend andere Referenzen (noch) orientierungstiftend sind.

Beide Thesen legen Prognosen in Bezug auf die Evolution hybrider Organisationen nahe. Dabei scheint die zweite der genannten Prognosen zunehmend realistischer: Die „Ökonomisierung“ infrastruktureller Einrichtungen dementiert offenbar das vom systemtheoretischen Paradigma unterstellte Beharrungsvermögen von nicht primär an das Wirtschaftssystem gebundenen Organisationen. Bezugnehmend auf eine eigene Fallstudie wird in diesem Beitrag jedoch argumentiert, dass hybride Organisationen mit Infrastrukturfunktionen zwar von substantiellen Reorientierungen betroffen sind, die Subsumtionsthese aber in „Reinform“ schwer zu halten ist. Gleichzeitig erscheinen *beide* der o. g. Argumentationen insofern problematisch, als sie das pragmatische *Kreativitätspotenzial hybrider Organisationen* paradigmatisch ausblenden. Interessant

ist demgegenüber eine dritte, bislang allerdings nur in Ansätzen entwickelte Theorieperspektive auf das Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft; sie soll hier im Weiteren als konstitutionstheoretisches Paradigma bezeichnet werden. Mit diesem Paradigma, so wird hier argumentiert, lassen sich Prozesse der *Referenzverschiebung* in hybriden Organisationen theoretisch am besten fassen.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Der erste Abschnitt dient dem Ziel einer „gesellschaftsbewussten“ Bestimmung des Organisationscharakters der Krankenkassen. Dazu wird zunächst der Stand der Forschung resümiert. Daran anknüpfend geht es um die Multireferenzialität der Kassen und die dadurch ermöglichte Kollektivgüterproduktion. Im zweiten Teil werden zunächst die durch den institutionellen Wandel – konkret: die Herausbildung von Wettbewerbsverhältnissen – hervorgerufenen Impulse zur Veränderung der Organisationsprogramme umrissen. Danach erfolgt eine Rekonstruktion der o. g. Theorieansätze unter dem Gesichtspunkt, wie diese Ansätze den Umgang hybrider Organisationen mit für sie ursprünglich nicht orientierungstiftenden Referenzen (hier: Marktbezüge) prognostizieren (würden). Der dritte Abschnitt präsentiert empirische Ergebnisse, die am Beispiel der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) den organisationalen Umgang mit dem o. g. institutionellen Wandel beleuchten. Der Schlussteil prüft, wie die im zweiten Kapitel rekonstruierten „Entwicklungsprognosen“ und die empirischen Befunde zusammenpassen. Dabei wird weiterer Theoriebedarf für die „gesellschaftsbewusste“ Organisationssoziologie ausgemacht.

1. Krankenkassen als hybride Organisationen mit Infrastrukturfunktionen

Das organisationssoziologische Wissen über Krankenkassen ist bislang stark unterentwickelt. Offensichtlich besteht eine Art „*Typuslücke*“ (vgl. Bode/Brose 2001: 113ff.): Es ist unklar, welcher Kategorie formaler Organisationen Krankenkassen zugeordnet werden können. Einerseits scheinen sie zur mittelbaren Staatsverwaltung bzw. zur Gruppe der selbstständigen Verwaltungseinheiten (Schuppert 1981) zu gehören, denn sie sind öffentlich-rechtliche Körperschaften mit gesetzlichem Auftrag. Doch immer dann, wenn sie eigenständig Maßnahmen zur Steuerung ihres Ressourcenhaushaltes (z. B. Mitgliederwerbung) ergreifen, ähneln sie eher Unternehmen der Sozialwirtschaft (vgl. Maelicke

⁵ Das diesbezügliche Theorieangebot ist noch immer recht mager: Ackroyd (2000: 92) spricht mit Recht von einem „neglect of organisations“ in der zeitgenössischen Gesellschaftstheorie.

2000). Dort wiederum, wo sie nicht einfach den gesetzlichen Leistungskatalog umsetzen oder unternehmerisch operieren, sondern sich – mit dem Mandat ihrer Selbstverwaltung – um gesundheitliche Belange von Mitgliedern kümmern, weisen sie Merkmale von Organisationen des „Dritten Sektors“ auf.⁶ Für sich alleine genommen erscheint mithin keine der genannten Zuordnungen als tragfähig, und so spielen Krankenkassen in den prominenten Klassifikationsansätzen auch keine Rolle.

Gewiss sind Krankenkassen von den Sozialwissenschaften explizit verhandelt worden. So hat man sie beispielsweise als Akteure in Verhandlungsprozessen untersucht, in denen es um institutionelle Veränderungen im Gesundheitswesen ging (vgl. etwa Lauer-Kirschbaum 1994). Auch wurden sie auf verbandspolitischer Ebene betrachtet, hier v.a. im Hinblick auf die Selbstverwaltung (Gewerkschaften, Arbeitgeber) oder die Tätigkeit ihrer Spitzenverbände (vgl. Veith 1988). Die dabei aufscheinende politische Funktion der Krankenkassen wurde – in herrschaftssoziologischer Wendung – auch von sozialhistorisch angelegten Arbeiten beleuchtet (Tauchnitz 1999). Ferner fiel der Blick auf den „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ (Stegmüller 1996), in dem die Kassen betriebswirtschaftlich agieren, aber auch als Gestalter von Versorgungsprozessen auftreten (Marstedt 1998). Die Gesamtchau dieser Studien macht bewusst, dass Krankenkassen in *verschiedenen Rollen* agieren: Die Kassen übernehmen ein Verwaltungsmandat und konkurrieren um (Beitrags-)Ressourcen; sie kümmern sich um die (Mit-)Gestaltung des medizinischen Versorgungssystems und auch um die „große Politik“.

Indes wurde der *Organisationscharakter* von Krankenkassen bislang nur selten näher betrachtet – dies gilt auch für die zuletzt stärker verbreiteten betriebswirtschaftlichen Analysen.⁷ Allerdings verweist Oppen (1993) in ihrer Arbeit über Qualitätsmanagementprozesse auf „widersprüchliche Anforderungsstrukturen und Außenwahrnehmung

gen sowie entsprechende Konfliktpotenziale“ (ebd.: 15). Diese müssten universelle Dienstleistungsfunktionen und betriebswirtschaftliche Managementanforderungen miteinander vereinbaren. In ähnlicher Weise zeigt Lenhardt (1999: 61ff.) in seiner Untersuchung über betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen die interne Spannung zwischen ökonomischen Handlungsorientierungen und den „gesundheitspolitischen Gestaltungsansprüchen“ v. a. bei den Fachkräften auf. Organisationale Spannungen werden auch in Arbeiten angesprochen, die die „governance“-Strukturen von Krankenkassen betreffen, so schon bei Bogs (1976) in seiner Studie über „Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung“ oder bei Schnapp (1998). Einschlägig ist schließlich auch die Untersuchung von Niedermeier (2001) über „organisationale Lernprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Niedermeier identifiziert multiple Anpassungsanforderungen und fokussiert in ihrer empirischen Untersuchung Kassenstrategien (und -diskurse) in Gestalt von Einzelverträgen mit Anbietern spezifizierter Versorgungsleistungen. Sie ermittelt dabei organisationsinterne Faktoren (wie etwa Personalstrukturen oder im Management ausgeprägte Deutungsmuster), die die Ausbildung solcher Steuerungsstrategien ermöglichen oder behindern. Organisationaler Wandel wird hier v.a. in der Dimension der vertragspolitischen Aktivierung beschrieben.

Die vorliegende Forschung liefert mithin Anhaltspunkte dafür, dass in Krankenkassen bürokratische und assoziative, zweck- und wertrationale bzw. ökonomische und politische Operationslogiken ohne eindeutige Rangfolge aufeinander treffen.⁸ Krankenkassen sind, so könnte man resümieren, *hybride organisiert*. „Hybride“ bezieht sich hier nicht – wie in der Netzwerktheorie (vgl. Powell 1990) – auf Organisationsgrenzen überschreitende Kooperationen (in Bereichen wie Produktentwicklung, Vermarktung, Ressourcenakquise) und auch nicht um Strukturen „jenseits“ von Vertrag und Organisation“ (Teubner 1992: 190). Vielmehr markiert der Begriff die Prominenz „innerorganisatorischer Verschränkungen verschiedener Logiken und Organisationsprinzipien“ in Verbindung mit einer „Mehrzahl von Zielen“ und pluralen Entscheidungsstrukturen (Evers et al. 2002: 13; ähnlich auch Simsa 2001: 338).

Damit ist indes die *gesellschaftliche „Positionierung“* solcher Organisationen noch nicht hinläng-

⁶ Das Prinzip der Selbstverwaltung besagt, „dass die Versicherten ... neben Leistungsansprüchen auch Mitwirkungsrechte haben“ (Schimanke 1997: 261). Es macht Krankenkassen zu Kandidaten für den „Dritten Sektor“, dem gemeinhin Organisationen zugerechnet werden, die in ihrem operativen Kern selbstverantwortlich agieren, demokratisch gesteuert sind und kein Gewinnziel verfolgen; vgl. Anheier et al. 1997.

⁷ Analysen dieser Art finden sich im Sammelband von Alexander/Rath (2001) sowie bei Curtius (1999) und Haenecke (2001). Sie rekurren auf empirische Befunde, werten diese jedoch im Wesentlichen managementorientiert aus.

⁸ Ähnlich wie dies für freiwillige Vereinigungen oder Wohlfahrtsverbände beschrieben worden ist; vgl. Horch 1995, Olk et al. 1995 oder Heinze et al. 1997.

lich bestimmt. Wesentlich erscheint, dass hybride Strukturen hier eine systematische (was nicht heißt: permanent gleichgewichtig) durchgehaltene *Multi-referenzialität*⁹ zum Ausdruck bringen. In anspruchslosem Rückgriff auf systemtheoretische Terminologie können Krankenkassen als Organisationen begriffen werden, die konstitutiv auf die Logiken mehrerer gesellschaftlicher Teilsysteme bezogen sind und dabei verschiedenartige Umweltreferenzen austarieren bzw. parallel führen (müssen). Im Unterschied etwa zu Wirtschaftsorganisationen dominiert dabei nicht eine spezifische Referenz, der gegenüber andere Referenzen grundsätzlich zweitrangig sind.

Gewiss sind Krankenkassen eng mit dem *politischen System* verwoben; die Leistungen der Kassen werden in hohem Maße politisch normiert, umgekehrt adressieren die Kassen in ihren Kommunikationen vielfach die politische Umwelt. Im Rahmen ihres Steuerungsauftrags sind sie aber zugleich auf das *professionelle System der Medizin* bezogen. Beim Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern oder der Aufstellung von Präventionsprogrammen lassen sie sich von medizinisch-professioneller Expertise leiten. Bei der Organisation des Versicherungsbetriebs beziehen sie sich gleichzeitig auf Mitglieder, die ihre formale „constituency“ darstellen. Die über repräsentative Verbände sichergestellte Mitgliederselbstverwaltung beeinflusst ihre kommunikative Praxis – etwa dann, wenn prominente Wertbindungen wie etwa das Solidarprinzip¹⁰ auf der Ebene des politischen Systems in Anschlag gebracht werden (müssen). Man könnte im Hinblick auf den Mitgliederbezug von einer (selektiven) Bindung an die „Zivilgesellschaft“ bzw. an „Sozialintegrationssysteme“ sprechen.¹¹ Grundsätzlich besteht schließlich schon immer insofern ein Bezug auf das *Wirtschaftssystem*, als die Kassen Beiträge verwalten, Versorgungsleistungen finanzieren und die Wiederherstellung von Arbeitskraft (mit)organisieren. Die Leitreferenz des (Markt-)Wirtschaftssys-

tems (s.u.) blieb operativ allerdings so lange nachrangig, wie die Referenzen der anderen Teilsystemzusammenhänge für den Umgang mit ökonomischen Ressourcen maßgebend waren.

Mit dieser Multireferenzialität sind Krankenkassen aus dem Konglomerat gesellschaftlicher Teilsysteme spezifisch ausdifferenziert und erfüllen gerade dadurch Infrastrukturfunktionen jenseits dieser Teilsysteme. Indem die verschiedenen Referenzen in ein und demselben Organisationskontext miteinander vermittelt werden, entstehen besondere *Kollektivgüter*. Wie diese Vermittlung vonstatten geht, muss gegenstandsspezifisch eruiert werden (s.u.). Die Kollektivguterstellung betrifft v. a. die medizinisch informierte Förderung der Volksgesundheit – im Sinne der Mitgliedergemeinschaft *und* der öffentlichen Hand –, sowie die Umsetzung des Solidarprinzips, die wiederum im staatlichen Auftrag *und* unter kritischer Beteiligung nicht-staatlicher Akteure (der Mitgliederverbände) erfolgt. Letztere manifestiert sich nicht immer öffentlich. Aber allgemein gilt in Deutschland der Kurzschluss zwischen Verbänden und Staat als ein konstitutives Moment sozialpolitischer Steuerung (vgl. etwa Offe 1998) – und bei dieser Steuerung wird auch das Solidarprinzip in seinen Modalitäten verhandelt und ggf. neu arrangiert.

2. Krankenkassen unter Wandlungsdruck: (Implizite) Prognosen der „gesellschaftsbewussten“ Organisationssoziologie

2.1 Veränderungsimpulse im Krankenversicherungswesen ...

Krankenkassen waren lange Zeit staatsnahe Organisationen. Überwiegend hervorgegangen aus freiwilligen Zusammenschlüssen von Arbeitern oder Handwerkern (Hilfskassen) bzw. arbeitgeberseitig eingerichteten Hilfsfonds entwickelten sie sich im Laufe des 20. Jahrhunderts zu quasi-universellen öffentlichen Einrichtungen.¹² Ihre Hauptfunktion war die einer Wohlfahrtsbürokratie: Der Staat legte Ansprüche und Leistungen fest, die Kassen prüften den Bedarf am Einzelfall und zahlten (gegebenenfalls). Dabei blieb das Behördenattribut ein markantes Charakteristikum: Das „Dienstordnungsrecht“ orientierte sich am Beamtenstatus, die

⁹ Das Argument ist auch von einigen mit Organisationen befassten Systemtheoretikern vorgetragen worden (s.u.). Es wird hier allerdings in einem spezifischen Sinne verwendet.

¹⁰ Das Prinzip umfasst die einkommensabhängige Alimentierung eines gemeinsamen Versicherungspools und dessen Verwendung nach Maßgabe des medizinischen Bedarfs.

¹¹ Damit wird an Münch (1997: 95ff.) angeschlossen, der die Existenz solcher Kommunikationssysteme gegen die Vertreter der Systemtheorie Luhmannscher Provenienz – allerdings ohne organisationssoziologischen Bezug – in Anschlag bringt.

¹² Vgl. zu dieser Entwicklung Tauchnitz 1999: 43ff. Dabei löst sich die soziale Differenzierung der Mitgliedschaft (v. a. in Anlehnung an den beruflichen Status der Versicherten) nur langsam auf.

Ablauforganisation war überwiegend staatsbürokratisch ausgerichtet, die Beitragszahler wurden als Verwaltungsobjekte begriffen.¹³ Allerdings wurden den Kassen frühzeitig weitere Aufgaben zugestanden bzw. zugewiesen – teils als Erbe ihrer berufs-korporatistischen Tradition, teils auf Veranlassung der Gesetzgebung. So entfalteten sie Eigeninitiativen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und -aufklärung.¹⁴ Zudem erhielten sie Regulierungskompetenzen im Rahmen der sog. „gemeinsamen Selbstverwaltung“, bei der sie zusammen mit den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen auf Honorarsysteme, Wirtschaftlichkeitskontrollen und Planungsprozesse einwirken.

Nun hat die institutionelle Ordnung des Organisationsfeldes mittlerweile einen gravierenden Umbau erfahren. Verantwortlich dafür sind die seit Anfang der 1990er Jahre vorgenommenen Veränderungen im Kassenwahl- und Vertragsrecht. Seit 1996 können alle Versicherten frei zwischen den verschiedenen Kassen wählen. Die wesentliche Rechtsänderung bestand in der Abschaffung des für Arbeiter geltenden Zuweisungssystems im Bereich der sog. Primärkrankenkassen; symbolisch wurde der Mitgliederwettbewerb aber auch für die restlichen Versichertengruppen aufgewertet.¹⁵ Daraus haben sich offensichtlich eine Reihe von *Veränderungsimpulsen* ergeben. Krankenkassen definieren sich heute als „kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen“ mit eigener „Geschäftspolitik“; es kursieren Personalentwicklungskonzepte aus der gewerblichen Wirtschaft sowie Managementinstrumente der Privatassekuranz („Deckungsbeitragsrechnung“ oder „Mitgliederstrukturpolitik“). In allen größeren Kassen sind Marketingabteilungen und Vertriebsorganisationen aufgebaut worden. Dabei geht es um die Akquise „guter Risiken“: Zwar besteht ein finanzieller Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen, dieser kompensiert indes die Kostenbelastungen durch „schlechte Risiken“ nur unvollständig (u.a. weil er bislang die faktischen Morbiditätsstrukturen nicht abbildet).

Andererseits ermöglicht der neue institutionelle

Rahmen eine Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern – u. a. mit dem Ziel, letztere unter Effizienzdruck zu setzen.¹⁶ Auch daraus resultieren *Veränderungsimpulse*: Ein zentrales Thema wird das „Versorgungsmanagement“ in Gestalt von Einzelverträgen zwischen Kassen und Anbietern an Stelle der lange Zeit dominierenden Kollektivverträge mit regionaler Allgemeinverbindlichkeit. Dabei geht es um „Managed Care“, also um die an betriebswirtschaftlichen Parametern orientierte Rationalisierung von Versorgungsprozessen. Beim Umgang mit Leistungserbringern ist dementsprechend von „Kostensteuerung“ und „Einkaufsmodellen“ die Rede¹⁷; viele auch von Kassenfunktionären propagierte Versorgungskonzepte reflektieren „auf Kostensenkung reduzierte Managementstrategien“ (Niedermeier 2001: 257).

Krankenkassen mutieren offenbar zu „postbürokratischen Organisationen“ (Heckscher 1994), die sowohl ihre internen Prozesse als auch ihre Umweltbeziehungen substanziell verändern. Alles deutet auf die Durchsetzung dessen hin, was im Folgenden als *Marktorientierung* bezeichnet werden soll. Allerdings ist zu prüfen, wie weit diese Marktorientierung tatsächlich greift. Die Organisationssoziologie gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass Worte und Taten in Organisationen häufig weit auseinander klaffen (vgl. etwa Meyer/Rowan 1977 oder Brunsson 1992). Substanzielle Reorientierung vollzieht sich aber nur dann „real“, wenn entsprechend konkrete Strategien nachweisbar sind. Dies wird – weiter unten – anhand einer Fallstudie näher untersucht. Interessant ist aber zunächst, welche Prognosen die „gesellschaftsbewusste“ Organisationssoziologie bezüglich der Auswirkungen der o.g. Veränderungsimpulse aufstellen würde.

2.2 ... und Annahmen der „gesellschaftsbewussten“ Organisationssoziologie

Die „gesellschaftsbewusste“ Organisationssoziologie begründet Annahmen über die Reproduktions-

¹³ Für Arbeiter bestand ein Zuweisungsverfahren, gegenüber den Unternehmen nahmen die Kassen v. a. hoheitliche Kontrollfunktionen (Betriebsprüfungen) wahr.

¹⁴ Tennstedt (1977) verweist auf frühe praktische Initiativen der gewerkschaftlich beeinflussten Kassen(verbände) bei der Errichtung von Genesungsheimen, der Durchführung von Aufklärungsprogrammen oder der Gewährung besonderer Vorsorgeleistungen.

¹⁵ Die im Zuge der Gesundheitsreform 2004 beabsichtigte Ermächtigung der Kassen zum Vertrieb von Privatzusatzversicherungen dürfte diesen Trend noch verstärken.

¹⁶ Auf dieser regulatorischen Ebene wird ebenfalls eine Trendverstärkung erkennbar, auch wenn die Gesundheitsreform 2004 die (zunächst) ambitionierteren Pläne zur Ausweitung der wettbewerblichen Steuerung voraussichtlich nur sehr partiell umsetzt.

¹⁷ Die Idee der Einkaufsmodelle ist, dass Kassen z. B. mit einzelnen Ärzte(gruppe)n Vereinbarungen über spezifische Leistungspakete treffen und dabei die Vergütung an vordefinierte Therapieprofile koppeln.

dynamik von Organisationen – und liefert damit auch die Grundlage für Prognosen bezüglich der Konsequenzen, die aus der Einwirkung der „Markt-orientierung“ auf den Referenzhaushalt infrastrukturell „engagierter“, hybrider Organisationen resultieren. Die folgende Darstellung nimmt zunächst zwei im deutschen Sprachraum prominente Theorieprogramme in den Blick, die gewissermaßen Extrempositionen in Bezug auf die Wirkung entsprechender (marktbezogener) Referenzen markieren. Eine dritte – bislang nur in groben Zügen entwickelte – Theorieperspektive ist diesbezüglich eher unentschieden, formuliert aber Überlegungen zum Prozess des organisationalen Umgangs mit solchen Referenzen. Die Prognosen sind jedoch insofern als implizit zu verstehen, als hybride Organisationen in all diesen Theorieprogrammen kaum Berücksichtigung finden. Anzumerken ist, dass es – v. a. in der internationalen Diskussion – einige weitere mit dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft befasste Theorieangebote gibt, auf deren Rezeption hier allerdings verzichtet werden soll (und kann).¹⁸ Gleiches gilt für Ansätze, die den Gesellschaftsbezug von Organisationen *implizit* – etwa in der Auseinandersetzung mit deren Umwelthanpassungsstrategien oder ihren Lern- und Innovationsfähigkeiten – verhandeln.

Relativ ausführlich beschäftigt sich die *Systemtheorie* Luhmannscher Provenienz mit dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft (vgl. Luhmann 2000). Für Luhmann sind Organisationen „gesellschaftlichen Funktionsbereichen zugeordnet. Sie müssen damit den Primat einer bestimmten Funktion anerkennen“ (Luhmann 1993: 392). Insgesamt besteht die „Annahme einer eindeutigen Zuordnung eines Großteils der Organisationen zu bestimmten Funktionssystemen“ (Kneer 2001: 411; ähnlich auch Schimank 1996: 166) – wobei diese Funktionssysteme (Wissenschaft, Recht, Wirtschaft etc.) gleichrangig koexistieren und auf partikularen Sinnunterscheidungen (Wahr/Unwahr, Recht/Unrecht, Haben/Nicht-Haben etc.) beruhen. Die einzelnen Teilsysteme orientieren sich selbstreferenziell an je einer dieser Unterscheidungen, die Übrigen stellen für sie Fremdreferenzen dar. *Gleichzeitig* wird von Systemtheoretikern darauf verwiesen,

dass Organisationen Sozialsysteme eigener Art seien und sich in spezifischer Weise „reproduzierten“, v.a. über selektive Mitgliederinklusion und Entscheidungskommunikation. Dies impliziere, dass Organisationen die Codes verschiedener Funktionssysteme für eine Systemgrenzen überschreitende Kommunikationen verwenden und in diesem Sinne als Multireferenten agieren könnten – und sogar müssten, denn Organisationen seien auf die Leistungen (von Organisationen) anderer Funktionssysteme angewiesen (vgl. Wehrsig/Tacke 1992). Entsprechend kann Nassehi (2002: 454) auch festhalten, dass Organisationen „*einerseits* die Autopoiesis der Funktionssysteme mitvollziehen, *andererseits* ökonomische, rechtliche, religiöse, wirtschaftliche oder politische Ereignisse und Ereignisketten aufeinander beziehen können“.

Im systemtheoretischen Ansatz greifen hier jedoch bestimmte Stoppregeln: Beschrieben werden Organisationsprozesse, in denen die „fremdreferenziellen Systembezüge konditional oder zweckförmig programmiert und somit in die selbstreferenzielle Sprache der Organisationslogik übersetzt“ werden (Drepper 2003: 200; vgl. auch Bora 2001). Die Semantik dieser Sprache aber folgt dem o.g. „Primat der Funktion“. Implizit wird in der an Luhmann orientierten Systemtheorie unterstellt, dass Organisationen sich – in ihren Entscheidungsprämissen – auf partikuläre teilsystemspezifische Codes festlegen. Spezifische Teilsystemreferenzen werden so gleichsam zum Bestandteil organisationaler *Selbstreferenzialität*. Mehr noch: Organisationen erscheinen als der eigentliche Transmissionsriemen teilsystemspezifischer Selbstreferenz. Sie sind Träger von „Interdependenzunterbrechungen“ (Luhmann 2000: 394ff.), sorgen für eine „Steigerung von Selektionsleistungen“ und „machen in Funktionssystemen den Redundanzfaktor aus“ (Drepper 2003: 45, 211). Das bedeutet de facto, dass Codes aus anderen Teilsystemen als *Fremdreferenz* bearbeitet werden. In Organisationsprogrammen kommen zwar Referenzen aus verschiedenen Teilsystemen vor; sie werden aber letztlich im Sinne der Selbstreferenzialität eines Teilsystems behandelt. Organisationen sind gerade deshalb (in den Worten Schimanks 1996: 169) „Mechanismen, die ihren Mitgliedern die teilsystemischen Programmstrukturen besonders eindrücklich einprägen“.

Nun spielen Organisationen, die gleichrangig mit Codes aus verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft umgehen, im durch Luhmann inspirierten Theorieprogramm keine wesentliche Rolle.¹⁹ Kneer (2001: 410) identifiziert zwar „intermediäre Einheiten, in denen sich die Operationen verschiedener

¹⁸ Erwähnenswert ist die zunächst von Meyer/Rowan (1977) entwickelte, sog. neoinstitutionalistische Perspektive, der zufolge Organisationen ihre Strukturen nach Zuschreibungen aus ihrer gesellschaftlichen Umwelt (scheinbar oder tatsächlich) ausrichten; vgl. Türk 1997. Die Unterstellung solchermaßen *eindimensionaler* Askriptionen kann dem *hybriden* Charakter der fraglichen Organisationen allerdings kaum gerecht werden.

Systeme mischen“. Er bezieht sich dabei aber auf teilsystemübergreifende *Verhandlungsnetzwerke* und nicht auf Infrastrukturleistungen einzelner Organisationen (ähnlich wie Schimank 2001: 33). Am ehesten werden solche Leistungen von (systemtheoretischen) Ansätzen thematisiert, die den gleichzeitigen Einfluss verschieden codierter, nicht-hierarchisierter Umweltbezüge auf den Reproduktionsprozess von *Nonprofit-Organisationen* hervorheben. Die Multireferenzialität bleibt in solchen Ansätzen aber stets auf Teiloperationen begrenzt.²⁰

Dennoch lässt sich im Anschluss an die durch Luhmann inspirierte Systemtheorie – über eine Art Hilfskonstruktion – danach fragen, was mit einem pluralen Referenzhaushalt geschieht, wenn es um die Verarbeitung von als Fremdreferenzen behandelten Orientierungen geht. Für den hiesigen Zusammenhang sind die Referenzen aus dem Wirtschaftssystem von besonderer Bedeutung. Auf den ersten Blick können diese nirgendwo als Fremdreferenzen in Erscheinung treten, ist doch „Wirtschaft“ in der Luhmannschen Theorie für alle Organisation(styp)en ein Zusammenhang, der „das Organisationssystem und dessen Umwelt“ übergreift (Luhmann 1999: 308). Alle Organisationen operieren beispielsweise mit Geldzahlungen. Damit aber sind die für Organisationen des Wirtschaftssystems vorrangigen Relevanzen bzw. dessen Leitreferenz noch nicht spezifiziert. Bedeutsam erscheinen hier der *Markt* als „wirtschaftsinterne Umwelt des Wirtschaftssystems“ (ebd.: 94) und die *durch diesen* geschaffenen Sinn Grenzen. Die Marktoperationen von Wirtschaftsorganisationen unterliegen letztlich keinem anderen Zweck als dem der Verringerung von monetärer Knappheit. Demgegenüber kann außerhalb der auf den Markt fixierten Wirtschaftsunternehmen der organisationale Umgang mit Geld anderen Zwecken untergeordnet sein. Wenn *dort* eine Marktorientierung prominent wird, dann verliert die Fremdreferenz gewissermaßen ihren fremdrefe-

renziellen Charakter – und dies ist im systemtheoretischen Programm nicht vorgesehen.

Aus dem Stand der systemtheoretischen Argumentation ergibt sich deshalb bezüglich der Entwicklung nicht-wirtschaftlicher Organisationen die Prognose, dass Fremdreferenzen – und d.h. hier: *Markt*-Wirtschaftsreferenzen – durch teilsystemgebundene Organisationsprogramme absorbiert werden und keine substanziellen Reorientierungen auslösen. Substanziell meint hier: die Strategien und Praxen einer Organisation werden nicht vorrangig, und auch nicht konkurrierend, durch die Fremdreferenz bestimmt – was periphere Variationen nicht ausschließt.

Dieser Prognose würde aus Sicht einer zweiten mit dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft befassten Theorie ausdrücklich widersprochen werden. In der Tat legen (hier sog.) *neo-subsumtionstheoretische Ansätze*²¹ nahe, dass die Entwicklung funktionaler Differenzierung durch eine klare Hierarchie zwischen teilsystemgebundenen Organisationen bestimmt ist. So sieht Perrow (1996) moderne Gesellschaften durch Formen einer interorganisatorischen Arbeitsteilung geprägt, bei der der Wirtschaftssektor Aufgaben der sozialen Reproduktion an „Sektoren nicht-wirtschaftlicher Organisationen“ delegiert.²² Er unterstellt, dass solche (ebenso wie Wirtschaftsbetriebe) nach den Strukturprinzipien Lohnarbeit und Bürokratie durchrationalisierten Organisationen (mit zunehmender Tendenz) jene Infrastrukturleistungen produzieren, die das Wirtschaftssystem benötigt. Hier zeigt sich ein gesellschaftstheoretischer Anschluss an Weber (1988), der – in seiner Vorstellung von Bürokratien als „Gehäuse der Hörigkeit“ – Organisationen als machtvolles Vehikel einer gesamtgesellschaftlichen Durchsetzung des Prinzips der Zweckrationalität ansah. Für Türk ist damit die Zurichtung nicht-wirtschaftlicher Organisationen im Sinne einer Kapitalverwertungslogik verbunden: Organisationen werden von ihm als „typische Form von Herrschaft in der ‚Moderne‘, genauer: des modernen Kapitalismus“ (Türk 1995: 41) begriffen. Menschliche Tä-

¹⁹ Ausnahmen sieht Luhmann (2000: 398) bei „extravagananten Organisationen“.

²⁰ Zauner (1997: 105, 108) identifiziert Nonprofit-Organisationen „an den Schnittstellen von gesellschaftlichen Teilsystemen“ mit gleichzeitig aufscheinender „Verwaltungsnähe“, „Wirtschaftsnähe“ und „Basisnähe“. Allerdings reduziert er die Spezifik dieser Organisationen auf besondere Formen des Umgangs mit Wissen. Simsa (2001: 308ff.) hebt die Mehr- bzw. Fremdsprachigkeit von Nonprofit-Organisationen hervor; freilich sieht sie diese, sobald sie „harte“ (Dienst-)Leistungen produzieren, wieder unmittelbar an Funktionssysteme (Wirtschaft, soziale Arbeit, Gesundheitswesen) gebunden.

²¹ Von „neo-subsumtionstheoretisch“ kann man insofern sprechen, als hier – verglichen mit den „ergrauten“ Axiomen historisch-materialistischer Theorieorthodoxie – einige „bunte“ Akzente aufscheinen: so etwa der Rekurs auf das Weber'sche Konzept der Vergemeinschaftung zur Beschreibung einer unvollständig rationalisierten Mitgliederinklusion in (kapitalistisch geprägten) Organisationen (Türk 1995: 67ff.).

²² Perrow (1996: 78) erwähnt diesbezüglich „staatliche gemeinnützige Organisationen“, „konfessionelle Gruppen“ und auch „Dienstleistungen des Dritten Sektors“.

tigkeit in Organisationen schlechthin unterliegt einem „herrschaftsförmige(n) organisationale(n) Ko-Operationszusammenhang“, und dies gilt „für jede organisierte Arbeit in der Organisationsgesellschaft“ (ebd.: 91). Insofern stellen Verbände, Vereine, Sozialbürokratien oder Bildungseinrichtungen integrale Bestandteile dieses Ko-Operationszusammenhangs dar.

Grundsätzlich können für Türk in der durch Organisationen realisierten Zusammenarbeit auch Momente assoziativer Handelns – z. B. die Orientierung an Reziprozität (Türk 1995: 66) – zur Geltung kommen, meist allerdings in Gestalt einer sozial schließenden Vergemeinschaftung. Evolutionär machtvoll sind in jedem Falle jene Kräfte, die auf die „Wegrationalisierung“ solcher Momente hinwirken. In Verbänden beispielsweise „verdrängt die Organisationsform zunehmend ... Protest-, Artikulations- und Bewegungsformen der Basis“ (Türk et al. 2002: 135). Referenzen, die – um die obigen Bezeichnungen aufzunehmen – aus sozialintegrativen, politischen oder professionellen Systemzusammenhängen herrühren, stehen unter Subsumtionsdruck. An diese Unterstellung schließt Felder (2001: 117ff.) an, der argumentiert, dass im Zuge fortschreitender, machtbasierter Rationalisierungsprozesse (erwerbs)wirtschaftliche Referenzen das Geschehen in Organisationen mit Infrastrukturfunktionen zunehmend prädeterninieren. Dies führe – auch innerhalb eines Organisationskontextes – zu einer weit gehenden „Entdifferenzierung“ (ebd.: 142) vormals ausdifferenzierter Operationslogiken. So setzte der Einsatz ökonomischer Kennziffern im Handeln von öffentlichen Verwaltungsorganisationen de facto die für deren Programmierung vorgesehenen demokratischen Meinungsbildungsprozesse des politischen Systems außer Kraft; im selben Zug würden „gesellschaftliche Interessen“ (ebd.: 143) – in der oben verwendeten Lesart: Referenzen aus Sozialintegrationssystemen – aus dem Verwaltungshandeln ausgeschlossen.

Aus diesem Theorieprogramm lässt sich mithin die Prognose ableiten, dass institutionelle Veränderungen, die die Marktorientierung in hybriden Organisationen zur Geltung bringen, entsprechende Entdifferenzierungsprozesse auslösen bzw. verstärken. (Herrschaftsvermittelte) Marktorientierung wirkt hier substanzial, sie überformt alle übrigen Referenzen.

Aus den Beiträgen zur „gesellschaftsbewussten“ Organisationssoziologie lässt sich schließlich eine dritte, hier *konstitutionstheoretisch* genannte Perspektive auf den organisationalen Umgang mit – um die systemtheoretische Terminologie wieder

aufzugreifen – Fremdreferenzen herauspräparieren. Das entsprechende Theorieprogramm ist jedoch im Unterschied zu den im Vorhergehenden behandelten Modellen bislang nur ansatzweise paradigmatisch ausformuliert (vgl. Ortman et al. 1997b) und bedarf für die hier verfolgten Zwecke einer spezifischen Lesart.²³ Den Ausgangspunkt bildet die von Giddens (1992) eingeführte Formel der Dualität von Struktur und Handlung, die, wenn man sie auf Organisationen überträgt²⁴, als in der organisationalen Reproduktion angelegter Mechanismus einer permanenten Rekonstitution von Programmstrukturen gefasst werden kann. Pragmatische Strukturationsprozesse, wie sie etwa spezifische Organisationsrollen (z. B. Strategieplanung) oder Lücken (Indifferenzzonen) in der Organisationshierarchie ermöglichen, werden hier zur Grundlage für potenziell kreative Veränderung in und durch Organisationen (Holtgrewe 2000: 75ff.). Dies markiert eine wichtige Differenz zur Verabsolutierung des Disziplinierungseffekts von Organisationen im neo-subsumtionstheoretischen Programm, aber auch zu dem im systemtheoretischen Denken angelegten „Absehen von Akteuren als Handlungsträgern“ (Schimank 2001: 22).

Organisationen aggregieren solche Strukturationsprozesse, sind aber ihrerseits – auch in ihren Umweltbeziehungen – als korporative Akteure potenziell befähigt, „qualitativ höchst verschiedenartige Handlungen ... simultan nebeneinander herlaufen (zu) lassen“ (Geser 1990: 413). Ähnlich wie von Systemtheoretikern beobachtet, agieren sie als Multireferenten, doch anders als in der systemtheoretischen Perspektive sind sie nicht darauf fixiert und auch nicht immer dazu in der Lage, sich in ihren Entscheidungsprozessen auf bestimmte (Selbst- bzw. Teilsystem-)Referenzen festzulegen. Vielmehr können sie sich auf Grund teilsystemexterner Regulationen (Gesetz, Rechtsprechung) dazu veranlasst sehen, Fremdreferenzen zu substanzialen Programmanpassungen zu nutzen. Dabei verbleibt ihnen allerdings die Möglichkeit, Fremd- und Selbst-

²³ Das Programm wird mitunter auch als Möglichkeit der „Integration der Paradigmenvielfalt“ (Ortman et al. 1997a: 21) begriffen; für das Weitere ist aber wesentlich, dass mit den Paradigmen *je spezifische* Prognosen über die Verarbeitung von Fremdreferenzen verbunden sind.

²⁴ Giddens zufolge sorgt die Reproduktion von Strukturen durch menschliches Handeln für die Aktualisierung struktureller Restriktionen, aber auch für neue Möglichkeiten der Strukturgestaltung. Er befasst sich in seiner Sozialtheorie allerdings nur am Rande mit Organisationen bzw. dem Verhältnis von Organisation und Gesellschaft (vgl. dazu auch Ackroyd 2000: 93ff.).

referenzen kreativ zu verknüpfen oder aber parallel orientierungsstiftend – und entsprechend entscheidungsrelevant – werden zu lassen. Der Hintergrund für diese Teilsouveränität besteht u. a. in Potenzialen der „Domänenkontrolle“.²⁵ Diese verhindert jedoch nicht (unbedingt) eine anpassungsbedingte Eingrenzung von selbstreferenzbasierten Programmen bzw. ihrer Reichweite.

In diesem Prozess sind Organisationen nicht nur Reproduzenten, sondern auch Mitgestalter von ihre eigenen Strategien und Praxen regulierenden „supra-organisationalen Strukturen“ (Ortmann et al. 1997b: 327).²⁶ Wesentlich ist, dass auch „organisationale Formen der Realitätsinterpretation und -schaffung ... formend auf das institutionelle Umfeld“ zurückwirken können (Zimmer 2001: 365). Organisationen beteiligen sich also aus dieser Sicht – ähnlich wie dies das neo-subsumtionstheoretische Programm impliziert – immer auch aktiv an der „structuration of society“ (Ackroyd 2000: 89). Im Unterschied zu diesem Programm bezieht sich jedoch diese Gestaltungsleistung nicht nur auf Herrschaftsverhältnisse, sondern auf sämtliche jenseits der Teilsysteme ausgebildeten Regulationen (z. B. ökologische Standards oder Geschlechterrechte). Dabei ist es auch denkbar, dass Organisationen an Regulationen mitwirken, die in ihrem Programmaushalt zu einer Unterordnung von Selbst- unter Fremdreferenzen führen. Das bedeutet nicht, dass die ursprünglich dominanten Referenzen dann keine „Umweltwirkung“ mehr entfalten.²⁷ Vielmehr besteht eine mehrschichtige Interaktion von Organisation und Umwelt. Das Kreativitätspotenzial von Organisationen kann somit stets für Veränderungen im Zusammenspiel gesellschaftlicher Teilsysteme sorgen.

Konstitutionstheoretisch argumentiert verfügen Organisationen also über Potenziale zur kreativen Ver-

knüpfung bzw. Parallelführung von Selbst- und Fremdreferenzen auch gegenüber ihren Umwelten – ohne Vorentscheidung darüber, wie weit sich Fremdreferenzen durchsetzen (können). Es handelt sich insofern eher um eine Prognose bezüglich der *Spielräume*, die für nicht-wirtschaftliche Organisationen beim Umgang mit der Marktorientierung bestehen. Welche Faktoren für deren effektive Verarbeitung den Ausschlag geben, bleibt offen.

3. Fallstudie: Die AOK im Wandel

Im Folgenden sollen Transformationsprozesse im Krankenkassenwesen vor dem Hintergrund der o. g. Veränderungsimpulse empirisch beschrieben werden. Dazu wird auf Befunde einer qualitativen Fallstudie zurückgegriffen, die sich mit jüngeren Entwicklungen im Netzwerk der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) befasst. Bricht man das an die Empirie weiter gereichte Forschungsproblem auf eine einfache Formel hinunter, dann stellt sich die Frage, ob die Strategien und Praxen dieser Organisation(en) im Gefolge des oben umrissenen institutionellen Wandels eine Fortsetzung der „alten“ Infrastrukturfunktion reflektieren oder aber ob die Vermarktlichungsimpulse sich in einer substanziellen Veränderung dieser Strategien und Praxen niederschlagen. Geht es nun um Markterfolg statt um Kollektivgutproduktion?

Die Auswahl des AOK-Systems²⁸ als Untersuchungsobjekt der Fallstudie ist zunächst dem Umstand geschuldet, dass es sich dabei um das – mit mehr als 27 Millionen Versicherten und gut 65.000 Mitarbeitern – noch immer größte operative Netzwerk im deutschen Krankenkassenwesen handelt. Darüber hinaus impliziert der institutionelle Wandel für diese Kassenart einen besonders hohen Veränderungsdruck, ist mit diesem Wandel doch das Ende des (Mitglieder-)Zuweisungssystems und damit eine vergleichsweise markante Umstellung der Wettbewerbsbedingungen verbunden. Schließlich

²⁵ Diese Kontrolle ergibt sich u. a. daraus, dass die Umwelt die Organisation – bzw. ihre Expertise, ihre Legitimation, ihren Apparat – für die Umsetzung von Programmänderungen „braucht“.

²⁶ Dieses Wechselverhältnis wird bei Geser für den Fall wohlfahrtsstaatlich verankerter Verwaltungsträger thematisiert. Diese seien einerseits Empfänger von Politiken bzw. institutionellen Normen, andererseits Subjekte einer „kritischen Evaluation“ (Geser 1990: 414) dieser Normen – und das befähige sie dazu, auf deren Revision hinzuwirken.

²⁷ Zimmer illustriert dies am Beispiel des „New Public Management“ in öffentlichen Verwaltungen. Die Übernahme von Marktwirtschaftsreferenzen diene dort als „Instrument zur Wiederherstellung der eigenen Legitimation“ (2001: 368) – und damit der Abschottung eines Restbereiches an (selbstreferenzieller) organisationaler Autonomie.

²⁸ Das Netzwerk besteht heute aus 17 eigenständigen Regionalkassen (meist auf Bundeslandsebene), die als korporative Mitglieder einem Spitzenverband mit verschiedenen Koordinations-, Moderations- und auch Regulierungsfunktionen angehören. Der Begriff des „Systems“ ist in den Kommunikationsforen der Kassen durchaus geläufig. Er bezeichnet hier das Handlungsfeld einer spezifischen Kassenart. Im Folgenden wird nicht systematisch zwischen Bundes- und Regionalebene differenziert. Die Strategiebildung stimmt überregional vielfach überein, auch wenn die meisten Operationen auf der regionalen Ebene spezifiziert werden.

kann das AOK-System als klassisches Modell der hybriden Organisation Krankenkasse gelten. Es hält (noch immer) Schlüsselstellungen im Verhältnis zu Politik, Medizinsystem und „zivilgesellschaftlicher“ (Verbands-)Umwelt; in vielen Operationsbereichen setzen AOK-Instanzen organisationsfeldübergreifende Standards.

Die Fallstudie, aus der im Weiteren referiert wird, widmete sich der Frage, wie sich das Verhältnis zwischen der (den) AOK und ihren Umwelten angesichts institutioneller (und gesellschaftlicher) Veränderungen wandelt. Die Erhebung setzte an dokumentierten Praxen und Strategien an²⁹ und zielte gleichzeitig darauf, aus den Diskursen von Schnittstellenakteuren (Führungskräfte in Bereichen wie Marketing, Prävention, Vertragspolitik, Public relations) den Prozess der Umorientierung in den Kassen (exemplarisch) zu rekonstruieren. Letzteres erfolgte v.a. durch die Auswertung von (insgesamt 15) Interviews mit Führungskräften des Bundesverbands sowie einer Regionalkasse. Auf der Basis eines grob standardisierten Fragebogens wurden die Befragten u. a. um Einschätzungen darüber gebeten, wie sich ihre Tätigkeit vor dem Hintergrund des institutionellen und organisationalen Wandels gestaltet und wie sie diesen Wandel wahrnehmen. Die qualitative Analyse des erhobenen Materials ermittelte u. a. die (re-)orientierungsrelevanten Sinnstrukturen. Die Untersuchung blieb insofern explorativ, als der effektive Impact von Praxen und Diskursen nicht erforscht wurde.

An dieser Stelle können das Vorgehen und die Befunde der Studie nur ausschnittartig reproduziert werden.³⁰ Dies erfolgt in zwei Schritten: Zunächst werden konkrete empirische Anhaltspunkte zu dem Zweck versammelt, die AOK – die bisherigen Ausführungen konkretisierend – als infrastrukturbildende, hybride Organisation unter Marktdruck auszuweisen (3.1 und 3.2). Der Kern der Rekonstruktion besteht dann aus illustrativen Beispielen für den Umgang der AOK mit diesem Marktdruck, und zwar in den Bereichen Mitgliederwettbewerb und ökonomische Rationalisierung (3.3). Dabei dient der Sinnzusammenhang in der diskursiven

Strategiebegründung durch Führungskräfte als Ausgangspunkt für die Beobachtung konkreter Organisationspraktiken. Abschließend werden Schlussfolgerungen gezogen (3.4).

3.1 Mitglieder, Medizin, Ministerien ...

Die AOK stellt sich von ihrem allgemeinen Profil als „klassische“ Organisation mit Infrastrukturfunktionen dar. Formal sind die *Mitglieder* – als Versicherte bzw. Beitragszahler – Auftraggeber einer von verbandlichen Repräsentanten (Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen) kontrollierten Selbstverwaltung. Vor diesem Hintergrund kann sich die AOK in ihrer Selbstdarstellung als „Anwalt von Patienten und Versicherten“ („Bilanz 1998/1999“: 68f.) präsentieren. Gewiss beschränkt sich die persönliche Mitbestimmung der Mitglieder auf die Beteiligung an den sog. Sozialwahlen; diese werden zudem in den meisten Ortskrankenkassen ausgesetzt, weil sich die Selbstverwaltung einvernehmlich auf Mandatsverlängerungen einigt. Doch auf dem Umweg über repräsentative Vereinigungen können Mitgliederbelange in der Kasse durchaus zur Geltung gelangen. So setzen Gewerkschaftsvertreter in den Verwaltungsgremien der AOK zumindest teilweise die Beschlusslage ihrer Verbände um: In der Vergangenheit blockierten sie beispielsweise Pläne zur Einführung der Beitragsrückerstattung oder zur Einschränkung der freien Arztwahl. Die Wirtschaftsvertreter forderten u. a., die AOK möge sich für ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge verwenden. Die Kompromisslinie zwischen solchen Positionen besteht darin, sich auf die (beitragsstabilisierende) Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu konzentrieren. In solchen internen Aushandlungen manifestiert sich mithin ein assoziativer Organisationscharakter, mit dem eine Referenz auf spezifische „Sozialintegrationssysteme“ einher geht.

Von dieser Grundlage aus bezieht sich die AOK operativ zugleich auf das *professionelle Medizinsystem*. Dessen Referenzen kommen ins Spiel, wenn es um die universelle Wahrung von Versorgungsstandards, z. B. bei der Zulassung bestimmter Leistungserbringer, oder um die Realisierung von Präventionsprogrammen geht. Sie betreffen ferner die Verhandlungsprozesse der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“ – etwa in den mit Ärzten- und Kassenvertretern besetzten Bundesausschüssen, die u. a. für die Erstellung von Behandlungsleitlinien zuständig sind. In solchen Gremien ist die AOK häufig federführend. Schließlich erarbeiten die Kassen In-

²⁹ Die entsprechende Analyse gründete auf der Beobachtung von Fachtagungen sowie einer umfangreichen Dokumentenanalyse, die mehrere Regionalkassen einschloss. Ausgewertet wurden Organisationsdokumente wie Tätigkeits- bzw. Geschäftsberichte, verschiedene Serienpublikationen (für Funktionäre, Mitarbeiter, Mitglieder etc.), interne Unterlagen (Sachstandsberichte, Jahresplanungen, Protokolle) sowie Presseschauen.

³⁰ Eine ausführliche Darstellung findet sich in Bode 2002a.

strumente, mit denen sie die Versorgungsqualität fachlich evaluieren und optimieren wollen (z. B. Software für die Auswertung von Arzneimittelverordnungen oder Programme der „integrativen Versorgung“). Solche Instrumente sind in größerem Maßstab praxisrelevant geworden, etwa im Rahmen von Pilotprojekten zum Aufbau von Versorgungsprogrammen für chronisch Kranke (z. B. Diabetiker). Unter Verweis auf solche Initiativen definiert sich die AOK dann auch als „Qualitätspartner“ der Gesundheitsprofession.³¹

Die mit den beiden zuvor genannten Referenzen verbundenen Orientierungen adressieren die Ortskrankenkassen auch an das *politische System*. Ihr Netzwerk fordert, dass sich die Entwicklung des Gesundheitswesens im Rahmen eines „Solidarsystems“ vollzieht, welches einen „allein vom gesundheitlichen Bedarf und nicht von den ökonomischen Möglichkeiten des Einzelnen abhängigen Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung“ ermöglicht; erwartet wird ferner „eine Mittelaufbringung, die sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit von Versicherten und Arbeitgebern orientiert“.³² Dazu soll v. a. der Risikostrukturausgleich beitragen. Die AOK operiert mithin in einer spezifischen sozialpolitischen Logik. Ihre Stellungnahmen bleiben dabei nicht nur auf der Ebene von Deklarationen: Vielmehr konferieren Funktionäre der Kasse im Regulierungsalltag der Gesundheitspolitik regelmäßig mit Ministerialbeamten und Parteipolitikern. Dabei kommt es nicht selten zu einem „Personalaustausch“ und zu inhaltlichen Abstimmungen im Vorfeld gesetzlicher oder ministerialbürokratischer Maßnahmen. Die politische Ausrichtung der Organisation wird auch nach außen kommuniziert: In ihrer Öffentlichkeitsarbeit äußert sich die AOK zu Problemen der Volksgesundheit oder zu Fehlentwicklungen im Versorgungssystem, zu Behandlungsmängeln und Abrechnungsbetrügereien.³³ Gerade hier inszeniert sie sich als „Gesund-

heitskasse“, die nicht nur die Belange der Versicherten, sondern auch das Gemeinwohl treuhänderisch verwaltet.

3.2 ... und der Markt

Jüngere Entwicklungen im AOK-System zeigen zugleich, wie sich der oben skizzierte institutionelle Wandel – also: die Einführung einer Wettbewerbsordnung – in dessen verschiedenen Operationsfeldern niederschlägt. Auffällig sind zunächst innerorganisatorische Maßnahmen, die häufig im Rekurs auf gewerbliche Unternehmensberatungen implementiert wurden. Beispielsweise gibt es in den Landeskassen für mehrere Führungsebenen mit Geld hinterlegte Zielvereinbarungen auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kennziffern.³⁴ Zugleich werden Veränderungen in den Außenbeziehungen erkennbar. Das betrifft zunächst die *Mitglieder*. Die AOK sucht vermehrt den aktiven Zugang auf potenzielle oder abwanderungswillige Versicherte und bewirbt dabei offensiv partikuläre Organisationsleistungen. So versteht sich der „Geschäftsbereich Markt“ im AOK-Bundesverband als „eine komplette Marketingabteilung, mit allen Bereichen – der Marktforschung, Mitgliederentwicklung, Kommunikation“ (in den Worten eines Abteilungsleiters). Der Bundesverband organisiert – z. T. in Kooperation mit der gewerblichen Wirtschaft³⁵ – Werbekampagnen, arbeitet an Vertriebskonzepten und koordiniert Marktforschungsaktivitäten (z. B. „Kundenzufriedenheitsbefragungen“). Ziel ist – wie es in einem Aktionsplan des Geschäftsbereichs heißt – „das Markenkapital ‚Gesundheitskasse‘ zu stärken und dabei attraktive Angebote „für die moderne Mitte“ zu erschließen. Werbung, Vertrieb und Haltearbeit der Einzelkassen konzentrieren sich auf „Versichertengruppen ..., die ... einen

(Auflage: 16,5 Millionen). Hinzu kommt die Monatszeitschrift „Gesundheit & Gesellschaft“, die sich an „Entscheider“ im Gesundheitswesen richtet (Auflage: 9.000 Exemplare). Die Landeskassen verfügen über PR-Abteilungen, die ein Medien-Monitoring betreiben und gesundheitspolitische Informationen veröffentlichen. Die AOK organisiert zudem Diskussionsveranstaltungen, über die die Medien ausführlich berichten.

³⁴ Das am Beamtenstatus orientierte Dienstordnungsrecht gilt seit Mitte der 1980er Jahre für neuingestellte Mitarbeiter nicht mehr. Die Krankenkassen haben eigene Tarifverträge, die sich an den Bundesangestelltentarif anlehnen, aber vergleichsweise offen sind für leistungs- bzw. ergebnisbezogene Vergütungen.

³⁵ Z. B. Anbieter von Pflegeprodukten oder Sportartikelhersteller, aber auch kommerzielle Musiksender.

³¹ So die Formulierung des Vorstandsmitglieds einer Landeskasse („AOK Praxis“ Hessen 4/2000: 3).

³² Zitat aus einem vom Verwaltungsrat des Bundesverbandes verabschiedeten Positionspapier zur nächsten Stufe der Gesundheitsreform („Gesundheit & Gesellschaft“ Sonderdruck 5/2002: 4). Wahlleistungen eröffnen „guten Risiken“ die Option, ihren Beitrag zur Solidargemeinschaft durch eine Verminderung des kontrahierten Versicherungsumfangs zu reduzieren.

³³ Die AOK investiert stark in „public relations“. Der Bundesverband unterhält eine Pressestelle sowie einen Fax- und Maildienst, der die Landeskassen mit offiziellen Sprachregelungen ausstattet. Die AOK-Mitgliederzeitschrift bildet das auflagenstärkste Printmedium Europas

durchweg positiven Deckungsbeitragssatz mit sich bringen.³⁶ Alle Ortskrankenkassen unterhalten mittlerweile eigene Vertriebsorganisationen (mit insgesamt 6.000 Mitarbeitern), in begrenztem Umfang werden auch Vermittlungsprämien gezahlt. Sie entwickeln ferner sog. „on-top“-Angebote jenseits des gesetzlichen Leistungskatalogs, die sich zum Teil an den Interessen gesundheitsbewusster, und d.h. in der Regel: wirtschaftlich besser gestellte Klientele, orientieren.³⁷ In die gleiche Richtung weist das neuerdings im gesamten AOK-System aufgelegte (an ein Call-Center ausgelagerte) Angebot zur medizinischen Patientenberatung am Telefon. Kurzum: Die gesetzliche Krankenversicherung wird zum Produkt für wählerische Kunden, deren wirtschaftlicher Netto-Input (als Saldo von Beitrag und Leistungsausgaben) zu einer wichtigen Orientierungsgröße.

Was die Beziehungen der Kassen zu den *Leistungserbringern* betrifft, so werden diese zunehmend (expressis verbis) als „Geschäftspartner“ begriffen. Dort, wo dies rechtlich möglich ist, haben einzelne Landeskassen exklusive Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern abgeschlossen. Das gilt zunächst für die Hilfsmittelversorgung, für die die Kassen je spezifische „Lieferverträge“ aushandeln. Ferner betrifft es einzelne Modellvorhaben: So vereinbarte die AOK auf Länderebene sog. Komplexpauschalen mit Spezialkliniken, die den Kassen Rabatte und den Kliniken höhere Fallzahlen bescherten.³⁸ Außerdem kam es zu Verträgen mit Leistungserbringern (z.B. Herzzentren), die sich der AOK gegenüber auf eine Garantieübernahme für ihre Leistungen verpflichteten. Marktorientiert agiert die Organisation auch dort, wo sie Anbieter über Leistungsvergleiche – nach dem Motto: „Gleicher Preis für gleiche Leistung“³⁹ – unter Effizienzdruck setzt. Die Kassen sind zunehmend bestrebt, Indifferenzonen im Leistungsvollzug der Anbieter zu kontrollieren: So werden deren Rechnungen sys-

tematisch daraufhin geprüft, ob die darin aufgeführten Leistungen im Rahmen des überregional durchschnittlichen Behandlungsaufwands bleiben; ist dies nicht der Fall, fordern die Kassen Korrekturen.⁴⁰ Fazit: Die Beziehungen zum medizinischen System orientieren sich stärker an ihrem (messbaren) wirtschaftlichen Ertrag.

Auch in den *politischen Diskursen* werden Marktbezüge prominent. „Wettbewerb als Chance für das Solidarsystem“⁴¹, so lautet das seit Mitte der 1990er Jahre in unterschiedlichen Versionen vertretene Credo des AOK-Systems. Das Netzwerk unterstützt den Mitgliederwettbewerb, fordert aber darüber hinaus – im Sinne der oben dargestellten „Geschäftspartner“-Strategie – mehr wettbewerbliche Strukturen auf der Seite der Leistungsanbieter sowie erweiterte Qualitätskontrollkompetenzen der Kassen. Die Kassen sollen das Instrument der Einzelverträge mit Leistungserbringern flächendeckend einsetzen dürfen und dazu autorisiert werden, ihren Versicherten durch anbieterbezogene Qualitätsinformationen „Markttransparenz“ zu verschaffen. Auch die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit ist von der Marktsemantik geprägt. In „Geschäftsberichten“ (sic!) der Landeskassen, in den alljährlichen „Bilanzen“ des Bundesverbands und in den AOK-Zeitschriften geht es immer *auch* um die Selbstdarstellung als wettbewerblich ausgerichteter Akteur. Das PR-Modell einer großen Landeskasse ist dafür symptomatisch: Die „Gesundheitskasse“ soll kommunikationsstrategisch als „große aktive Gemeinschaft und Marktführer“ sowie „modernes, sympathisches Dienstleistungsunternehmen“ präsentiert werden⁴² – kurz: in der Sprache der Marktökonomie.

3.3 Die Vermittlung der Referenzen

Mitglieder, Medizin und Ministerien und – gleichsam quer liegend dazu – „der Markt“ sind gegenwärtig im AOK-System parallel geführte Umweltreferenzen. Diese Referenzen sind teilweise Gegenstand einer Arbeitsteilung zwischen den unmittelbar „marktnahen“ Funktionen auf der regionalen Ebene einerseits und „sozialpolitischen“ Funktionen auf Bundesebene andererseits. Teilwei-

³⁶ So die Aussage eines Vertriebsmanagers einer AOK-Landeskasse. Einzelne Feldstudien (z.B. Haenecke 2001: 235ff.) sowie die Berichte von Prüfbehörden (Landes- und Bundesversicherungsamt) zeigen, dass diese Strategie bei sämtlichen gesetzlichen Kassen nachzuweisen ist.

³⁷ Dazu gehören Angebote wie Akupunktur, Neugeborenen-Screening, Hautchecks etc. Vgl. die Aufstellung solcher Leistungen in „Finanztest“ (1/2002: 19/21).

³⁸ Vergleichbare Modellvorhaben gab es auch in der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie, für die ambulante Rehabilitation oder bei der Einrichtung von Ärztenetzen.

³⁹ So der Titel eines Interviews mit dem Verwaltungsratsvorsitzenden einer Landeskasse (für das AOK-Journal „Gesundheit & Gesellschaft“ 4/2002: 12).

⁴⁰ Solche Korrekturen konnten in der Vergangenheit etwa bei der (Neu-)Verhandlung von Klinikbudgets vorgenommen werden. Vgl. zu dieser Praxis auch die auf den stationären Sektor bezogenen Erläuterungen weiter unten.

⁴¹ So lautet der Titel des o.g. Positionspapiers des AOK-Bundesverbands (April 2002).

⁴² Zitiert aus einem Handbuch der Kasse.

se kommen sie aber auch auf derselben operativen Ebene zur Geltung. Hier ist nun zu fragen, ob und wie die verschiedenen Referenzen im Organisationszusammenhang der AOK integriert werden, und was daraus für deren Kollektivgüterproduktion folgt.

Im Folgenden soll anhand zweier Beispiele gezeigt werden, inwieweit die Organisation in Kernbereichen ihres organisationalen Handelns Marktorientierung und Multireferenzialität miteinander in Einklang zu bringen versucht. Die Beispiele betreffen einerseits die Beziehung zu (potenziellen) Mitgliedern, andererseits die Rationalisierung von Versorgungsprozessen. Die Aussagen wurden in den o.g. Interviews erhoben. Sie können an dieser Stelle die Befunde über Sinnstrukturen im Strategiefindungsprozess auf der Ebene leitender Organisationsakteure nur plausibilisieren. Ihre Nutzung im Rahmen dieses Beitrags reflektiert dabei den Erkenntnisprozess in der Fallstudie: Diese richtete sich auf Organisationsstrategien und deren Sinnkontext; Organisationspraxen konnten somit als Ausdruck (oder Kontrapunkt) dieser Strategien betrachtet werden. Dabei wird hier darauf verzichtet, die folgenden Diskurspassagen daraufhin zu prüfen, inwiefern sich in ihnen auch die je spezifischen Organisationsrollen der Befragten widerspiegeln. Betrachtet wird zunächst der *Mitgliederwettbewerb*, und hier zunächst der Diskurs zweier leitender Organisationsfunktionäre.

(So) „verkaufen wir unsere klassischen Leistungen jetzt wesentlich intensiver. Ein anderer, der es moralischer sieht, der würde vielleicht sagen: Wir klären unsere Kunden und die Öffentlichkeit besser auf, was sie denn bei uns in Anspruch nehmen können. Wir haben im letzten Jahr ... für solche Themen geworben, wie das Asthma-Zentrum für Kinder oder das Nieren-Screening für Kinder. Eine Sache, wo die einen sagen: Na gut, ihr klärt eure Kunden auf, was die alles kriegen können, und die anderen sagen: Ja, ihr macht damit nur Werbung. Ja gut, okay, es ist auch Werbung und es ist auch Aufklärung. Und da kann ich einen Zusammenhang herstellen: Imagewerte steigen.“

„In dem Moment, wo Sie bei den Rentnern anfangen zu sparen oder Sie gehen da einen restriktiven Weg, das wird sehr schnell transportiert, die haben auch Kinder, die haben Enkel, und da wird ein Bild von der AOK transportiert, wo da genau das rauskommt: Spar-Kasse. (...) Wir konzentrieren uns natürlich, oder wir müssen darauf achten: Wie wirkt sich das aus auf dem Markt, ... wir wollen ja ganz bestimmte Gruppen ansprechen und halten. Und deren Bedürfnisse stehen erst mal an erster Stelle – was nicht im Umkehrschluss heißt, alle anderen sind uns natürlich egal. Wir gucken halt nur, die Botschaften, die wir nach draußen geben, da achten wir eben drauf, wie kommt das bei dieser besagten Zielgruppe an.“

Die Aussagen deuten auf zwei Strategiemomente: Einerseits sollen die Kassen als *Marktakteure* auftreten. Es gilt, spezifische Vorsorgeangebote an (potenzielle) Mitglieder heranzutragen, weil die Organisation dadurch positiv bewertet und marktgängiger wird. Das Produkt Krankenversicherung beinhaltet andererseits ein universelles Qualitätsversprechen: Geworben wird mit der Formel: „Qualität für alle bzw. in allen Lebenslagen“. Der Gemeinwohlaufrag scheint mit dieser Formel kompatibel bzw. fließt in sie ein. Zugleich wird argumentiert, dass der Eindruck der Risikoselektion (durch eine spärliche Versorgung von Rentnern) im Interesse der Marktgängigkeit des Produkts Krankenversicherung vermieden werden müsse. Opportun sei es, bestimmte (wirtschaftlich attraktive) Zielgruppen mit besonderem Aufwand *zusätzlich* anzusprechen. Die Grenzen zwischen universellem Versorgungsversprechen – das sich aus der Referenz zu relevanten „*Sozialintegrationssystemen*“ und zum *politischen System* ergibt – und selektiver Mitgliederwerbung bleiben unscharf, marktgängig ist sowohl das eine wie das andere.

Wie sieht die Praxis des Marktauftritts aus? Die exemplarische Analyse der Marketinginstrumente einer Landes-AOK zeigt einerseits Tendenzen zur selektiven Mitgliederwerbung. Besserverdienenden Mitgliedern werden kleinere zusätzliche Serviceleistungen (wie z. B. Info-Letter) angeboten. Viele Werbetreibenden – z. B. jene, die „extravagante“ on-top-Angebote (wie das Nieren-Screening von Neugeborenen oder Akupunktur) betreffen – richten sich an höher gebildete Zielgruppen mit günstiger Risikostruktur. Besonders intensive Anstrengungen werden bei der Anwerbung von Studierenden unternommen. Andererseits moderieren Mitarbeiter der Kasse Unterrichtsstunden in berufsbildenden Schulen und werben damit um die Gesamtheit der (jungen) Mitgliederklientel. Die Kasse unterstützt zudem den vom Bundesverband – in Kooperation mit einem größeren Fernsehender – medienwirksam ausgerichteten Preiswettbewerb um Musikstücke, deren Texte sich mit volksgesundheitlichen Problemen (Gewalt, Drogen) befassen. Ihre Kampagnen zur Gesundheitsaufklärung greifen Kreislauf- und Allergiejprobleme auf; die „public relations“ thematisieren zudem AOK-spezifische Therapieangebote in der Schlaganfallversorgung – hier werden eher „schlechte Risiken“ adressiert. Das Markenzeichen der AOK – verkörpert im Label der „Gesundheitskasse“ – ist also immer *auch* assoziierbar mit einem bedarfsorientierten bzw. universalistischen Versorgungsversprechen, das durch praktische Anstrengungen im Bereich

von Aufklärung und Vorsorge gleichsam substanzialisiert wird.⁴³ Die Organisation bedient auf diese Weise einen Markt für nachhaltige Vertrauensgüter, auf dem immer auch andere als Preisparameter über Kassenein- und -austritt entscheiden (sollen). Sie sucht einen Marketingkorridor, der wettbewerbsorientiert ist, aber das universelle Versorgungsversprechen nicht verletzt. Die Multireferenzialität, wie sie durch den Bezug zu Sozialintegrationssystemen und zum politischen System gegeben ist, wird hier also in die Marktorientierung gleichsam eingebettet.

Ein ähnliches Verarbeitungsmuster zeigt sich bei einem zweiten Thema: die *Rationalisierung des Versorgungsprozesses*. Auch hier informieren Zitate von zwei Funktionären über gegenwärtige Strategieperspektiven:

Wir „gucken, welche Möglichkeiten wir haben mit den Krankenhäusern, Kosten zu reduzieren oder Verhandlungsbereiche zu optimieren (...). Also ich beschäftige mich seit mehreren Wochen ... mit der Kostensteuerung psychiatrischer Patienten, in der ersten Linie, um mit diesen Kliniken, die durchschnittliche Verweildauern haben, die von Klinik zu Klinik teilweise 50 Tage Unterschied haben. Da muss ich mir eben die Frage der Qualität stellen, ob ich einen Patient wirklich beschneide [wenn die Verweildauer verkürzt wird, d. Verf.] .., oder ob ich ihm nicht auch gut tue. Es gibt auch die Diagnose, Hospitalismus, dass man eben in einer Klinik leben muss, weil niemand sich darum kümmert, dass man da rauskommt.“

„Die Qualität leidet auch darunter, dass es zu viele Anbieter gibt und dass das Anbieterverhalten völlig unstrukturiert ist, dass so unter den Stichworten Therapiefreiheit und Niederlassungsfreiheit und Dominanz der Ärztesprofession in diesem System eigentlich jeder machen kann, was er will. Meine persönliche Auffassung ist schon, dass wir ganz erhebliche Qualitätsdefizite haben, und dass es auch so was gibt wie Ansätze einer ungesteuerten Rationierung in dem System. Aber ... wir drücken uns vor der Kapazitätsfrage, wir drücken uns vor der Frage von, im weitesten Sinne, Leitlinien zur Steuerung der Versorgungsprozesse; wir drücken uns vor der Frage, wer kontrolliert die Qualität.“

Die erste Aussage beschreibt die Strategie, kostspielige Versorgungsleistungen im stationären Sektor zu reduzieren und auf diese Weise Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dabei kommt eine „Marktvergleichslogik“ zur Anwendung. Es wird aber davon ausgegangen, dass damit *gleichzeitig* ein

Zuwachs an Qualität – konkretisiert im Sinne des Wohlbefindens hospitalisierter Patienten – verbunden ist. Die Erfolgsformel lautet: Mehr Qualität *und* mehr Wirtschaftlichkeit. Argumentiert wird hier also zugleich in einer Logik des *medizinisch-professionellen Systems*. Im zweiten Zitat wird eingeräumt, dass unter den gegebenen Bedingungen Qualitätsprobleme auftreten. Unterstellt wird aber, dass diese sich durch eine rationalere Steuerung beheben ließen. Auch hier wird also ein Positivsummenspiel anvisiert. Beide Argumente werden – mit Bezug auf das *politische System* – im Stile eines Treuhänders vorgetragen: Der Duktus deutet auf eine implizit (auch) den Kassen zugewiesene Gesamtverantwortung für die Gesundheitsversorgung. Die Problemdiagnose im Hinblick auf stationäre Anbieter wie auch die auf die gesamten Versorgungsstrukturen bezogene Defizitanalyse verweisen auf eine von den Kassen (mit) zu bearbeitende Reformagenda.

Wie verhält sich die Kassenpraxis dazu? Die näher untersuchte Landeskasse arbeitet mit sog. Kostensteuerungsprogrammen, mit denen sie im stationären Sektor Behandlungsprozesse beschleunigen und Redundanzen im Versorgungsablauf bekämpfen will. Sie prüft v. a., ob sich im Verhältnis von Indikationen, Diagnosen und Behandlungen Unregelmäßigkeiten (z. B. Verzögerungen) ermitteln lassen. Es geht um eine fallbezogene, an „Benchmarks“ orientierte Kontrolle des Passungsverhältnisses zwischen Diagnose- und Therapiedokumentationen einerseits und Abrechnungsregeln andererseits. Die „Benchmarks“ stehen dabei für „ordentliche“ Durchschnittsqualität. Was die Verbindung von Wirtschaftlichkeit und Qualität betrifft, so sind ferner jene Projekte aufschlussreich, die die Kasse seit Anfang der 1990er Jahre als Pilotprogramme durchgeführt hat. So förderte sie ein Projekt zur erweiterten hausärztlichen Versorgung chronisch Kranker in der Erwartung, dass dadurch komplexere therapeutische Interventionen überflüssig werden.⁴⁴ Das Vorhaben, das die AOK ausgiebig in diversen gesundheitspolitischen Foren präsentierte, diente u. a. zur Vorbereitung für einen „Einkauf“ spezifischer Versorgungsleistungen bei ausgewählten Arztgruppen.⁴⁵ Es wurde allerdings in seiner ursprünglichen Form abgebrochen, weil – wie der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands auf einer

⁴³ In die gleiche Richtung weisen Initiativen in anderen Bereichen des AOK-Systems: Werbespots im Fernsehen zeigen Schwerbehinderte, denen durch umfassende Versorgungsleistungen der Kasse geholfen worden ist. Andere Landeskassen präsentieren Randgruppenangebote, z. B. für Eltern schwerstkranker Kinder, als Werbeargument.

⁴⁴ Dabei setzte sie u. a. eigene Pflegefachkräfte ein, die durch regelmäßigen Kontakt zu den Patienten deren „compliance“ erhöhen sollten.

⁴⁵ Seit dem Frühjahr 2003 gibt es einen entsprechenden Vertrag mit einem Hausärzterverband.

Expertentagung erläuterte – es sich nicht gerechnet habe.

Hier wie auch in anderen Fällen hat die AOK Steuerungskonzepte entworfen, pilotiert und politisch propagiert, die Leistungsanbieter unter Wettbewerbsdruck setzen und gleichzeitig Fehl- oder Unterversorgungsprobleme ausräumen sollen. Das hatte im Übrigen auch institutionelle Konsequenzen: Die Pilotprojekte waren Vorläufer der mittlerweile gesetzlich geförderten sog. „Disease Management“-Programme, in denen bestimmte Leistungsanbieter von den Krankenkassen einen gesondert honorierten und inhaltlich konkretisierten Versorgungsauftrag für chronisch Kranke erhalten. Die AOK verfolgt hier also ein Rationalisierungsprogramm, das auf die Senkung von Kosten mittels der Anwendung von Marktinstrumenten setzt und gleichzeitig professionelle wie (sozial-)politische Standards wahren soll.

3.4 Marktorientierung versus Multireferenzialität?

In der Fallstudie wird ein spezifisches organisationales Verarbeitungsmuster bei der Referenzverschiebung hin zur Marktlogik erkennbar. Die AOK sucht Korridore, in denen sie die zwischen den Operationslogiken entstehenden Spannungen entweder durch „Doppelstrategien“ stilllegen oder zu Lasten der Einkommen von Leistungsanbietern entschärfen kann. Die Analyse zeigt, wie die Organisation bzw. ihr Netzwerk strategisch und praktisch daraufhin arbeitet, die Multireferenzialität trotz Marktorientierung zu erhalten.

Die Infrastrukturfunktion bleibt Teil des Organisationsprogramms, aber die Multireferenz muss nun durch den „Filter“ der Marktorientierung. Die AOK rekonfiguriert die Kollektivgutproduktion so, dass diese dem Markterfolg unter den gegebenen institutionellen Bedingungen nicht im Wege steht. Dazu dienen Kommunikationskampagnen, die neben der zielgruppenspezifischen (partikularen) auch die allgemeine (universalistische) Leistungskompetenz in Anschlag bringen. Je nach dem, wie gut eine (teurere) universalistische Kompetenz als Werbeargument greift, entspannt sich der Druck auf das Kollektivgut „sozialer Ausgleich“. In die gleiche Richtung weisen jene Rationalisierungsprogramme, die auf Positivsummenspiele – also: mehr Wirtschaftlichkeit *und* mehr nachhaltige Qualität – abzielen. Die Programme suchen Markterfolg durch verbesserte „Volksgesundheit“ – insofern sie reüssieren, reproduzieren auch sie ein Kollektivgut. Die Transformation des Kassenhandelns impliziert

insofern eine *Bestätigung der Infrastrukturfunktion*, zumal die organisationalen Aktivitäten immer *auch* Impulse zur Neugestaltung des – letztlich für die Reichweite der Infrastrukturfunktion wesentlichen – institutionellen Rahmens der Kassenmedizin durch die Politik liefern. Zumindest spricht vieles dafür, dass bestimmte sozialrechtliche Neuerungen – wie die gesetzliche Förderung der o.g. „Disease Management“-Programme zu Gunsten chronisch Kranker – erst durch mit praktischen Erfahrungen untermauerte politische Kommunikationen der AOK (und anderer gesetzlicher Kassen) auf den Weg gebracht wurden.

Es wird also erkennbar, wie die „alten“ Referenzen mit der „neuen“ (bzw. Fremd-)Referenz Markterfolg in neuartiger Weise *produktiv vermittelt* werden (sollen): nämlich durch kreative Investitionen in Synergieeffekte. Dennoch bleibt bezüglich der Kollektivgüterproduktion nicht alles beim Alten. Dadurch, dass nun sämtliche Referenzen das „Nadelöhr“ der Marktorientierung passieren müssen, erfolgt eine *Relevanzverschiebung hin zum „Marktökonomischen“*: Durch Risikoselektion wird das Solidarprinzip unterlaufen, auch wenn der imageorientierte Marktauftritt immer auch jene universalistischen Referenzen aktualisiert, die aus der Beziehung zu „Sozialintegrationssystemen“ sowie dem politischen System herrühren. Und die „public health“-Orientierung, die aus dem Bezug zum professionell-medizinischen System resultiert, droht dann ausgehebelt zu werden, wenn das o.g. Positivsummenspiel misslingt (also mehr Qualität auch mehr Kosten verursacht).⁴⁶ Es geht nun insgesamt weniger eindeutig um die Förderung des „sozialen Ausgleichs“; die Energien der Organisation werden vielmehr stärker (als früher) darauf verwendet, „gute Risiken“ zu bedienen. Ferner werden Qualitätssteigerungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung vornehmlich (nur noch) dort gesucht, wo sich kurzfristige (betriebliche) Kosten-Nutzen-Relation optimieren lassen. Es entstehen neuartige Zielkonflikte (sozialer Ausgleich oder Kassenbestandserhalt; mehr Volksgesundheit oder billigere Krankheitsversorgung), und die Kollektivgüterproduktion bewegt sich in Richtung eines „status quo minus“.

⁴⁶ Über den realen „Impact“ dieser Strategie besteht wenig Klarheit. Was etwa die Kostensteuerung im Kliniksektor betrifft, so behaupten die Kassen, dass ihre Maßnahmen ausschließlich Auslastungsstrategien der Leistungsanbieter konterkarieren. Letztere wiederum sehen sich unter einem Finanzdiktat der Kassen, das ihre medizinischen Handlungsspielräume einschränkt.

4. Fazit: Jenseits von Subsumtion und Selbstreferenz

Die in diesem Beitrag für den Fall der AOK bzw. einige ihrer Operationsfelder präsentierten Ergebnisse haben gewiss eine eingeschränkte empirische Aussagekraft. Allerdings bestätigen weitere Feldstudien beide Seiten des empirischen Befundes, auch für andere Krankenkassen. Das gilt für die am Markterfolg orientierten Strategien der Mitglieder mobilisierung ebenso wie für den Versuch, trotz marktökonomischem „Leistungsdruck“ synergetische Rationalisierungsprogramme zu realisieren.⁴⁷ Vergleichbare Befunde liegen im Übrigen auch für andere Organisationen mit Infrastrukturfunktionen vor.⁴⁸

Wie verhalten sich diese Befunde nun zu den *Prognosen*, die im zweiten Kapitel aus dem Stand der „gesellschaftsbewussten“ Organisationssoziologie bezüglich des Umgangs von hybriden Organisationen mit Fremdreferenzen abgeleitet wurden? Erkennbar wird, dass sich die neo-subsumtionstheoretische Prognose, der zufolge die Öffnung einer Organisation mit Infrastrukturfunktionen für Marktreferenzen zu einer Entdifferenzierung interner Logiken führt, zumindest in ihrer harten Version nicht bestätigen lässt. Nun ließe sich natürlich argumentieren, dass die nur graduellen Verschiebungen im „Energiehaushalt“ der AOK damit zusammenhängen, dass auch der institutionelle Rahmen eben nur teilweise umgestellt (vermarktet) worden ist. Immerhin führt ja die partielle Marktorientierung zu einer graduellen „Kommodifizierung“ der zuvor ausgebildeten infrastrukturellen Funktionen. Doch gegen die Entdifferenzierungsthese spricht, dass im Rahmen der Marktorientierung Initiativen zu einer kreativen Neuaneignung

der Infrastrukturfunktion entstehen, die zur bloßen Reproduktion der (ökonomischen) Herrschaftsordnung nicht erforderlich wären. Solche kreativen organisationalen Verarbeitungsleistungen unter „Energiezufuhr“ unterschiedlicher bzw. multireferenzieller Umweltbezüge werden durch den neo-subsumtionstheoretischen Ansatz notorisch unterschätzt. Hybride Organisationen mit Infrastrukturfunktionen lassen sich (auch heute) nicht auf eine Rolle als Zulieferbetrieb für herrschende Wirtschaftsorganisationen reduzieren.

Die Ergebnisse gehen allerdings auch nicht mit der systemtheoretischen Unterstellung von an teilsystemischer Selbstreferenz orientierten Organisationen konform, und zwar selbst dann nicht, wenn diese Unterstellung – jenseits der Grundannahmen der Luhmannschen Systemtheorie – auf einen pluralen Referenzhaushalt bezogen wird. Der Versuch der Wahrung der Kollektivgutproduktion unter anderen Vorzeichen erscheint zwar gewissermaßen als selbstreferenzielle Programmtransformation. Lässt man sich aber – mit guten Gründen – darauf ein, *Marktorientierung* als für die Kassen lange Zeit fremdreferenziellen Bezug zu verstehen, dann erscheint wesentlich, dass die organisationale Verarbeitung dieser Orientierung nicht (mehr) in finaler Absorption mündet. Es kommt vielmehr zu folgenreichen Programmumstellungen, die sich nur auf Kosten einer Überdehnung des systemtheoretischen Arguments von der programmatischen Multireferenz teilsystemspezifischer Organisationen als den „alten“ Leitreferenzen verhaftete Variation vorheriger Programme deuten lassen. Auf jeden Fall verändert sich die Referenz zum Wirtschaftssystem: Es geht effektiv nicht mehr nur um Geldzahlung, sondern auch um Markterfolg. Zugleich spricht die beim untersuchten Fall beobachtete flexible Einbettung von Selbst- in Fremdreferenzen (und nicht umgekehrt!) für eine gegenüber der Systemtheorie anders akzentuierte Lesart organisationaler Reproduktion.

Hier scheint die konstitutionstheoretische Prognose insofern realistischer, als die vorstehende Fallanalyse auf Spielräume zur pragmatischen Verknüpfung bzw. Parallelisierung von Selbst- und Fremdreferenzen verweist. Diese Kreativitätsspielräume lassen einerseits neuartige Programme zur Kollektivgutproduktion zu, können aber andererseits nicht als Garantie für die Aufrechterhaltung des „status quo ante“ verstanden werden. Ursprünglich als Fremdreferenz behandelte Orientierungsmuster werden geltungsmächtig, auch wenn die kompensatorisch gesuchten Synergieeffekte lokal bzw. „unter glücklichen Umständen“ zur Wirkung gelangen

⁴⁷ So dokumentiert Niedermeier (2001: 209) in ihrer Feldstudie den Anspruch auch anderer Kassen, „auf Inhalte, Qualität und Strukturen der Leistungserbringung innerhalb des Medizinsystems Einfluss zu nehmen“; sie bewertet die entsprechenden „Handlungsstrategien ... als eine ‚gesundheitsgestaltende‘ Antwort auf bestehende Versorgungsdefizite“ (ebd.: 172). Haenecke (2001, insbesondere 235ff.) ermittelt in seiner Befragung von sechzig Kassen umfangreiche Anstrengungen im Marketingbereich sowie damit verbundene Risikoselektionsstrategien.

⁴⁸ Gut erforscht ist der Fall der Wohlfahrtsverbände; vgl. Heinze et al. 1997, Hermsen 2000 oder Bode 2002b. Auch hier hat die Marktorientierung an Bedeutung gewonnen, und auch hier sind hybride Organisationen auf der Suche nach einer Rekombination ihrer Referenzen: (markt-)wirtschaftliche Reproduktion, professionelle Dienstleistung und gesellschaftliche Mission im Sinne der adressierten „Sozialintegrationssysteme“.

können. Interessant erscheint zugleich, wie eine hybride Organisation versucht, durch kreative Verknüpfungsleistungen auf supraorganisationale Strukturen (Institutionen) Einfluss zu nehmen. Im Rahmen einer stark am Markterfolg orientierten Organisationsstrategie bemüht sich die AOK beispielsweise, ihr Qualitätssteuerungskonzept so weit mit Hilfe ihrer politischen Beziehungen gesetzlich zu institutionalisieren, dass die Marktorientierung eingegrenzt (wenn auch nicht abgeschafft) wird. Ähnliches vollzieht sich im Umgang mit der Risiko-selektion: Sie wird im Geschäftsalltag praktiziert, jedoch durch politische (Verbands-)Initiativen, die auf eine Umstellung des Risikostrukturausgleiches zielen, gleichzeitig bekämpft. Sofern aus solchen Initiativen institutionelle (gesetzliche) Veränderungen resultieren, plausibilisiert dies die Annahme, der zufolge Organisation und Gesellschaft „in einem Verhältnis rekursiver Konstitution“ (Ortmann et al. 1997a: 19) stehen. Beschrieben wird hier aber letztlich nur ein *Prozess* – die für die Programm-anpassungen, die Auslösung kreativer Leistungen und deren Umwelteffekte ausschlaggebenden *Faktoren* bleiben unbestimmt.

Also besteht weiterer Klärungsbedarf. Die vorstehende Fallanalyse liefert dafür nur einige Hinweise. Die hier lediglich kursorisch vorgenommene Rekonstruktion von Sinnkontexten legt beispielsweise nahe, das Augenmerk stärker auf relevante *organisationale Akteure* als Katalysatoren der Verarbeitung von Fremdreferenzen zu lenken. Die Fallstudie deutet an, dass Marktnormen u. a. über die Inkorporation von „systemfremden“ Akteuren (Unternehmensberatungen) eingelebt werden, sie weist allerdings zugleich auf eine spezifische berufliche Identität von AOK-Führungskräften hin, die durch politische Gestaltungsambitionen und professionelle Orientierungsmuster geprägt ist (ähnlich auch Lenhardt 1999: 61ff., Niedermeier 2001: 177ff.).

Interessant erscheint ferner, wie sich die entsprechenden Akteure in ihrem *Verhältnis zu „Sozial-integrationssystemen“* bewegen. Wie oben erwähnt, sind Krankenkassen über die Verbände der Selbstverwaltung an Teile der „Zivilgesellschaft“ angebunden. Gleichsam in Anlehnung an diese zivilgesellschaftliche Verankerung unterhalten sie Beziehungen zur „öffentlichen Meinung“. Wesentlich erscheint diesbezüglich, dass die Strategien und Praxen der Kassen für Wirkungen in der Öffentlichkeit sorgen, an die anlässlich von im politischen System verhandelten Re-Regulationen wieder angeschlossen werden kann. Wenn – wie in Medienberichten – Krankenkassen als „Kostendrücker“ dargestellt werden, die Vergütungsansprüche der Leistungs-

erbringer beschneiden, oder als „Rosinenpicker“ denunziert werden, die „gute Risiken“ privilegieren, oder wenn im Hinblick auf Werbeausgaben bzw. die Ausstattung von Geschäftsstellen ihr unternehmerischer Gestus kritisiert wird, dann signalisiert dies eine öffentliche Enttäuschung von Erwartungen an ihre Infrastrukturfunktionen.⁴⁹ Der Konflikt der Referenzen wird öffentlich verhandelt, und dies wird zur Ressource jener Verbandsakteure, die die Marktorientierung in die Schranken weisen wollen – und somit möglicherweise institutionelle Rück-Wirkungen der Organisation auf die sie betreffenden Regulationen auslösen.⁵⁰

Das bedeutet aber keineswegs, dass die „alten“ Referenzen den längeren Atem haben. Im hier behandelten Fall ist zwar erkennbar, dass hybride Organisationen durch die kreative Umarbeitung von Marktdruck in neuer Weise infrastrukturbildend werden können. Aber: Mit dem substanziellen Eindringen der (Fremd-)Referenz „Marktorientierung“ ist die AOK zu einer Engführung ihrer „Alt-Referenzen“ gezwungen. Und auf welchem Niveau die Kollektivgutproduktion erhalten bleibt, hängt immer mehr von – durchaus kontingenten – organisationalen Kreativitätspotenzialen ab, jenseits von Subsumtion und Selbstreferenz.

Literatur

- Ackroyd, S., 2000: Connecting Organisations and Societies. A Realist Analysis of Structures. S. 87–108 in: S. Ackroyd / S. Fleetwood (Hrsg.), *Realist Perspectives on Management and Organisations*. London: Routledge.
- Alexander, A. / Rath, T. (Hrsg.), 2001: *Krankenkassen im Wandel. Organisationsentwicklung als Herausforderung*. Wiesbaden: DUV/Gabler.
- Anheier, H.K. / Priller, E. / Seibel, W. / Zimmer, A. (Hrsg.), 1997: *Der Dritte Sektor in Deutschland. Organisationen zwischen Staat und Markt im gesellschaftlichen Wandel*. Berlin: Sigma.
- Blanke, B. / Kania, H., 1996: Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. *Leviathan* 24: 512–538.
- Bode, I., 1998: *Vermittlungsleistungen normativer Interessenorganisationen: Verbände im Gesundheitswesen als*

⁴⁹ Die Organisationen der Krankenversicherung sind offenbar immer noch auf „sozialen Ausgleich“ festgelegt, wofür es einige empirische Evidenzen gibt (vgl. etwa Marstedt 1998: 213ff., Ullrich 2000 oder Sachverständigenrat 2003: 47ff.).

⁵⁰ Konkret in der obigen Fallstudie: Die im Jahr 2001 vollzogene Gesundheitsreform, die zu einer stärkeren Abbildung der Morbiditätsverhältnisse im Risikostrukturausgleich sowie zur Ausbreitung von „Disease-Management“-Programmen führen soll.

- „enfants terribles“ mit Gemeinwohlbindung. *Soziale Welt* 49: 183–203.
- Bode, I., 2002a: Vom Payer zum Player – oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich. *Duisburger Beiträge zur Soziologischen Forschung*, Duisburg.
- Bode, I., 2002b: Service statt Subsidiarität? Die Organisation katholischer Wohlfahrt im Zeitalter der Vermarktlichung. *Zeitschrift für Sozialreform* 48: 586–600.
- Bode, I. / Brose, H.-G., 2001: Intersystemische Organisationen im Spannungsfeld funktionaler Differenzierung. S. 112–140 in: V. Tacke (Hrsg.), *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bogs, H., 1976: Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Bände 1 und 2. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Bora, A., 2001: Öffentliche Verwaltungen zwischen Recht und Politik. Zur Multireferenzialität der Programmierung organisatorischer Kommunikation. S. 170–191 in: V. Tacke (Hrsg.), *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brunsson, N., 1992: *The Irrational Organization*. Chichester: Wiley.
- Curtius, B., 1999: Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen. Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile. München/Mering: Rainer Hampp.
- Drepper, T., 2003: Organisationen der Gesellschaft. Gesellschaft und Organisation in der Systemtheorie Niklas Luhmanns. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Evers, A. / Rauch, U. / Stitz, U., 2002: Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen. Berlin: edition sigma.
- Felder, M., 2001: Die Transformation von Staatlichkeit. Europäisierung und Bürokratisierung in der Organisationsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Geser, H., 1990: Organisationen als soziale Akteure. *Zeitschrift für Soziologie* 19: 401–417.
- Giddens, A., 1992: *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt/New York: Campus.
- Haenecke, H., 2001: Krankenkassen-Marketing. Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren. München/Mering: Rainer Hampp.
- Heckscher, C., 1994: Defining the Post-Bureaucratic Type. S. 14–62 in: C. Heckscher (Hrsg.), *The Post-bureaucratic Organization: New Perspectives On Organizational Change*. London: Sage.
- Heinze, R.G. / Schmid, J. / Struenck, C., 1997: Zur politischen Ökonomie der sozialen Dienstleistungen. Der Wandel der Wohlfahrtsverbände und die Konjunkturen der Theoriebildung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 49: 242–271.
- Hermesen, T., 2000: Wohlfahrtsverbände und Sozialmanagement. Differenzierung und Verselbstständigung in der sozialen Hilfe. Frankfurt usw.: Lang.
- Horch, H.-D., 1985: Personalisierung und Ambivalenz. Strukturbesonderheiten freiwilliger Vereinigungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37: 257–276.
- Holtgrewe, U., 2000: „Wer das Problem hat, hat die Lösung.“ Strukturierung und pragmatische Handlungstheorie am Fall von Organisationswandel. *Soziale Welt* 51: 173–190.
- Kneer, G., 2001: Organisation und Gesellschaft. Zum ungeklärten Verhältnis von Organisations- und Funktionssystemen in Luhmanns Theorie sozialer Systeme. *Zeitschrift für Soziologie* 30: 407–428.
- Lauer-Kirschbaum, T., 1994: Kollektivverhandlungen und Selbstverwaltungskonsens: Interessenegoismus und Gemeinwohlorientierung in der Entwicklung und Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. S. 207–243 in: B. Blanke (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl*. Opladen: Leske & Budrich.
- Lenhardt, U., 1999: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin: edition sigma.
- Luhmann, N., 1993: Organisation im Wirtschaftssystem. S. 390–414 in: N. Luhmann, *Soziologische Aufklärung* 3. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N., 1999: *Die Wirtschaft der Gesellschaft* 3. Auflage. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N., 2000: *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maelicke, B. (Hrsg.), 2000: *Veränderungsmanagement in der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos.
- Marstedt, G., 1998: Krankenkassen – die neuen Gesundheitsberater der Risikogesellschaft? S. 186–221 in: G. Marstedt / R. Müller (Hrsg.), *Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften*. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag Neue Wissenschaft.
- Meyer, J. / Rowan, B., 1977: Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83: 340–363.
- Münch, R., 1997: Elemente einer Theorie der Integration moderner Gesellschaften. Eine Bestandsaufnahme. S. 66–109 in: W. Heitmeyer (Hrsg.), *Was hält die Gesellschaft zusammen?* Frankfurt: Suhrkamp.
- Nassehi, A., 2002: Die Organisationen der Gesellschaft. Skizze einer Organisationssoziologie in gesellschaftstheoretischer Absicht. S. 443–478 in: J. Allmendinger / T. Hinz (Hrsg.), *Organisationssoziologie. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 42.
- Niedermeier, R., 2001: Von der Krankheitsverwaltung zur Gesundheitsgestaltung? Organisationale Lernprozesse in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag NW.
- Offe, C., 1998: Der deutsche Wohlfahrtsstaat: Prinzipien, Leistungen, Zukunftsaussichten. *Berliner Journal für Soziologie* 5: 359–380.
- Olk, T. / Rauschenbach, T. / Sachße, C., 1995: Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Oder: über die Schwierigkeit, Solidarität zu organisieren. Eine einführende Skizze. S. 11–33 in: T. Rauschenbach et al. (Hrsg.), *Von der Wertgemeinschaft zum*

- Dienstleistungsunternehmen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Oppen, M., 1993: Neue „Produktions“konzepte für öffentliche Dienstleistungen. Krankenkassen zwischen Markt und Staat. WZB Discussion Paper FS II 93–204. Berlin.
- Ortmann, G. / Sydow, J. / Türk, K., 1997a: Die Rückkehr der Gesellschaft in die Organisationstheorie. S. 15–34 in: G. Ortmann / J. Sydow / K. Türk (Hrsg.), Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft: Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, G. / Sydow, J. / Windeler, A., 1997b: Organisation als reflexive Strukturierung. S. 315–359 in: G. Ortmann / J. Sydow / K. Türk (Hrsg.), Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pelizzari, A., 2001: Die Ökonomisierung des Politischen. New Public Management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste. Konstanz: UVK.
- Perrow, C., 1996: Eine Gesellschaft von Organisationen. S. 75–121 in: P. Kenis / V. Schneider (Hrsg.), Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/New York: Campus.
- Powell, W.W., 1990: Neither Market Nor Hierarchy. Networks Forms of Organization. Research in Organizational Behavior 12: 295–336.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.
- Schimank, U., 1996: Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Opladen: Leske & Budrich.
- Schimank, U., 2001: Funktionale Differenzierung, Durchorganisation und Integration der modernen Organisationsgesellschaft. S. 19–38 in: V. Tacke (Hrsg.), Organisation und gesellschaftliche Differenzierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schimanke, D., 1997: Selbstverwaltung außerhalb der Kommunalverwaltung, insbesondere: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. S. 257–268 in: K. König / H. Siedentopf (Hrsg.), Öffentliche Verwaltung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Schnapp, F.E., 1998: Soziale Selbstverwaltung vor der Agonie? Staatswissenschaften und Staatspraxis 9: 149–162.
- Schuppert, G.F., 1981: Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch verselbstständigte Verwaltungseinrichtungen. Eine verwaltungswissenschaftliche Analyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simsa, R., 2001: Gesellschaftliche Funktionen und Einflussformen von Nonprofit-Organisationen. Eine systemtheoretische Analyse. Frankfurt usw.: Lang.
- Stegmüller, K., 1996: Wettbewerb im Gesundheitswesen. Hamburg: VSA.
- Tacke, V. (Hrsg.), 2001: Organisation und gesellschaftliche Differenzierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Tauchnitz, T., 1999: Krankenkassen – Zwang oder Segen? Organisationsgeschichte des deutschen Krankenkassenwesens im ‚langen‘ 19. Jahrhundert. Opladen: Leske & Budrich.
- Tennstedt, F., 1977: Soziale Selbstverwaltung. Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Teubner, G., 1992: Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung. S. 189–211 in: W. Krohn / G. Küppers (Hrsg.), Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Türk, K., 1995: Die Organisation der Welt. Herrschaft durch Organisation in der modernen Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Türk, K., 1997: Organisation als Institution der kapitalistischen Gesellschaftsformation. S. 124–176 in: G. Ortmann / J. Sydow / K. Türk (Hrsg.), Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Türk, K. / Lemke, T. / Bruch, M., 2002: Organisation in der modernen Gesellschaft. Eine historische Einführung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ullrich, C.G., 2000: Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Zur Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt/New York: Campus.
- Veith, D., 1988: Machtpotenziale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus. Regensburg: Roderer.
- Weber, M., 1988: Gesammelte Politische Schriften (hrsg. von Johannes Winckelmann) 5. Auflage. Tübingen: Mohr.
- Wehrsig, C. / Tacke, V., 1992: Funktionen und Folgen informatisierter Organisationen. S. 219–239 in: T. Malsch / U. Mill (Hrsg.), ARBYTE: Modernisierung der Industriesoziologie? Berlin: Edition Sigma.
- Zauner, A., 1997: Von Solidarität zu Wissen. Nonprofit-Organisationen in systemtheoretischer Sicht. S. 103–119 in: C. Badelt (Hrsg.), Handbuch der Nonprofit-Organisation. Strukturen und Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Zimmer, M., 2001: Rekursive Regulation zur Sicherung organisationaler Autonomie. S. 351–376 in: G. Ortmann / J. Sydow (Hrsg.), Strategie und Strukturierung. Strategisches Management von Unternehmen, Netzwerken und Konzernen. Wiesbaden: Gabler.

Summary: Contemporary social science has neglected government regulated health insurance in Germany as a special type of formal organization. Health insurance enterprises can be conceived of as hybrid agencies serving the infrastructure of society. It is argued that with their many-sided orientation, these organizations are able to produce certain collective goods. Findings from a qualitative case study show a transformation of this many-sided orientation as a consequence of a changing institutional framework – namely a competitive order which provides incentives for an organizational market orientation. The article examines how this transformation can be understood theoretically in the light of sociological approaches concerned with the relationship between organization and society.