

## Disorganisierte Governance und Unterprivilegierung Die Konsequenzen neuer Steuerungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ingo Bode

Seit längerer Zeit kursiert in mit öffentlichen Dienstleistungen befassten sozialwissenschaftlichen Foren die Vorstellung, dass sich solche Dienstleistungen heute nur mehr im Rahmen eines Steuerungsmix effektiv (und effizient) organisieren lassen – also nicht länger ‚top-down‘ unter alleiniger Staatsregie. Im Grunde war dies bereits die Botschaft der sich in den 1980er Jahren international durchsetzenden Reformdoktrin des ‚New Public Management‘ (NPM; Pollitt et al. 2007) bzw. der ‚Neuen Steuerung‘ (Weiß 2002); der endgültige Durchbruch dieser Idee kam dann mit der Debatte über netzwerkbasierte Steuerung als Ankerpunkt eines dritten Wegs, für den im deutschen Sprachraum der ‚Governance‘-Begriff reserviert worden ist (Jann/Wegrich 2004).

Im Kern ging es hier jeweils um hybride Koordination. NPM-Modelle sahen *marktförmige Steuerungsmechanismen* vor, um Effizienzreserven zu erschließen; weil aber die dazu einzusetzenden Steuerungsmechanismen – also: wettbewerbliche Leistungserstellung, die Trennung von Käufern und Produzenten (‚purchaser-provider split‘), leistungsorientierte Vergütung und Mittelvergabe etc. – dennoch auf einer hochgradig formalisierten Kontextsteuerung beruhen sollten, war letztlich hybride Koordination gefragt – und nicht der Ersatz bürokratischer durch rein wettbewerbliche Steuerung. Für Verfechter des *Netzwerkansatzes* wiederum war hybride Koordination geradezu *das* Markenzeichen: Unterstellt wurde, dass unter Bedingungen wachsender Problemkomplexität partnerschaftlichen Steuerungsinstanzen (runde Tische, Vertragsgemeinschaften, public-private-partnerships etc.) wachsende Bedeutung zukäme bzw. zukommen müsse (Löffler 2009). Auch hier wurde de facto mehr hybride Koordination erwartet – zusammen mit einem Formwandel des Staates hin zu dem, was man hierzulande als ‚Gewährleistungsstaat‘ bezeichnet (Schuppert 2001).

Empirische Hinweise, die solche Thesen untermauern (sollen), bezogen sich dabei bislang meist auf politische Deklarationen, Beratungstätigkeiten kleiner Expertenzirkel oder einzelne lokale Leuchtturmprojekte, während gleichzeitig die realen Entwicklungen in den großen Feldern öffentlicher Daseinsvorsorge nur



oberflächlich in Augenschein genommen wurden. Das, was neue Steuerungsformen bzw. ein bestimmtes Governance-Regime – definiert als ein „empirisch zu bestimmender Gesamtzusammenhang verschiedener Formen der Handlungskoordination“ (Kussau/Brüsemeister 2007: 118) – tatsächlich in Gang setzen oder bewirken (können), lässt sich jedoch erst aus breiter angelegten empirischen Analysen ableiten, die organisations- bzw. verwaltungssoziologische Perspektiven mit Elementen der Sozialpolitik- und Sozialstrukturanalyse verbinden. Zentrale Fragen sind hierbei: Wie interagieren verschiedene Steuerungsformen – also: Hierarchie, Netzwerk und (nicht zuletzt) Markt – innerhalb eines gegebenen Governance-Regimes? Und welche Konsequenzen hat es, wenn sich dabei die Gewichte verschieben – auch im Hinblick auf diejenigen, die, als zentrale Adressaten öffentlicher Dienstleistungen, bezüglich des Zugangs zu materiellen und auch politischen Ressourcen gemeinhin als unterprivilegiert gelten?

Dies sind die Fragen, die an den vorliegenden Beitrag herangetragen werden. Sein Augenmerk richtet sich schwerpunktmäßig auf die Art und Weise, wie *netzwerkförmige und marktformige Steuerungsrountinen* ineinander greifen. Diese Frage ist naheliegend, da – anders als gelegentlich insinuiert wird – NPM-basierte Steuerungsmodelle nach wie vor einflussreich sind. Um Aufschlüsse über die realen Folgen neuer Steuerungsformen zu gewinnen, werden diejenigen Instanzen fokussiert, die in Kontexten hybrider Koordination faktisch am Steuer sitzen – also nicht politische Parteien oder Regierungen, sondern administrative Einrichtungen mit Prozessverantwortung. Gerade auf dieser Analyseebene lässt sich dann auch prüfen, wie sozial Unterprivilegierte bzw. ‚schwache Interessen‘ in einem gegebenen Governance-Regime Berücksichtigung finden (können).

Untersuchungsgegenstand sind die soziale Krankenversicherung bzw. die dort federführenden administrativen Instanzen, die gesetzlichen Krankenkassen. Grundlegend ist die Einsicht, dass wir es in diesem Feld nicht mit ‚Governance‘ als Ersatz für ‚Government‘ zu tun haben, sondern mit einer Transformation lange bestehender netzwerkartiger Koordinationsprozesse, welche zunehmend von marktformigen Steuerungsformen überlagert werden – und mit der Entstehung dessen, was hier als *disorganisierte Governance* bezeichnet werden soll. In einer solchen Konstellation gibt es weiterhin reichlich, in Teilen sogar extensivere, Kooperation, andererseits aber mehr Brüche und mehr Volatilität im Konzert der beteiligten Akteure, und dies bleibt nicht ohne Folgen für die eigentlichen Adressaten sozialstaatlicher Versorgungssysteme.

Das Argument des Beitrags wird in vier Abschnitten entfaltet. Zunächst geht es darum, die recht diffuse (internationale) Governance-Debatte vom Kopf auf die Füße zu stellen und hier durch die Unterscheidung von Koordinationslogiken (ei-



nerseits netzwerkförmige, andererseits marktliche bzw. wettbewerbliche) an konzeptioneller Schärfe zu gewinnen. Mit diesem analytischen Zugriff werden dann im zweiten Teil die Entwicklungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung nachgezeichnet. Zur Darstellung kommen die institutionellen Veränderungen im Organisationsfeld sowie typische Reorganisationsstrategien am Beispiel des größten Kassenverbands in Deutschland, dem der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Im dritten Abschnitt wird dann nach den sozial(politisch)en Effekten des neu ausgebildeten Governance-Regimes Ausschau gehalten. Das Schlusskapitel resümiert die Befunde und fragt nach der Zukunft des Gesundheitssystems unter Bedingungen disorganisierter Governance.

### **Netzwerk und Markt in sozialstaatlichen Versorgungssystemen**

In der Literatur, die sich mit der Steuerung öffentlicher Daseinsvorsorge auseinandersetzt, ist der Netzwerkgedanke mittlerweile zu einem Leitkonzept avanciert. Nun gibt es in den Sozialwissenschaften zahlreiche Varianten des Netzwerkbegriffs; vielen ist jedoch gemeinsam, dass sie auf die Praxis von Akteuren abstellen, welche trotz gegenläufiger Interessen bei der Produktion bestimmter Güter oder Dienstleistungen loyal und in gegenseitigem Vertrauen kooperieren (Thompson 2003: 40). Einschlägig sind diesbezüglich Ansätze der auf erwerbswirtschaftliche Unternehmen bezogenen neueren Organisationstheorie (vgl. etwa Windeler/Sydow 2007). Hier gelten Netzwerke als spezifische Formen ökonomischer Koordination und als dritter Steuerungsmodus jenseits von Markt und Hierarchie, welche innovative Antworten auf typische Koordinationsprobleme eines zunehmend wissensbasierten Kapitalismus zugetraut werden. Die zu Grunde liegende empirische Beobachtung besteht in der Zunahme von Allianzen, welche auf längerfristigen Vereinbarungen miteinander (ansonsten) konkurrierender Betriebe beruhen und dabei durch offene Kommunikation sowie strategische Interdependenz gekennzeichnet sind (Wald/Jansen 2007).

In gewisser Weise hat sich dieses Verständnis von Netzwerken auf die Literatur zu sozialstaatlichen Versorgungssystemen übertragen. Ein Großteil dieser (internationalen) Literatur betont dabei das Potenzial von Netzwerken, die innerhalb dieser Systeme nicht zuletzt durch (quasi-)marktförmige Koordinationsprozesse bedingten Brüche (z.B. mangelnde Informationsflüsse zwischen Planern und Leistungserbringern) kitten zu können. Wenngleich bezüglich dieses Potenzials zuweilen vor Blauäugigkeit gewarnt wird (Goldsmith/Eggers 2004: 38-51) und sich Hinweise darauf finden, dass netzwerkförmige Koordination nicht ohne starke



hierarchische Einmischung zu haben ist (Newman 2001), werden Netzwerke doch verbreitet als Steuerungsinstrument begriffen, das auch unter den Bedingungen pluraler Steuerung produktive Kooperationen zwischen denen befördert, die an sozialstaatlich moderierten Versorgungsprozessen beteiligt sind (Perri 6 et al. 2006: 133-159).

Allerdings gibt es in der Diskussion über netzwerkförmige ‚Governance‘ einige offene Fragen und nicht wenige Ungereimtheiten. Zunächst: Geht es um Verfahren, bei dem ein Ensemble formal autonomer ‚Stakeholder‘ bestimmte Aufgaben gemeinsam bearbeitet oder regelt, macht es Sinn, Netzwerksteuerung als eine *spezifische*, von Marktkoordination und Hierarchie *zu unterscheidende* Art sozialer Koordination zu begreifen – zumindest zu heuristischen Zwecken, ungeachtet der gegenseitigen Durchdringung der Koordinationsformen in realen Steuerungskontexten (Wald/Jansen 2007)? Netzwerke stehen dann für einen Steuerungsmodus *neben* hierarchischem ‚command-and-control‘ und wettbewerblicher Koordination.

Zweitens suggeriert die Governance-Debatte vielfach, es handele sich bei netzwerkförmiger Koordination im öffentlichen Sektor um ein neues Phänomen. Behauptet wird ein Trend von ‚Government‘ zu ‚Governance‘ oder ein wachsender Rekurs auf Governance als Lerneffekt in Gefolge eines zwischenzeitlich vorherrschenden, aber übermäßig marktorientierten Steuerungsansatzes (Jann/Wegrich 2004; Löffler 2009). International und erst recht in Deutschland kann diese „Evolutionslehre“ indes kaum überzeugen: Im angelsächsischen Raum gibt es bereits seit langem verschiedene Formen eines „collaborative public management“ (McGuire 2006: 342) oder „third party government“ (Salamon 1995: 79) – mithin eine lange Tradition netzwerkförmiger Steuerung im öffentlichen Sektor, oft auch unter Beteiligung zivilgesellschaftlicher Akteure; und aus deutscher Perspektive ist zu verweisen auf frühe Debatten über den ‚kooperativen Staat‘ bzw. die regulative Rolle des klassischen Verbändekorporatismus (Heinze/Olk 1984; Thränhardt 1991; Voigt 1995).

Ein damit zusammenhängendes, drittes Manko der Governance-Literatur besteht darin, dass netzwerkbasierte Steuerung vorschnell als Ausdruck der Zurückdrängung oder zumindest Brechung der in den 1980er und 1990er Jahren eingeführten marktorientierten Koordinationsmechanismen begriffen wird. Diagnostiziert wird ein „shift from hierarchy to new governance of markets and *especially* networks“ (Rhodes 2007: 1253, Hervorhebung I.B.) – also hin zu einem Steuerungsmix, bei dem netzwerkbasierte Steuerung auf Kosten anderer Steuerungsmodi an Bedeutung gewinnt (ähnlich Kooiman 2003: 113). Deutsche Beiträge zur Governance-Theorie folgen dieser Einschätzung zumindest vom Ansatz her (Jann/Wegrich 2004; Budäus 2007).



Die Akzentuierung einer wachsenden Prominenz netzwerkförmiger Steuerungsprozesse überspielt jedoch die weiterhin sehr markante Rolle marktformiger Koordinationsmechanismen in Systemen öffentlicher Daseinsvorsorge. Neoliberaler Markttradikalismus mag (nicht nur) in diesen Systemen zuletzt an Boden verloren haben. Doch hat insgesamt – nicht zuletzt im Sozial- und Gesundheitswesen – die Reichweite dieser Koordinationsmechanismen national und international eher noch zugenommen (Ascoli/Ranci 2002; Harrison 2004; Hensen/Hensen 2007; Newman et al. 2008). Marktorientierte Steuerung ist also institutionell weiter konsolidiert worden.

Viertens und letztens bleiben die meisten Ansätze, die sich mit zeitgenössischen Formen hybrider Koordination in sozialstaatlichen Versorgungssystemen auseinandersetzen, recht vage hinsichtlich der Frage, wie netzwerk- und marktformige Steuerungsformen in konkreten Versorgungskontexten interagieren. Während verschiedentlich auf die Inkonsistenzen und Spannungen hingewiesen worden ist, die aus dem Nebeneinander von ‚(quasi-)market governance‘ und hierarchischer Kontextsteuerung (zentraler Kosten- und Qualitätskontrolle etc.) erwachsen (Newman 2001; Budd 2007), ist dem Verhältnis von Netzwerk- und Marktsteuerung sowie den darin eingelagerten „Rationalitätskonflikten“ (Hessinger 2009: 51) empirisch kaum nachgegangen worden, erst recht nicht mit Blick auf die sozialen Effekte, die ihr Aufeinandertreffen generiert.

Um hier weiterzukommen, erscheint eine Forschungsstrategie sinnvoll, die einerseits *kollektive Akteure mit Prozessverantwortung* fokussiert und andererseits eine analytische Unterscheidung ins Werk setzt, die den beiden Steuerungsformen Netzwerk und Markt *spezifische Koordinationslogiken* zuordnet. Es geht hier um die idealtypische Strukturdifferenz zwischen den Steuerungsformen: Koordinationsansätze, die auf Vernetzung zielen, benötigen und pflegen längerfristige und kontinuierliche Handlungsperspektiven, die Konsenssuche und eine gegenseitige Abstimmung unter den Netzwerkpartnern bzw. Stakeholdern eines gegebenen Kooperationszusammenhangs befördern. Demgegenüber vollziehen sich *markt- bzw. wettbewerbsorientierte* Koordinationsansätze über Aktivitäten, die die Beteiligten systematisch auf Diskontinuität und Segregation hin orientieren. Koordination vollzieht sich hier über volatile Bewegungen von Zu- aus Austritt, ‚trial and error‘, opportunistisches Hin- und Hermanövrieren sowie über permanente Umbrüche, wie sie durch Versuche der Domänenerweiterung oder die Verdrängung von Ko-Akteuren entstehen. Diese Differenz gilt es für die Analyse eines Governance-Regimes im Auge zu behalten. Im Folgenden geht es – am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung – darum, Veränderungen in diesem Regime (und ihre Folgen) unter Zuhilfenahme dieses Analyserahmens zu beleuchten und die jeweilige Rolle der mit



Netzwerk- und Marktsteuerung verknüpften Koordinationslogiken im institutionellen Setting des Krankenkassenwesens genauer zu bestimmen.

### **Krankenkassen in einem sich wandelnden Governance-Regime**

Netzwerkbezogene Aktivitäten, welche auf Konsenserzielung und gegenseitige Abstimmung abstellen, sind für Krankenkassen traditionell in zweierlei Weise relevant: auf der Ebene von ‚Stakeholder-Allianzen‘ innerhalb des Krankenkassenwesens selbst (v.a. der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung), andererseits im Zusammenhang mit dem, was in Deutschland als gemeinsame Selbstverwaltung bezeichnet wird (die Kooperation von Kostenträgern und Leistungserbringern). In beiden Feldern stehen der netzwerkförmigen Koordination heute vermehrt marktorientierte Steuerungsformen (in Gestalt von Vertrags- und Versicherungswettbewerb) gegenüber, die vom Prinzip her auf Diskontinuität und Segregation ausgerichtet sind, was nachfolgend näher ausgeführt werden soll.

#### *Das traditionelle Governance-Regime*

Krankenkassen waren in Deutschland von Anfang an als Netzwerkorganisationen konzipiert (Tennstedt 2009). Historisch aus genossenschaftsähnlichen Mitgliederkollektiven hervorgegangen, sind sie auch nach ihrer partiellen ‚Verstaatlichung‘ im Zuge der Bismarckschen Sozialpolitik als formal unabhängige Akteursallianzen erhalten geblieben. Für zwei Kassenarten (AOK und BKK) sind bis heute Formen der repräsentativen Selbstverwaltung qua Verbändedelegation grundlegend, in den anderen werden die Verwaltungsräte durch Versichertenvertreter besetzt. Insofern kann man Krankenkassen als durch ‚Stakeholder-Netzwerke‘ gesteuerte Versichertenkollektive begreifen – wengleich die ehrenamtlichen Verwaltungsräte heute nur Richtungsentscheidungen treffen.

Die partielle Selbstständigkeit der Krankenkassen ist ein zentraler Eckpfeiler dessen, was in der Sozialstaats- und Verbändetheorie als korporatistisches Steuerungssystem beschrieben worden ist (für viele: Schroeder 2006). Sicherlich fixiert die staatliche Gesundheitspolitik die Handlungsoptionen der Krankenkassen in hohem Maße: Versichertenkreis und -konditionen, Beitragssätze (außer Zusatzprämien) und das Gros der erstattungsfähigen Dienste und Produkte werden gesetzlich festgelegt. Der Staat hat während des 20. Jahrhunderts wesentliche Rahmenbedingungen für das Kassenwesen gesetzt und dessen Entwicklung richtungweisend beeinflusst – so etwa im Hinblick auf die Verbreiterung des Zuständigkeitsbereichs



der Kassen, aber auch bezüglich des Organisationsmodus der Krankenversicherung (s.u.).

Nichtsdestotrotz ist den deutschen Krankenkassen einiges an Gestaltungsspielraum erhalten geblieben; in Teilbereichen ist dieser sogar noch erweitert worden. So nehmen die Kassen – über die Option der Zusatzprämie – nach wie vor Einfluss auf die Modalitäten der Beitragsbemessung. Sie sind seit einiger Zeit auch befugt, mit Mitgliedern Sonderkonditionen zu vereinbaren (Bonus-Regelungen, Beitragsrückerstattungsmodelle etc.). Seit langem schon obliegt ihnen die eigenständige Durchführung von Präventionsprojekten (auch auf betrieblicher Ebene), zudem haben sie ein gesetzliches Mandat zur Bereitstellung und Aufbereitung von Informationen im allgemeinen (gesundheitpolitischen) Interesse. Ein Teil dieser Aufgaben ist auf die Verbände – und zuletzt dann auch auf den 2008 neu gegründeten Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen – übergegangen; da dieser aber mit den Verbänden der einzelnen Kassenarten sowie den Großkassen kommunikativ kurz geschlossen ist, bleibt das deutsche Krankenkassenwesen stark in die Sozialpolitik involviert. Traditionell arbeiteten die Funktionäre der Verbände, wie in anderen Sozialversicherungszweigen auch, eng mit Expertenkreisen der großen Parteien zusammen (Trampusch 2006) – sie agierten stets (und agieren auch heute noch) als ‚Systemexperten‘ mit hohem Medieneinfluss. Unter diesen Bedingungen dominierte in der Binnenstruktur der Kassen(verbände) und in ihrem institutionellen Umfeld lange Zeit eine Koordinationslogik, die auf hochgradig formalisierten Stakeholder-Beziehungen basierte und Abstimmungsprozesse beförderte, die sich am Gebot aktiver Konsenssuche orientierten.

Zudem verhandeln die Kassen – im Schatten des Gesetzes – bis heute über kollektive Verträge mit Leistungserbringern im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das betrifft – in einem jeweils spezifischen Modus und unterschiedlich weitreichend – den Bereich der niedergelassenen Ärzte, den stationären Sektor sowie in Ansätzen auch weitere Teile der medizinischen Versorgungskette (Hilfs- und Heilmittel etc.). Damit existiert im deutschen Gesundheitssystem gleichsam eine zweite korporatistische Achse, wodurch sich das System deutlich von den Verhältnissen in anderen westlichen Sozialstaaten abhebt (Wendt et al. 2009). In den von Großverbänden strukturierten Verhandlungssystemen wurden jahrzehntelang gemeinsame Politikziele, Dienstleistungsstandards und Kontrollmechanismen abgestimmt, wobei die Bezugsgrundlagen (nicht unbedingt die konkreten Zielgrößen) meist überregionaler Natur waren.

Natürlich gab es dabei stets gewisse Halb- und Ungereimtheiten. Die im Governance-Regime dominante *Grundorientierung* aber war die einer netzwerkförmig arrangierten Deliberation und Konsensfindung. Ein wesentliches Rahmenziel be-



stand in der Herstellung funktional äquivalenter Versorgungsverhältnisse für die Versichertenkollektive, wobei die dazu genutzten Steuerungsinstrumente (z.B. gemeinsame Ausschüsse) hochgradig institutionalisiert waren. Der zweigliedrige Korporatismus sowie der regulatorische Eingriff der Krankenkassen und ihrer Verbände sorgten dafür, dass sich im deutschen Gesundheitswesen ein breites Ensemble netzwerkartiger Koordinationsformen entwickelte, eingebettet in einen staatlich (also hierarchisch) festgelegten Normkontext sowie ergänzt mit kleinen Sprengeln an marktförmiger Koordination (etwa im Arzneimittelsektor). Netzwerkorientierte Steuerung existierte im deutschen System öffentlicher Daseinsvorsorge mithin lange, bevor eine solche zur Projektionsfolie der internationalen Governance-Debatte avancierte.

### *Das neue Governance-Regime*

Eine einschneidende institutionelle Veränderung des Governance-Regimes brachte die – durch den sog. Lahnsteiner Kompromiss 1993 parteiübergreifend beschlossene und dann 1996 wirksam werdende – Einführung eines offenen Mitgliederwettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Götze et al. 2009). Auch vor dieser Umstellung gab es Wahlfreiheiten (für Angestellte), von denen allerdings eher wenig Gebrauch gemacht wurde. Die Ausweitung und offene Propagierung von Wechseloptionen sowie die Möglichkeit, neue Versichertenkollektive mit vorwiegend ‚guten Risiken‘ zu schaffen, waren dann jedoch folgenreich. Insbesondere für jene Kassen, die überdurchschnittlich viele ‚schlechte Risiken‘ versicherten, wurde die Auffrischung des Versichertenkollektivs zur Überlebensfrage – auch weil der sog. (Beitragsmittel zwischen den Kassen umverteilende) Risikostrukturausgleich, der gerade ihnen Erleichterung bringen sollte, nur einen Teil ihrer Sonderlasten kompensierte. Die Kassen versuchten sich dementsprechend in diversen Marktdistinktionsstrategien, u.a. durch die (symbolische) Bewerbung exklusiver Dienstleistungen. Eine weitere Stufe bei der Vermarktlichung des Steuerungssystems wurde im Jahre 2007 erklommen, als die Kassen (in Kooperation mit der Privatassekuranz) zum Vertrieb von Krankenzusatzversicherungen sowie zur Einführung von Discount- und Bonussystemen bei der Beitragsbemessung ermächtigt wurden.

Sicherlich bleibt das Versicherungssystem auch nach diesen institutionellen Umstellungen stark sozialstaatlich (also hierarchisch) koordiniert. Der Kontrahierungszwang, die Vereinheitlichung des lohnbezogenen Beitragssatzes (nach der Einführung des Gesundheitsfonds im Januar 2009) sowie das allgemeine Anrecht auf bedarfsorientierte Krankenbehandlung gewährleisten nach wie vor ein hochgradig vereinheitlichtes Versorgungsgeschehen. Die Verfeinerung des Risikostruktur-



ausgleichs durch einen an der Prävalenz von (80) Krankheitsbildern orientierten ‚Belastungstest‘ der Kassen (Morbi-RSA) sowie die finanzielle Förderung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programs, DMP) haben bei den sog. Versorgerkassen (die überdurchschnittlich viele ‚schlechte Risiken‘ versichern) für Entlastung gesorgt. Dennoch gibt es weiterhin Optionen auf die Segmentierung von Versicherungskonditionen, und bezüglich der Beitragstarife könnte es bald zu neuen Differenzierungen in Form pauschaler Zusatzbeiträge kommen. Damit aber gibt es (erneut) *mehr Marktorientierung* im Versicherungssystem – und (neue) Impulse in Richtung diskontinuierlicher Mitgliedschaften und sozial segregierter Versichertenkollektive.

Auf der Angebotsseite kam es in den 1990er Jahren zu ebenso pfadbrechenden Neuerungen. Grundlegend dafür war – wie in anderen westlichen Gesundheitssystemen auch – die Verbreitung des ‚Managed Care‘-Ansatzes (SVR 2009: 658-690). Dies vollzog sich weitgehend innerhalb einer weiterhin durch Kollektivverträge geprägten Rahmenordnung, führte aber zu einer Erweiterung der Koordinationsmechanismen in Richtung marktförmige Steuerung. Verschiedene Gesundheitsreformen ermächtigten die gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungsanbietern; in diesen Verträgen werden Sonderregelungen zu den Versorgungsstandards, Überweisungspraktiken oder Vergütungsformen festgelegt. Das betraf zunächst den Bereich der sog. Integrierten Versorgung, in dem – nach den Bestimmungen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 und v.a. in Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2004 – Leistungserbringer aus verschiedenen Versorgungsstufen Behandlungsnetzwerke einrichten und mit diesen von den Kassen selektiv unter Vertrag genommen werden konnten (Götze et al. 2009; Hessinger 2009). Ende 2008 gab es in Deutschland immerhin ca. 6200 solcher Verträge.

In gewisser Hinsicht funktionieren auch die o.g. DMP-Programme nach diesem Muster: Für diese (vor-)standardisierten Behandlungsprogramme, die überwiegend im Rahmen der regionalen gemeinsamen Selbstverwaltung durchgeführt werden, können auch praxisindividuelle Vereinbarungen getroffen werden, bei denen spezifische Bestimmungen greifen (so geschehen in Rheinland-Pfalz). In Folge der jüngsten Umstellungen im Finanzierungssystem steht zu erwarten, dass es zukünftig mehr Individualverträge auch im Bereich der DMP geben könnte (Jaekel 2009). Schließlich entsprachen (zumindest bis vor kurzem) auch die Hausarztverträge dem Modell einzelvertraglicher Steuerung: Sie soll(t)en Kassenmitglieder ermuntern, sich an einen bestimmten Hausarzt als Erstanlaufstelle zu binden, wobei dieser ‚Gatekeeper‘ bestimmte, mit der jeweiligen Kasse vereinbarte Richtlinien zu berücksichtigen hat(te) (Wasem et al. 2003). Die ab Mitte 2009 obligatorische flächendeckende Einrichtung dieser Modelle brachte hier eine Rückkehr zu eher kollektivver-



traglichen Regulierungsformen; allerdings hat sich in diesem Feld eine neue Variante der Vertragskonkurrenz zwischen Hausärzterverbänden und ärztlichen Pflichtkörperschaften (Kassenärztlichen Vereinigungen) herauskristallisiert (Bandelow/ Schade 2009).

Weitere Formen marktförmiger Angebotssteuerung gibt es im Bereich der Arzneimittelversorgung, und zwar in Gestalt der sog. Rabattverträge. Große Versorgerkassen verhandeln mit einzelnen Pharmafirmen die Bereitstellung von für ihre Mitglieder vorgesehenen Arzneimittelkontingenten (v.a. Generika) zu vergünstigten Preisen – wobei die eingekauften Kontingente im Hinblick auf Wirkstoffe, nicht aber bezüglich der Darreichungsformen, mit anderen am Markt erhältlichen Präparaten vergleichbar sein sollen. Dezentrale Einkaufsstrategien finden sich überdies im Bereich der Hilfsmittelversorgung sowie – in Verbindung mit integrierten Versorgungsmodellen – bei stationären Behandlungen mit Nachversorgungsgarantie (z.B. Endoprothetik). Insgesamt zeichnet sich mithin (von niedrigem Niveau aus) die Tendenz zu einer stärker einzelvertraglichen – und damit marktförmigeren – Gestaltung des Versorgungsangebots ab, die – interpretiert man sie mit Blick auf die maßgeblichen Koordinationslogiken – diskontinuierlichen Interorganisationsbeziehungen sowie einer Segregation der Versorgungslandschaft Vorschub leistet.

#### *Organisationspolitiken unter dem neuen Governance-Regime*

Wie wird das neue Nebeneinander von Markt- und Netzwerksteuerung konkret arrangiert und austariert? Die folgende Skizze wesentlicher Organisationspolitiken der AOK ist diesbezüglich aufschlussreich. Sie entstammt einer eigenen Fallstudie (Bode 2004), einer (fragebogengestützten) lokalen Repräsentativerhebung (Bode/Bühren 2004) sowie einer Dokumenten- und Medienrecherche aktuelleren Datums (zsf. Bode 2009). Der Untersuchungsfokus lag auf der Art und Weise, wie das AOK-System den institutionellen Wandel im Krankenkassenwesen konkret verarbeitet und aktiv zu gestalten versucht.

Die AOK traf die Reform des Steuerungssystems in den 1990er Jahren besonders stark. Bis dato wurden ihr Versicherte mit Arbeiterstatus fest zugewiesen, nun bekam sie es mit einer heftigen Konkurrenz vor allem von Seiten geöffneter Betriebskrankenkassen zu tun, die erheblich niedrigere Beitragssätze anbieten und so vor allem ‚gute Risiken‘ anziehen konnten. Die einsetzenden Mitgliederwanderungen bzw. das geänderte Beitrittsverhalten der Kassenklientel führten bei der AOK zu einem markanten Rückgang der Versichertenzahl (von 22,5 Millionen Mitte der 1990er Jahre auf knapp 17,5 Millionen im Jahre 2008); der Anteil morbi-der, älterer Patienten (die sich als deutlich weniger wanderungswillig erwiesen) stieg



unentwegt an. Der o.g. Risikostrukturausgleich wirkte zwar entlastend, kostendeckende Einnahmen blieben im AOK-System aber die Ausnahme.

In diesem Kontext kam es zu weit reichenden internen Veränderungen. Allgemein sind – auch im Zuge verschiedener gesetzlicher Neuregelungen – die Befugnisse der Kassenselbstverwaltung zu Lasten der hauptamtlichen Manager zurückgedrängt worden. Die Verwaltungsräte behielten im Hinblick auf Richtungs- und Investitionsentscheidungen zwar weiterhin ‚das letzte Wort‘; sie nahmen aber fortan (noch) wenig(er) Einfluss auf die operativen Prozesse und orientierten sich stark an den Informationen und Konzepten der hauptamtlichen Führung. Die Wahrnehmung sozial- und gesundheitspolitischer Funktionen wurde damit nicht obsolet, aber verstärkt an die bundesverbandliche Ebene delegiert.

Angesichts des oben umrissenen Wettbewerbsdrucks orientierte sich die AOK zunehmend an einer privatwirtschaftlichen Vorbildern entlehnten Managementphilosophie, die u.a. Zielvereinbarungen und leistungsabhängige Vergütungen bei Führungskräften und im Vertrieb umfasste. ‚Case management‘-Programmen z.B. bei der Abwicklung und Kontrolle von Krankengeldzahlungen oder Hilfsmittelbewilligungen dienten dem (latent gehaltenen) Ziel einer sparsameren Leistungsgewährung. Ferner gab es mehrere Fusionen im AOK-System, in Verbindung mit durchaus weitreichendem Personalabbau.

Das neue Geschäftsmodell beinhaltet umfassende Marketingaktivitäten ebenso wie diverse Politiken zur Diversifizierung der Versicherungsverhältnisse: Alle AOK-Kassen bieten mittlerweile Zusatzversicherungen sowie Optionen auf Beitragsrückerstattung (bis zu einer Höhe von 300 Euro jährlich) an. Gegenüber den Unternehmen bewerben sie verschiedene (administrative) Service-Leistungen sowie betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme (für 300.000 AOK-Versicherte im Jahr 2007). Man spricht nun allgemein von ‚Kunden‘ und ‚Geschäftspartnern‘ und wähnt sich auf dem Weg vom ‚payer‘ zum ‚player‘, letzteres in Gestalt zahlreicher Initiativen im Bereich des selektiven Kontrahierens: durch Spezialverträge mit Krankenhäusern (von denen besondere Leistungspakete eingekauft werden), bei den Rabattverträgen für Generika und zuletzt auch in Vereinbarungen zur an der Kassenärztlichen Vereinigung vorbei organisierten hausärztlichen Versorgung (so in Baden-Württemberg). Mit Blick auf Synergieeffekte hat die AOK überdies massiv in strukturierte und integrierte Behandlungsprogramme sowie entsprechende Partnerschaften mit Leistungserbringern investiert. *Diesbezüglich* gibt es also neuen Bedarf an gegenseitiger Abstimmung, allerdings im Rahmen temporärer und selektiver Allianzen.

Gleichzeitig müssen – und sollen aus der Sicht wesentlicher Stakeholder – die Basisfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung weiter mitbedient werden.



Es wird also versucht, beim ‚change management‘ verschiedene Ziele parallel zu führen. Aus dem Ensemble der Organisationspolitiken lässt sich dementsprechend ein Strategiemix mit drei Schwerpunkten ableiten:

- Im Alltagsgeschäft der Kassen greift erstens eine mitgliederbezogene Doppelstrategie, die die *Gewinnung ‚billiger‘ Neuzugänge und einen direktiveren Umgang mit teuren Fällen* vorsieht. Ersteres wird angestrebt durch auf ‚gute Risiken‘ zugeschnittene Marketingaktionen und diverse Sonderangebote (im Rahmen des Möglichen), letzteres durch strenge Maßstäbe bei der Gewährung von Leistungen (so weit entsprechende Optionen vorliegen) sowie durch die Förderung von breit angelegten und Effizienz- bzw. Effektivitätsgewinne versprechenden strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP etc.).
- Zweitens geht es in den Beziehungen zu den Leistungserbringern um die *Durchsetzung von Preisdumping in Kombination mit starker formalisierter Leistungskontrolle*. Ziel ist die Ausbeutung sämtlicher einzelvertragspolitischer Spielräume im Rahmen der Integrierten Versorgung und anderswo. Etwaigen Leistungsdefiziten in Folge eines gesteigerten wirtschaftlichen Drucks auf die Anbieter soll durch flexible Vertragskündigungsrechte einerseits, standardisierte Qualitätsevaluation andererseits vorgebeugt werden.
- Drittens verfolgt die AOK bezüglich ihrer gesundheitspolitischen Funktionen einen Lobbyansatz, der auf die *Absicherung von Marktmacht unter gleichzeitiger Wahrung des Solidarprinzips* abstellt. Als ‚Marktführer‘ (bezogen auf das Mitgliedervolumen) arbeitet man mit Hochdruck an Konzepten zum Ausbau der Einkaufsoptionen: Diese werden in Modellprojekten geprobt und durch umfassende Public Relations öffentlich beworben. Unter dem Einfluss der gewerkschaftlichen Bank im Verwaltungsrat wird diese Lobby-Orientierung ergänzt durch hartnäckige Forderungen nach einer Perfektionierung des Risikostrukturausgleichs zur Vermeidung von ‚Rosinenpickerei‘ auf dem Versicherungsmarkt und zur Wahrung des Solidarprinzips. Der Gesundheitsfonds (mit einheitlichem Beitragssatz), die flächendeckende Finanzierung der DMP sowie der erweiterte Lastenausgleich (in Gestalt des Morbi-RSA) sind wohl nicht zuletzt auf entsprechende Lobby-Aktivitäten zurückzuführen.
- In diesem Strategiemix manifestiert sich plastisch, wie sich das neue Governance-Regime von den früheren Verhältnissen abhebt. Es zeigen sich zudem Implikationen im Hinblick auf die Koordinationslogiken in den von den Kassen moderierten Steuerungsprozessen. Obwohl nicht sämtliche Bestandteile des traditionellen, auf Konsensorientierung und gegenseitige Abstimmung beruhenden Governance-Regimes aufgegeben wurden, bewirkt die dargestellte Differenzierung der Organisationspolitiken die Ausbildung von *mehr Diskonti-*



*nuität und Segregation* innerhalb des Versorgungssystems: zum einen hinsichtlich des Versichertenkollektivs (i.e. dessen Kohäsion als selbstverwaltete Interessengemeinschaft), zum anderen bezüglich der Anbieterseite. Hier haben sich zwar insgesamt extensivere Kooperationsprozesse ergeben, doch sind diese prinzipiell befristet angelegt und auf ausgewählte Partner beschränkt. Das politische Lobbying unterstützt diese Entwicklungen und damit die Transformation der im deutschen Gesundheitssystem ausgebildeten Formen hybrider Koordination

### Folgen für schwache Interessen

Die Frage nach den Folgen des sich in der Organisationspolitik der Krankenkassen manifestierenden neuen Governance-Regimes ist nicht einfach zu beantworten, und dies aus zwei Gründen: Einerseits gibt es keine systematischen Datenerhebungen zu diesen Folgen, andererseits erzeugen Mischkonstrukte wie der ‚solidarische Wettbewerb‘ oder das selektive Kontrahieren am Rande von Kollektivverträgen gleichsam von Natur aus uneinheitliche Effekte. In diesem Abschnitt soll dennoch – im Rekurs auf einige empirische Befunde sowie eine Reihe von Plausibilitätsannahmen – über die Konsequenzen des Governance-Regimes für jene Klientele spekuliert werden, die mit dem Begriff der ‚schwachen Interessen‘ assoziiert werden.

Schwache Interessen sind gekennzeichnet durch geringe (direkte) Organisierbarkeit einerseits, eine niedrige Positionierung in der sozialen und kulturellen Hierarchie moderner Gesellschaften andererseits (für viele: Winter 1997). Mit Bezug auf das Gesundheitswesen wird hier davon ausgegangen, dass chronisch Kranke – wenngleich Selbsthilfeinitiativen und Patientenverbände allgemein einflussreicher geworden sind und mehr Mitspracherechte z.B. im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung genießen – sowie sozial schwache Personenkreise mit dauerhaft erhöhten Gesundheitsrisiken dieser Kategorie zugerechnet werden können. Interessant sind hier nun einerseits die sozialen Effekte des neuen Governance-Regimes für diese Bezugsgruppe. Andererseits ist zu fragen, wie sich dieses Regime (potenziell) auf die politische Durchsetzungskraft schwacher Interessen auswirkt.

Hinsichtlich der sozialen Folgeeffekte ist erneut zwischen der Angebots- und der Nachfrageseite zu unterscheiden. Auf der Nachfrageseite hat die Einführung des Mitgliederwettbewerbs relativ eindeutige Konsequenzen. Folgt man den vorliegenden Studien zur Praxis des Kassenwechsels (Braun et al. 2008), so neigen chronisch Kranke sowie Personen mit geringem Bildungs- und Sozialstatus zum längeren Verbleib in der einmal gewählten Krankenkasse – in der Vergangenheit häufig



die ‚teure‘ AOK, deren relativ höhere Beiträge (bis zur Einführung des Gesundheitsfonds) und geringere Generosität für sie durchaus nachteilig waren. Auch ist das Interesse an (v.a. für ‚gute Risiken‘ attraktiven) Sondertarifen stark durch den sozio-ökonomischen Status der Versicherten geprägt, während das Angebot besonderer Versorgungsprogramme – welches sozial Unterprivilegierten vergleichsweise stärker zu Gute kommt (s.u.) – insgesamt kaum zum Wechsel in eine andere Kasse motiviert; auch hat das Bildungsniveau einen hohen Einfluss auf das Wissen um Möglichkeiten und Modalitäten des Kassenwechsels (ebd.: 73-84). Der Wettbewerb und seine faktischen Allokationseffekte nutzen also eher den starken als den schwachen Interessen.

Bezüglich der Angebotsseite legen wirtschaftssoziologische Befunde sowie Grunderkenntnisse aus der Soziologie sozialer Ungleichheit nahe, dass ein Zuwachs an Wahloptionen beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen schwache Interessen ebenfalls nicht begünstigt, weil die Betroffenen über weniger Konsumentensouveränität verfügen und die aktive Mitgestaltung von Dienstleistungsinteraktionen sozial wie kulturell voraussetzungsvoll ist (allgemein dazu: Jakobsen/Voswinkel 2005; ferner Stollberg 2008). Ein vermarktlichtes Steuerungssystem, in dem sich ein qua Einzelverträge organisiertes diversifiziertes Versorgungssegment auf der Basis von Qualitäts- und Kassenwettbewerb herausbildet, verlangt von Patienten (noch) mehr Sondierungsinitiative. Wenn also der Zugang zu passgenauen Behandlungsleistungen vermehrt von individuellen Anbieterwahlentscheidungen abhängig ist, werden sozial Unterprivilegierte tendenziell benachteiligt, weil ihre Kompetenzausstattung und ihr positionaler Status spielraumverengend wirken. Besser gestellte chronisch Kranke hingegen erhalten durch einen solchen Qualitätswettbewerb zumindest symbolisch größere Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Leistungsanbietern – wobei dies angesichts der Vertrauensabhängigkeit sowie der grundsätzlich unüberwindbaren Informationsasymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses nicht durchweg vorteilhaft ist.

Die Dinge liegen etwas anders, wenn man die Versorgungseffekte betrachtet. Zwar ergeben sich aus den in der Rationalisierungspolitik von Krankenkassen angelegten (versteckten) Leistungsverweigerungen vor allem Probleme für weniger widerstandsfähige Patientengruppen. Da aber – Erkenntnissen der Medizinsoziologie (zsf. Jungbauer-Gans 2006) zu Folge – Personenkreise mit niedriger Bildung und geringerem Einkommen überdurchschnittlich häufig von chronischen Erkrankungen betroffen sind, dürfte ein Governance-Regime, welches die Behandlung solcher Erkrankungen optimiert, schwachen Interessen entgegenkommen. Die im Zuge der Umstellung des Steuerungssystems vollzogene Ausweitung strukturierter Behandlungsprogramme sowie möglicherweise auch die bessere Verknüpfung von Behand-



lungen für chronisch Kranke innerhalb von Projekten zur Integrierten Versorgung können – obwohl ihr Nutzen im Einzelnen umstritten ist (Fischer et al. 2005; SVR 2009: 666) – die Position der Nutznießer durchaus verbessern.

Dabei ist zu bedenken, dass eine Zerfaserung der vertraglichen Regulierung von Leistungsangeboten in der räumlichen und zeitlichen Dimension *allgemein* für mehr Heterogenität im Versorgungssystem sorgt. Ein und dieselbe Patientengruppe kann zu einem gegebenen Zeitpunkt oder an einem bestimmten Ort ‚Glück haben‘ und von einem für sie günstigen ‚Einzelvertragsangebot‘ profitieren, während dies einer anderen vorenthalten bleibt. Vertragswettbewerb schafft Gewinner und Verlierer, insofern sind im neuen Governance-Regime auch neue horizontale Ungleichheiten hochwahrscheinlich (vgl. Bode 2005, mit Bezug auf die Seniorenversorgung). Starke und schwache Interessen sind in dieser Hinsicht also ähnlich diskriminierungsanfällig.

Im Hinblick auf Prozesse *politischer Interessenvermittlung* stellt sich das Bild nicht minder komplex dar. Zunächst gibt es eine Koinzidenz zwischen der Vermarktlichung des Steuerungssystems und der u.a. durch die o.g. Lahnsteiner Reform auf den Weg gebrachten Einschränkung der Kompetenzen der Selbstverwaltung (gegenüber dem hauptamtlichen Management). Das Selbstverwaltungssystem galt unter Experten schon lange als in seinem Demokratiegehalt defizitär, hat aber seit der Entwicklung der Kassen hin zu wettbewerbsorientierten Unternehmen weiter an Schlagkraft verloren (vgl. Klenk 2008: 146-160). Werden vertragspolitische Zuständigkeiten dezentralisiert bzw. einem angebotsdifferenzierend wirkenden Vertragswettbewerb ausgesetzt, schwindet im Übrigen auch der Zugriff von Patientenverbänden auf die Ausgestaltung des Versorgungssystems – ungeachtet der Tatsache, dass er auf zentraler Ebene gestärkt worden ist. Selbsthilfegruppen und Patientenverbände dürften zwar insgesamt eher weniger Mitglieder aus sozial unterprivilegierten Bevölkerungsschichten organisieren, sprechen aber inklusiv für ein spezifisches Betroffenenkollektiv.

Im Stakeholder-Netzwerk der Krankenkassen gibt es ebenfalls mehrschichtige Effekte. Die o.g. Entwicklungen im Governance-Regime sind von AOK-Verwaltungsräten unterstützt bzw. toleriert worden – mithin also auch die daraus resultierenden Nachteile für sozial Unterprivilegierte. Allerdings: Sowohl das Beharren des AOK-Systems auf einem umfassende(re)n Risikostrukturausgleich als auch die breiten Initiativen im Bereich der Chronikerprogramme stehen für eine vor allem von den Gewerkschaften gestützte advokatorische Vertretung auch von schwachen Interessen – zumal offenkundig ist, dass die Beibehaltung des Solidarprinzips sowie die finanzielle Förderung von die Handlungsfreiheit der niedergelassenen Ärzte einschränkenden ambulanten Versorgungsansätzen gesundheitspolitisch immer



wieder hoch umstritten ist (zur Bedeutung der Advokatenfunktion gut organisierter Interessengemeinschaften siehe Bode 2000). So gesehen gibt es auch im neuen Governance-Regime durchaus Chancen auf die Berücksichtigung schwacher Interessen.

### **Disorganisierte Governance im Krankenkassensektor – Ende offen**

Aus den neuen Formen hybrider Steuerung im System der öffentlichen Daseinsvorsorge, wie sie in diesem Beitrag am Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen umrissen worden sind, ergibt sich ein Zustand *disorganisierter Governance*. Das Aufeinandertreffen markt- und netzwerkförmiger Steuerungsformen in ein und demselben Versorgungskontext führt in die permanente Um- und Reorganisation von Versicherungsverhältnissen und Angebotsarrangements, welche mit der Intensivierung von Mitglieder- und Vertragswettbewerb einhergeht. Damit soll nicht behauptet werden, dass hier nun das Chaos regiert. Auch steht der Verweis auf disorganisierte Governance nicht für die These durchgängiger Deregulierung. Vielmehr gibt es in vielerlei Hinsicht mehr Vernetzung und mehr Marktsteuerung gleichermaßen, wobei allerdings erstere durch letztere kontinuierlich strapaziert wird. Stakeholder-Allianzen sowie interorganisationale Kooperation bleiben grundlegend, letztere gewinnt sogar an Reichweite – doch gibt es insgesamt mehr Volatilität im Konzert der Netzwerkakteure. Betrachtet man den Radius der für die Krankenkassen relevanten Koordinationslogiken, so haben Konsenssuche und gegenseitige Abstimmung insgesamt an Bedeutung verloren gegenüber der für Marktbeziehungen typischen Koordinationslogik, welche auf Diskontinuität und Segregation ausgerichtet ist.

Bilanziert man die sozialen Folgen disorganisierter Governance, so scheinen sie widersprüchlich, im Hinblick auf die Solidaritätsdimension aber in einen ‚status quo minus‘ zu münden. Insgesamt werden schwache Interessen vom neuen Governance-Regime unzuverlässiger bedient; durch die sich (mit Ausnahmen) vollziehende Umstellung staatlicher Steuerung auf Kontextregulierung wird der Zugang auf passende Versorgungsleistungen dezentralen Verhandlungsprozessen und damit stärker dem Zufall überlassen. Dabei gibt es mehr Desorientierung und weniger Berechenbarkeit, was sozial Unterprivilegierte selbst bei Fortbestehen universeller Versorgungsansprüche insgesamt schlechter stellen dürfte.

Es liegt in der Natur dieser Governance-Konstellation, dass im Hinblick auf ihre Wirkungen, aber auch bezüglich ihrer weiteren Entwicklung vieles offen und möglich bleibt. Die Verhältnisse sind jederzeit dynamisch und reversibel, Kontext-



regulierungen können in die eine oder andere Richtung verschoben werden. Wie viele jüngere Studien zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung in (kontinental)europäischen Gesellschaften zu Recht konstatieren, gibt es zahlreiche Inkonsistenzen bei der gegenwärtigen Systemtransformation (Hassenteufel/Palier 2007; Wendt et al. 2009). Selektive dirigistische Staatseingriffe, neue Vernetzungsformen und verschiedene Privatisierungsprozesse greifen parallel, mit je unterschiedlichen Konsequenzen auch für sozial Unterprivilegierte bzw. schwache Interessen. Mit diesem Beitrag sollte gezeigt werden, dass eine an Koordinationslogiken und Organisationspolitiken ansetzende analytische Perspektive auf eine unter diesen Bedingungen plural arrangierte Produktion öffentlicher Dienstleistungen ein geeignetes Instrument sein kann, den komplexen Charakter des Wandels und auch dessen soziale Bilanz realitätsnah zu erfassen – wobei es diesbezüglich noch Einiges an empirischem Aufklärungsbedarf gibt.

## Literatur

- Ascoli, Ugo/Ranci, Constanzo (Hrsg.) (2002): *Dilemmas of the Welfare Mix. The new structure of welfare in an era of privatization*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Bandelow, Nils C./Schade, Martin (2009): *Wettbewerbliche Transformation im ambulanten Sektor: Governanceformen und gesundheitspolitische Zielpräferenzen*. In: R. Böckmann (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 91-116
- Bode, Ingo (2000): *Die Starken und die Schwachen – ein kompliziertes Verhältnis. Erfahrungen aus Interessenvermittlungsprozessen in Frankreich*. In: U. Willems, T. von Winter (Hrsg.) (2000): *Politische Repräsentation schwacher Interessen*. Opladen: Leske & Budrich, 285-313
- ders., (2004): *Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- ders., (2005): *Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten. Die Disorganisation der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheit*. Discussion paper des DZA. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- ders., (2009): *Multiple Vernetzung und disorganisierte Governance*. In: V.E. Amelung et. al. (Hrsg.): *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer, 311-324
- Bode, Ingo/Bühren, Patrick (2004): *Mehr als Markt und Bürokratie. Krankenkassen im Bild von Versicherten und Mitarbeitern*. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* H. 2, 48-57



- Braun, Bernard/Greß, Stefan/Rothgang, Heinz/Wasem, Jürgen (2008): Einfluss nehmen oder aussteigen? Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Sigma
- Budäus, Dieter (2007): Vom New Public Management zur Governance. In: D. Wagner et al. (Hrsg.): Governance-Theorien oder Governance als Theorie? Berlin: Wissenschaftlicher Verlag, 15-28
- Budd, Leslie (2007): Post-bureaucracy and Reanimating Public Governance. A discourse and practice of continuity? In: International Journal of Public Sector Management No. 20., 531-547
- Fischer, Thomas/Lichte, Thomas/Popert, Uwe (2005): Disease-Management-Programme. Halten sie, was sie versprechen? In: Jahrbuch für kritische Medizin, H. 41, 8-17
- Goldsmith, Steven/Eggers, William D. (2004): Governing by Network: The new shape of the public sector. Washington DC: Brookings Institution Press
- Götze, Ralf/Cacace, Mirella/Rothgang, Heinz (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. In: Zeitschrift für Sozialreform, H. 55, 149-175
- Harrison, Michael D. (2004): Implementing Change in Health Systems: Market reforms in health systems in the United Kingdom, Sweden and The Netherlands. London: Sage
- Hassenteufel, Patrick/Palier, Bruno (2007): Towards Neo-Bismarckian Health Care States. Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare states. Social Policy & Administration, No. 41., 574-596
- Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (1984): Sozialpolitische Steuerung. Von der Subsidiarität zum Korporatismus. In: M. Glasgow (Hrsg.): Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität. Bielefeld: AJZ, 162-194
- Hensen, Gregor/Hensen, Peter (2007): Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In: dies. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13-38
- Hessinger, Philipp (2009): Soziale Konstruktion von Märkten und integrierte Versorgung – Rationalitätskonflikte in der aktuellen Reorganisation des Gesundheitswesens. In: V.E. Amelung et. al. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer, 51-74
- Jaekel, Roger (2009): Der Morbi-RSA als Katalysator für mehr Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen? In: Gesellschaftspolitische Kommentare, H. 9, 9-12
- Jakobsen, Heike/Voswinkel, Stephan (Hrsg.) (2005): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Jann, Werner/Wegrich, Kai (2004): Governance und Verwaltungspolitik. In: A. Benz (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 193-214
- Jungbauer-Gans, Monika (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen. In: C. Wendt, C. Wolf (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 86-108



- Klenk, Tanja (2008): *Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung. Universitäten, Krankenkassen und andere öffentliche Körperschaften.* Frankfurt/New York: Campus
- Kooiman, Jan (2003): *Governing as Governance.* London: Sage
- Kussau, Jürgen/Brüsemeister, Thomas (2007): *Governance, Schule und Politik. Zwischen Antagonismus und Kooperation.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Löffler, Elke (2009): *Governance in a Network Society.* In: T. Bovaird, E. Löffler (Hrsg.): *Public Management and Governance.* London: Taylor & Francis, 215-232
- McGuire, Michael (2006): *Collaborative Public Management: Assessing what we know and how we know it.* In: *Public Administration Review*, No. 66, 33-43
- Newman, Janet (2001): *Modernising Governance. New Labour, policy and society.* London: Sage
- Newman, Janet/Glending, Caroline/Hughes, Michael (2008): *Beyond Modernisation? Social care and the transformation of welfare governance.* In: *Journal of Social Policy*, No. 37., 531-557
- Perri 6/Goodwin, Nick/Peck, Edward/Freeman, Tim (2006): *Managing Networks of Twenty-First Century Organisations.* Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Pollitt, Christopher/van Thiel, Sandra/Homburg, Vincent (Hrsg.) (2007): *New Public Management in Europe. Adaptation and alternatives.* Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Rhodes, Rod A. W. (2007): *Understanding Governance: Ten years on.* In: *Organization Studies*, No. 28, 1243-1264
- Salamon, Lester (1996): *Third Party Government. Ein Beitrag zu einer Theorie der Beziehungen zwischen Staat und Nonprofit Sektor im modernen Wohlfahrtsstaat.* In: A. Evers, T. Olk (Hrsg.): *Wohlfahrtspluralismus.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 79-102
- Schroeder, Wolfgang (2006): *Selbstverwaltungskorporatismus und neuer Sozialstaat.* In: *Zeitschrift für Sozialreform*, H. 52, 253-271
- Schuppert, Georg F. (2001): *Der moderne Staat als Gewährleistungsstaat.* In: E. Schröter (Hrsg.): *Empirische Policy- und Verwaltungsforschung.* Opladen: Leske & Budrich, 399-414
- Stollberg, Gunnar (2008): *Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten.* In: I. Saake, W. Vogd (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 345-362
- SVR (2009) *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.* Berlin
- Tennstedt, Florian (2009): *Risikoabsicherung und Solidarität: Bismarck, Lohmann und die Konflikte um die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer Entstehungsphase.* In: H. Obinger, E. Rieger (Hrsg.): *Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien.* Frankfurt/New York: Campus, 65-94
- Thompson, Grahame F. (2003): *Between Hierarchies and Markets: The Logic and Limits of Network Forms of Organization.* Oxford: Oxford University Press