

**Vom Patienten zum Konsumenten?
Nutzeridentitäten und Nutzerbeteiligung im Gesundheitssystem**

Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades (Dr. rer. soc.)
des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Benjamin Ewert
aus Gießen
im November 2011

Inhaltsübersicht

Einleitung.....	1
1 Das Gesundheitssystem im Kontext neuerer sozialpolitischer Leitbilder	12
2 Das Erbe des deutschen Gesundheitswesens	33
3 Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem.....	44
4 Reformperspektiven für Nutzer: Wahl- und Mitspracheoptionen im Gesundheitswesen	107
5 Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen: Nutzer als Bürger, Patienten u. Konsumenten.....	124
6 Multiple Nutzeridentitäten als Herausforderung für Nutzerorganisationen	169
7 „Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher im Regen stehenlassen“	193
8 Fazit und Ausblick.....	260

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Anhangsverzeichnis.....	VII
Exkursverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Einleitung.....	1
1 Das Gesundheitssystem im Kontext neuerer sozialpolitischer Leitbilder	12
1.1 Weshalb und mit welchen Mitteln Sozialpolitik?	13
1.2 Vor welchem Hintergrund entsteht Sozialpolitik?	17
1.3 Sozialpolitische Governance.....	20
1.4 Neue Leitbilder: „aktivierender Staat“ und „Sozialinvestitionen“	23
1.5 Ökonomisierung und Vermarktlichung von Sozialpolitik.....	27
1.6 Demokratiepolitische Implikationen	29
1.7 Zwischenergebnis.....	31
2 Das Erbe des deutschen Gesundheitswesens.....	33
2.1 Grundzüge der korporatistischen Steuerung.....	33
2.2 Gesundheitsversorgung als Element von Staatsbürgerschaft	35
2.3 Die Vertretung von Nutzerinteressen	36
2.4 Professionen: Definitionsmacht und Rollenbilder	39
2.5 Zwischenergebnis.....	42
3 Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem	44
3.1 Der Wandel von kollektiver Nutzerpartizipation.....	45
3.1.1 Fürsorgeorganisationen	47
3.1.2 Gesundheits- und Selbsthilfebewegung	49
3.1.3 Konsumentenschutz und Kompetenzvermittlung	53
3.1.4 Zwischenergebnis.....	55
3.2 Die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen.....	57
3.2.1 Diagnosis Related Groups (DRG).....	60
3.2.2 Disease-Management-Programme (DMP)	61
3.2.3 Medizinische Leitlinien und Qualitätskontrolle.....	62
3.2.4 Schärfung des Kostenbewusstseins von Nutzern.....	64
3.2.5 Zwischenergebnis.....	67

3.3	Die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen	69
3.3.1	Auswahl zwischen Krankenkassen und Tarifpaketen.....	72
3.3.2	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	73
3.3.3	Zahnersatz.....	75
3.3.4	Arzneimittelversorgung	76
3.3.5	Selektivverträge	77
3.3.6	Zwischenergebnis.....	78
3.4	Das Gesundheitswesen als Teil wissensbasierter Dienstleistungsgesellschaften	79
3.4.1	Modernisierung von Medizin und Gesundheit	80
3.4.2	Gesundheitswissen als lebensstilorientierte Alltagskompetenz.....	83
3.4.3	Gesundheitswissen im Internet	85
3.4.4	Personalisierung der Gesundheitsversorgung.....	88
3.4.5	Koproduktion im Arzt-Patient-Verhältnis	90
3.4.6	Wissensmanagement in der Chronikerversorgung.....	93
3.4.7	Grenzen der Koproduktion	97
3.4.8	Zwischenergebnis.....	99
3.5	Zusammenschau der Modernisierungsdimensionen	100
4	Reformperspektiven für Nutzer: Wahl- und Mitspracheoptionen im Gesundheitswesen.....	107
4.1	Libertarian paternalism.....	108
4.2	Hirschmans Triade aus <i>exit</i> , <i>voice</i> und <i>loyalty</i>	112
4.3	<i>Choice</i> als Versprechung moderner Sozialpolitik.....	115
4.4	Auswirkungen von mehr <i>choice</i> im deutschen Gesundheitswesen.....	117
4.5	Zwischenergebnis.....	122
5	Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen: Nutzer als Bürger, Patienten u. Konsumenten	124
5.1	Pluralisierung von Nutzerrollen	124
5.2	Ursprünge multipler Nutzeridentitäten.....	131
5.3	Die Nutzerfigur im Spiegel sozialpolitischer Diskurse	141
5.4	Zum Stand der Nutzerforschung in Deutschland.....	145
5.5	Identitätsdimensionen von Nutzern.....	148
5.6	Welche Nutzeridentitäten zählen in realen Versorgungskontexten?	160
5.7	Zwischenergebnis.....	166
6	Multiple Nutzeridentitäten als Herausforderung für Nutzerorganisationen	169
6.1	Ziele und Aufgaben von Nutzerorganisationen	169

6.2	Verschiebungen im Aufgabenspektrum	170
6.3	Anbieter abhängiger Nutzerunterstützung	175
6.4	Anbieter unabhängiger Nutzerunterstützung	178
6.5	Anpassung von Nutzerleitbildern.....	185
6.6	Zwischenergebnis.....	189
7	„Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher im Regen stehenlassen“	193
7.1	Anlage der empirischen Untersuchung	193
7.1.1	Wahl der Erhebungsmethode: das Experteninterview	193
7.1.2	Fallauswahl und Kontaktaufnahme	197
7.1.3	Von der Leitfadententwicklung zur Interviewdurchführung	200
7.1.4	Auswertung der Interviews: qualitative Inhaltsanalyse.....	205
7.2	„Das ist ja wie beim Handymarkt“: das Gesundheitswesen aus Perspektive von Nutzervertretern.....	208
7.2.1	Solidarität als Wertmaßstab	209
7.2.2	Vorstellungen zum nutzerfreundlichen Markt.....	213
7.2.3	Dimensionen des Kulturwandels im Gesundheitswesen	217
7.2.4	Nutzerrollen aus Expertensicht	222
7.2.5	„Eigenverantwortung“: ein deutungsoffener Begriff	228
7.2.6	Koproduktion und Mündigkeit als Schlüsselkompetenzen	230
7.2.7	Nutzerwunsch nach einzelfallorientierter Assistenz	234
7.2.8	Zielgruppenorientierung	236
7.2.9	Nutzerorganisationen unter Professionalisierungsdruck	240
7.3	Anforderungen an eine moderne Nutzerunterstützung	243
7.3.1	Nutzungsvoraussetzungen: Gesundheits- und Systemwissen	244
7.3.2	Anerkennung und Stärkung von Nutzeridentitäten.....	247
7.3.3	Ausdifferenzierung des Marktes an Unterstützungsangeboten	251
7.3.4	Nutzerorganisationen als Kompetenzvermittler	256
8	Fazit und Ausblick.....	260
	Literaturverzeichnis	XIII
	Anhang.....	XXXIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme	46
Abbildung 2: Das <i>Chronic Care Model</i> (CCM) in deutschsprachiger Adaption	96
Abbildung 3: Nutzerrollen nach Dierks et al. (2001: 5).....	147
Abbildung 4: Identitäten, Rollenanforderungen, Ziele, Kompetenzen und Beziehungsdimensionen innerhalb von Gesundheitssystemen	154
Abbildung 5: Beziehungsdimensionen im Gesundheitssystem	158

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Übersicht der geführten Experteninterviews	XXXIV
Anhang 2: Anschreiben an Interviewpartner	XXXVI
Anhang 3: Interviewleitfaden.....	XXXVIII
Anhang 4: Einverständniserklärung	XL
Anhang 5: Codesystem.....	XLI
Anhang 6: Erklärung	XLIV

Exkursverzeichnis

Exkurs A: Eduard Heimanns Soziale Theorie des Kapitalismus	25
Exkurs B: Pragmatisches Handeln am Beispiel von DMP	135
Exkurs C: Wahltarife in der GKV als Beispiel präformierter Verwirklichungschancen	140

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Abschn.	Abschnitt
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte
AVWG	Arzneiverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BAG-Selbsthilfe	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen
BAGP	Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BDH	Bund Deutscher Hirnbeschädigter/Bundesverband Rehabilitation
B. E.	Benjamin Ewert
BKD	Bund der Kriegsblinden Deutschland
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BRD	Bundes Republik Deutschland
Bspw./bspw.	beispielsweise
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CA	Capability-Ansatz
CCM	Chronic Care Model

COPD	Chronisch obstruktive Atemwegkrankungen
CSU	Christlich Soziale Union
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DBR	Deutscher Behindertenrat
DDB	Deutscher Diabetiker Bund
DGbV	Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e. V.
DGVV	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMAA	Disease Management Association of America
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Group
ebd.	ebenda
EbM	Evidence-based Medicine
et al.	et alia
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
FSH	Frauenselbsthilfe nach Krebs
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
Hervorh. i. Orig.	Hervorhebung im Original
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HON	Health on the Net
i. d. R.	in der Regel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Kap.	Kapitel
KHK	Koronare Herzkrankheit
KID	Krebsinformationsdienst
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NHS	National Health Service
NPM	New Public Management
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
o. S.	ohne Seitenangabe
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
SDM	Shared Decision Making
SEKIS	Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschland
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SZ	Süddeutsche Zeitung
TAB	Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag
u. Ä.	und Ähnliches
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
usw.	und so weiter
VdK	Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands
vgl.	vergleiche
vs.	versus

vzbv	Bundesverband der Verbraucherzentralen
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach
z. T.	zum Teil
z. Zt.	zur Zeit

Einleitung

Problemaufriss

„*Patients are not consumers*“ – so lautet unmissverständlich der Titel eines Beitrags des Wirtschaftsnobelpreisträgers Paul Krugman (2011: 23) in der *New York Times* im April 2011. Darin nimmt Krugman den Parteienstreit zur US-amerikanischen Gesundheitsreform zum Anlass, um grundsätzliche Kritik an der Entwicklung des medizinischen Versorgungssystems zu üben: „*The idea that all this can be reduced to money – that doctors are just ‚providers‘ selling service to health care ‚consumers‘ – is, well, sickening.*“ Prominente Unterstützung erhält Krugman in seinem Unbehagen durch Mediziner¹ der Harvard-Universität, die vor einer „Industrialisierung der Heilkunde“ (Bartens 2011: 18) warnen: „*Reducing medicine to economics makes a mockery of the bond between the healer and the sick.*“ (Hartzband/Groopman 2011: 1372) Die Autoren wenden sich gegen die reduktionistische Semantik einer ökonomisierten Medizin, die nach den Maßgaben von „*modern factories*“ (ebd.) zu funktionieren habe und daher bereits in der Wahl der Begriffe die Schutzbedürftigkeit von kranken Menschen ignoriere.

Aus ethischer Sicht, der es um das Primat medizinischer über ökonomischen Kriterien im Gesundheitswesen geht, ist diese Fundamentalkritik nachvollziehbar – aber sind Patienten deshalb wirklich *unter keinen Umständen* Konsumenten? In dieser Arbeit wird dargelegt, dass eindimensionale Rollenzuweisungen im Gesundheitswesen die Versorgungsrealität unzureichend widerspiegeln. Plädiert wird daher dafür, ein Spektrum an möglichen Identitäten anzuerkennen und ernst zu nehmen: *Nutzer* von Gesundheitsleistungen vereinen in ihrer Person und ihren Handlungen, so die leitende Vorstellung, jeweils Anteile des Patienten, Koproduzenten und Konsumenten. Doch in welchen Gewichtungen existieren diese Identitäten und wie korrespondieren sie miteinander? Und welche Identitätsaspekte werden in modernen Gesundheitswesen prinzipiell an den Rand gedrängt? Wie sich Nutzeridentitäten in verschiedenen Kontexten des Gesundheitswesens verschieben, soll in dieser Arbeit empirisch nachgewiesen werden. Des Weiteren wird der Streiffrage nachgegangen, wie ein mehrdimensionales Leitbild vom Nutzer aussehen bzw. welche Balance zwischen einzelnen Identitätsdimensionen bestehen soll. Im Gegensatz zu Krugman wird dabei die Position vertreten,

¹ Zur Erleichterung des Leseflusses wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch durchgehend beide Geschlechter.

Konsumentsein im Gesundheitswesen nicht a priori zu negieren, sondern als Teil einer, wie der Autor es nennt, „multiplen Nutzeridentität“ zu verstehen.

Der Mehrdimensionalität des Nutzers von Gesundheitsleistungen wird im Verlauf der Arbeit am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland nachgegangen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (2011, o. S., Hervorh. i. Orig.) verspricht den Mitgliedern der GKV, dass sie „*im Krankheitsfall bestens aufgehoben sind*“. Aber sind Patienten das wirklich? Sind die Leistungen der GKV ausreichend für eine optimale medizinische Versorgung? Zweifel an der suggerierten Sicherheit für *anspruchsberechtigte Leistungsempfänger* bestehen: Warum verfügen mehr als zwei Drittel der Versicherten über mindestens eine Zusatzversicherung (vgl. Zok 2009: 1), wenn sie als GKV-Mitglieder doch eigentlich *rundherum sorglos* sein könnten? Weshalb wurden im vergangenen Jahr (2010) in den Praxen von (Kassen-)Ärzten 1,5 Milliarden Euro für zusätzliche sogenannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) umgesetzt, die nicht seitens der GKV finanziert werden (vgl. Zok 2010: 1)? Und wie verhält sich der Schutzanspruch der GKV zum politischen Ziel „Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten [zu] erweitern“ (Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2009: 90)? Kurzum: Der Adressat von Gesundheitsleistungen ist auch im Bereich der „öffentlichen Gesundheitsversorgung“ zunehmend der *Konsument*.

Vom Patienten zum Kunden und Konsumenten? Auch Experten von Patientenberatungsstellen und der Selbsthilfe lehnen diesen Rollenswitch mit Vehemenz ab: *Patienten sind keine Kunden. Das finde ich ganz, ganz wichtig. Das sind kranke Menschen, in der Regel* (Interview 3/Zeilen 363–364) – so die typische Reaktion einer Vertreterin der unabhängigen Nutzerunterstützung. Gerade in Zeiten des Wandels, in denen sich die Funktionslogiken des Gesundheitswesens und die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen ändern, verleihen Nutzerorganisationen dem Schutzbedürfnis ihrer Klientel eine übergeordnete Bedeutung. Doch wie sieht zeitgemäßer Schutz für Patienten aus, die einerseits zunehmend bereit sind, privat in zusätzliche Gesundheitsleistungen zu *investieren* und andererseits mehr denn je aufgerufen werden „*als Co-Produzenten von Gesundheit [mit Ärzten, B. E.] an einem Strang zu ziehen*“ (Salzburger Erklärung 2011, Hervorh. i. Orig.)? Und an welches Spektrum von *Nutzern* sollten sich schützende und unterstützende Angebote idealerweise richten?

In dieser Arbeit steht der doppelte Wandel – d. h. derjenige des (deutschen) Gesundheitswesens und der Wandel der Leitbilder derjenigen, die es nutzen – im Vordergrund. Dabei aber wird keinesfalls von bruchlosen Übergängen, wie denen vom „öffentlichen Gesundheitssektor“ zum „Gesundheitsmarkt“ bzw. vom „Patienten“ zum „Konsumenten“, ausgegangen. Die *Öffnung* des traditionellen deutschen Gesundheitssystems wird stattdessen als mehrdimensionaler Prozess verstanden, in dem sich „alte“ und „neue“ Konzepte und Logiken verbinden, nebeneinander koexistieren und/oder in Konflikt zueinander stehen. Gleiches gilt für die Konzeption der Leitbilder vom Nutzer von Gesundheitsleistungen. Neue Rationalitäten des Gesundheitswesens, wie Markt, Wettbewerb und wirtschaftliche Effizienz, und deren kontextuelle Ausprägungen verändern die Beziehungsdimensionen des Einzelnen zu Krankenkassen und Ärzten. Hieraus resultieren weitere für die Forschung relevante Fragen: Welche Anforderungen an Nutzer als „mitverantwortliche Koproduzenten im Versorgungsprozess“ bestehen? Sind diese real zu bewältigen? Und was bedeuten alle diese Veränderungen für das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten?

Analytisches Konzept

Um die Vielschichtigkeit der Modernisierung des Gesundheitswesens und der Leitbilder vom Nutzer zu untersuchen, ist ein mehrdimensionales Analysekonzept erforderlich. Statt eindimensionalen Vorstellungen vom öffentlichen Gesundheitssystem als „Sektor“ und von Nutzern als „anspruchsberechtigte“ Bürger und „zu versorgende“ Patienten zu folgen, gilt es, plurale Versorgungsrealitäten und Nutzeridentitäten anzuerkennen. Wie ist das methodisch möglich? Zur Anwendung kommt in dieser Arbeit ein Untersuchungsmodell, das jede Art von Wandel als einen „grundsätzlich mehrdeutigen und ergebnisoffenen Prozess“ versteht. Bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen ist die leitende Vorstellung, dass drei – in der Realität miteinander verschränkte „Antriebskräfte“ – dessen Modernisierung vorantreiben:

- die *Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen*, die in der öffentlichen Wahrnehmung, infolge von individuell erfahrenen Leistungseinschränkungen (z. B. Praxisgebühr, höhere Eigenbeiträge), aber auch Kosten-Nutzen-Evaluationen, die Debatte dominiert und den Beruf des Gesundheitsmanagers gegenüber Ärzten und anderen Professionellen des Gesundheitswesens aufgewertet hat;
- die *Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen*, d. h. die Herausbildung disparater Gesundheitsmärkte: zum einen staatlich regulierter „Quasi-Märkte“ (Le Grand 1993), wie sie gemäß dem Anbieterwettbewerb in der GKV bzw. dort mittlerweile auch hin-

- sichtlich der selektiven Ausgestaltung von Leistungsverträgen zwischen Versicherern und Leistungsanbietern bestehen, zum anderen außerhalb der GKV auf privaten Gesundheitsmärkten, deren Anbieter Gesundheitskonsumenten aktiv gemäß der Maxime „[M]ore health is always possible“ (Kickbusch 2007: 147) umwerben.
- Im Windschatten von Ökonomisierung und Vermarktlichung entstehen neue Einrichtungen der Qualitätskontrolle (z. B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG]), der Qualitätstransparenz (z. B. das Internetportal *Weisse Liste*) und der kollektiven Nutzerbeteiligung (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss [G-BA]) – Ansätze, die das Gesundheitswesen innerhalb einer *wissensbasierten Dienstleistungsgesellschaft* verankern. Signifikant für den Gesundheitsbereich ist, dass neben dem klassisch medizinischen Wissen andere Wissenssysteme (z. B. individuelle Gesundheitskompetenz und managerielles Wissen) als zusätzliche Referenzgrößen hinzugekommen sind und in Bezug zu Nutzern als Koproduzenten gesetzt werden: „[R]esponsibility for outcomes is increasingly transferred to individuals.“ (Taylor-Gooby 2009: 12)

In der Zusammenschau fordern diese drei parallelen Antriebskräfte die traditionelle korporatistische Gesundheitspolitik sowohl hinsichtlich der Konzeption von Leistungsarrangements als auch in der Adressierung von Nutzern heraus. Komplexe Gesundheitsleistungen erfordern neue Formen der Vertretung und Mitsprache von Nutzern als Bürger, jenseits ihres bisherigen Status als GKV-Mitglieder, z. B. in der unabhängigen Kontrolle der Qualität von medizinischen Leistungen und deren Nutzerfreundlichkeit.

In realen Versorgungsstrukturen dominieren einzelne der drei genannten Antriebskräfte. Bspw. wirkt „ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild“ (Gerlinger/Stegmüller 2009) in vielen Bereichen des Gesundheitswesens überformend und präformierend – sei es bei der Entwicklung von GKV-Tarifen oder beim „Design“ von Behandlungsprogrammen hin zum „Management“ schwerwiegender Krankheiten, aber auch bei der Etablierung einer dezidiert ökonomischen Nutzerorientierung und -beratung als Pendant zu emanzipativen Ansätzen der Selbsthilfe (vgl. Ose 2008: 266 ff.). Allerdings existieren darüber hinaus parallele Dynamiken im Gesundheitswesen, bspw. hervorgerufen durch den medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch veränderte Erwartungen und Selbstbilder von Nutzern, die nicht anhand einer ausschließlich ökonomischen Perspektive abgebildet werden können.

Auch für die Analyse der Nutzung realer Versorgungsarrangements bietet ein mehrdimensionaler Untersuchungsansatz eine *offene Strategie*, deren Zielhorizont nicht a priori determiniert ist. Situative Herausforderungen und Konflikte, mit denen Nutzer konfrontiert werden – sei es das Verstehen und persönliche Einordnen von ärztlichen Diagnosen und Gesundheitsinformationen, die Wahl von Leistungsanbietern oder die Interaktion mit Professionellen des Gesundheitswesens – verlangen ein Nutzerleitbild, das anschlussfähiger ist als die Dichotomie Patient vs. Konsument. Zur Darstellung von reichhaltigeren Optionen wird in dieser Arbeit das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ entwickelt. Danach koexistieren und überlappen sich in einer, im Begriff des Autors, „schillernden Nutzerfigur“ mehrere Selbstbilder und Rollenmuster, wobei die jeweils handlungsrelevante Nutzeridentität kontextuell ausgehandelt wird – *„people’s identity will be formed and influenced by their interactions with others“* (Teschl/Derobert 2008: 154) – etwa in Beziehungen zu Ärzten, Krankenkassen, Apothekern, Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Konkret operiert die vorliegende Arbeit mit folgenden Nutzeridentitäten:

- Bürgern (mit persönlichen, politischen und sozialen Rechten),
- Patienten (und Koproduzenten),
- Konsumenten,
- Gemeinschaftsmitgliedern.

Gemäß leitenden Vorstellungen dieser Arbeit mobilisieren Nutzer multiple Facetten ihrer Identität zur gleichen Zeit, statt mechanisch partikuläre Identitätsdimensionen einzusetzen. Hierbei kommt es zum Wechselspiel von Selbstbildern, in Form von (un)bewussten Überzeugungen und Werten von Nutzern, und systemisch bedingten Rollenzuweisungen. Vor dem Hintergrund der Mehrdimensionalität moderner Gesundheitssysteme werden einzelne Identitätsdimensionen auf- bzw. abgewertet. Im Zuge eines offenen Entwicklungsprozesses vermengen sich traditionelle Nutzerleitbilder der Gesundheitspolitik, der Medizin, aber auch der Selbsthilfebewegung mit dominanten Vorstellungen vom „mündigen Patienten“ und „souveränen Konsumenten“. Dabei entstehen zum einen neue Handlungskonzepte, wie das des Verbraucherbürgers (*citizen-consumer*), oder des Patienten als Experten seiner eigenen Gesundheit (*expert-patient*).

Zum anderen entstehen widersprüchliche Verhaltensanreize, z. B. dann, wenn Nutzer dazu angehalten werden, medizinische Leistungen der GKV möglichst selten und kostenbewusst in

Anspruch zu nehmen, jedoch gleichzeitig dazu animiert werden, „Kaufbereitschaft“ auf privaten Gesundheitsmärkten zu zeigen und dies, wie eingangs erwähnt, bereits in erheblichem Maße tun. Mithilfe des in dieser Arbeit angewandten theoretischen Konzepts werden derartige Dilemmata moderner Gesundheitssysteme beleuchtet und hinsichtlich ihrer Beteiligungsimperative gegenüber Nutzern analysiert. Darüber hinaus werden alternative Konzepte der Nutzerbeteiligung anhand von zwei Leitfragen diskutiert:

- Wie lassen sich Modelle, wie Konsumentensouveränität und Koproduktion, dahingehend ausgestalten, dass Modi und Ziele der Nutzung von Leistungsarrangements die Autonomie von Nutzern nicht beeinträchtigen?
- Welche Anforderungen an Ansätze und Angebote der kollektiven Nutzerunterstützung ergeben sich hieraus?

Untersuchungsfeld

Die theoretischen Grundannahmen werden anhand einer Untersuchung von Nutzerorganisationen im deutschen Gesundheitswesen exemplarisch anschaulich gemacht. Als Nutzerorganisationen werden in dieser Arbeit Anbieter von Information, Beratung und Unterstützung betrachtet, die in ihrer Ausrichtung unabhängig von Krankenkassen, Ärzten oder Arzneimittelherstellern sind. Unter den Begriff „Nutzerorganisation“ fallen sowohl Verbraucherzentralen und Patientenstellen, deren Angebote sich potentiell an alle Nutzer wenden, als auch auf bestimmte Betroffenengruppen spezialisierte Patienten- und Selbsthilfeorganisationen. Die Bedeutung von Nutzerorganisationen, so die leitende Annahme, als Fürsprecher, Anwälte und Kompetenzvermittler für Nutzer steigt. Im Idealfall vermitteln Nutzerorganisationen die Soft Skills zur Nutzung komplexer Gesundheitsleistungen, bieten Nutzern als Betroffenen (emotionalen) Rückhalt und Schutz und bereichern den öffentlichen Diskurs mit eigenen Konzepten zum Gesundheitswesen und dessen Nutzern. Kurzum: Nutzerorganisationen vertreten und unterstützen Nutzer in einer unmittelbaren Weise, wie es die GKVn aufgrund ihrer finanziellen und gesundheitspolitischen Eigeninteressen traditionell nicht taten und aktuell nicht tun. Warum wurde dieses Untersuchungsfeld gewählt?

Traditionell initiieren, begleiten und kritisieren Nutzerorganisationen Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen. Als, wie man sagen könnte, „kollektive Stimme“ der Nutzer forderte bspw. die Gesundheits- und Selbsthilfebewegung in den 1970er und 1980er Jahren ärztliche Behandlungsroutinen heraus, indem die Selbsthilfe eine ganzheitliche „Medizin für den Men-

schen“, gegenüber dem als mechanischer Reparaturbetrieb wahrgenommenen medizinischen Versorgungssystem starkmachte. Hieraus resultierte ein neues Gesundheitsleitbild, das – dargestellt in der Ottawa-Charta (1986) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – die Förderung gesunder Lebenswelten und die Einbeziehung von Menschen in die Gesundheitsprävention propagierte. Ein Vierteljahrhundert später haben sich die Vorzeichen von „Gesundheitsreformen“ erneut gewandelt. Die Beteiligung und Verantwortungsübernahme der Betroffenen steht im Zentrum von Gesundheitspolitik, wenngleich weniger als demokratisches Versprechen, sondern vielmehr als systemisch bedingte *In-die-Pflichtnahme* von Nutzern: Diese sollen Versicherungstarife und Leistungsarrangements auswählen, informiert und kompetent am Behandlungsprozess mitwirken und einen größeren Teil der persönlichen Gesundheitskosten selbst übernehmen.

Souveräne Kaufentscheidungen auf Gesundheitsmärkten, Mündigkeit gegenüber behandelnden Ärzten und medizinische Kompetenz werden gewissermaßen als praktische „Teilnahmebedingungen“ eines modernen Gesundheitssystems vorausgesetzt. Angesichts dieses Anforderungswandels stehen Nutzerorganisationen in einem Zwiespalt: Ihre Rolle als Wissens- und Kompetenzvermittler des Gesundheitswesens hat an Bedeutung gewonnen. Nutzerorganisationen stellen, pointiert formuliert, ein „Handbuch“ zur Nutzung des Versorgungssystems zur Verfügung, indem sie Transparenz zu Versicherungstarifen und Krankenhäusern erzeugen, als Lotsen fungieren oder Patienten für die Interaktion mit Ärzten schulen. In diesen Funktionen wirken Nutzerorganisationen teilweise unwillentlich an der Bewältigung eines Wandels mit, dessen Zielrichtung in einem Spannungsverhältnis zu ihren (ursprünglich) progressiven Beteiligungsmotiven und gesundheitlichen Leitbildern steht. Zu beobachten ist die *„perverse confluence“* (Dagnino 2007: 335) von zwei grundverschiedenen Partizipationsmustern: auf der einen Seite die Ausweitung von demokratischer Beteiligung, persönlichen Rechten und *empowerment* für Bürger des Gesundheitswesens, als dessen Promotoren sich Nutzerorganisationen traditionell verstanden haben, auf der anderen Seite eine (ökonomisch motivierte) Zuweisung von Mitwirkungspflichten und Verantwortung an Koproduzenten bzw. Konsumenten, die als „Partner auf Augenhöhe“ adressiert werden.

Worin liegen die besonderen Merkmale des gewählten Untersuchungsfeldes? Für Nutzerorganisationen kommt es als „Moderatoren“ und „Übersetzer“, der aus ihrer Perspektive „verdrehen Wirklichkeit“ im Gesundheitswesen, darauf an, *„public participation as a condensate in which different political projects may be uneasily combined“* (Newman/Clarke 2009: 139) zu

entschlüsseln. Die spannungsgeladene Emanzipation *und* Aktivierung von Nutzern verlangt neue Unterstützungskonzepte. Es gilt, Strategien dazu zu entwickeln, wie systemisch prinzipiell unterminierte Bedürfnisse der jeweiligen Nutzerklientel nach Schutz, Sicherheit und Vertrauen aufgefangen werden können. Nutzer als Bürger, Patienten, Konsumenten und Ko-produzenten in einer Person zu begreifen, bedeutet in diesem Zusammenhang einen Gewinn an Variabilität, um duale Denk- und Deutungsmuster (z. B. Patient vs. Konsument) aufzubrechen. De facto geht es für Nutzerorganisationen darum, alternative Deutungen und anschlussfähige Handlungsoptionen aufzuzeigen, deren Umsetzung nicht utopisch ist, sondern von denen in realen Kontexten des Gesundheitswesens ein „*transformative potential*“ (ebd.) ausgehen kann. Inwieweit Nutzerorganisationen in diesem Sinne als „Gestalter und Agenten des Wandels“ (*change agents*) agieren, ist Gegenstand der empirischen Untersuchung (vgl. Kap. 7).

Untersuchungsmethode und Forschungsfrage

Das heterogene Spektrum von Nutzerorganisationen im deutschen Gesundheitswesen wird in dieser Arbeit mittels einer qualitativen Studie empirisch gespiegelt. Ausgewählt wurden fünf verschiedene Typen von Nutzerorganisationen, deren Arbeitsansätze und -schwerpunkte sowie deren Nutzerklientel sich voneinander unterscheiden:

- allgemeine Nutzerberatung,
- Nutzer- und Patienteninformation bzw. -edukation,
- Patientenorganisationen,
- Selbsthilfe,
- institutionelle Nutzer- und Patientenunterstützung.

Sowohl die unterschiedlichen Antriebskräfte des Gesundheitswesens als auch die Vielfalt an Identitätsfacetten von Nutzern prägen die Arbeit der ausgewählten Nutzerorganisationen, die *selbst* plurale Elemente in sich vereinen: als Anwälte und Lobbyisten ihrer Klientel, als Fürsorgeinstanzen und Agenturen der Kompetenzvermittlung bzw. als Netzwerke des emotionalen Rückhalts und der identitätsstabilisierenden Selbstvergewisserung von Nutzern. Gleichwohl erfüllen Nutzerorganisationen dieses Aufgabenbündel in unterschiedlichem Ausmaß sowie mit unterschiedlichen Akzentuierungen. Während bspw. allgemeine Beratungsstellen überwiegend mit verbrauchertypischen Themen, wie Abschluss von Versicherungsverträgen, Wahlmöglichkeiten oder Unklarheit hinsichtlich Rechtslagen, konfrontiert werden, steht für

Patienten- und Selbsthilfeorganisationen die lebenspraktische Bewältigung von Krankheit, Behandlungsverfahren und Mitwirkungspflichten im Vordergrund.

Anhand welcher Methode wurden Ansätze der Nutzerunterstützung untersucht? Angesichts des doppelten Forschungsinteresses der Arbeit, das sich sowohl auf die Adressaten von Nutzerorganisationen als auch auf organisationsinterne Ausrichtungen und Abläufe richtet, wurden *Experten* als „Zugangsmittel“ und „Repräsentant[en]“ (vgl. Przyborski/Wohlraab-Sahr 2009: 132) von Nutzerorganisationen ausgesucht. Um das „Kontextwissen“ (ebd.: 133) von Experten möglichst breit zu erheben, wurden zur Auswahl der Interviewpartner die Methoden des *Theoretical Sampling* und des Schneeballverfahrens kombiniert. Darüber hinaus lag der Untersuchungsschwerpunkt auf Nutzerorganisationen, die potentiell alle Nutzer des Gesundheitswesens adressieren. Insgesamt wurden 22 Experten interviewt, wobei sich die Interviews an folgenden Leitfragen orientierten:

- Welche Veränderungsprozesse kennzeichnen das Gesundheitswesen aus der Sicht der interviewten Experten?
- Welche Nutzertypen werden wahrgenommen?
- Welche Muster der Nutzernachfrage nach Information und Unterstützung existieren?
- Was sind zeitgemäße Muster nutzerorientierter Handlungspraktiken und Leitbilder?
- Worin liegen Probleme und Schwierigkeiten, bezogen auf die Ausführung der eigenen Aufgaben?

Primäres Ziel der empirischen Untersuchung war zum einen, auf Grundlage des Interviewmaterials, Muster von Nutzertypen und -verhalten anzuordnen, zum anderen Erkenntnisse hinsichtlich der Optimierung von Angeboten der Nutzerunterstützung und der konzeptionellen Ausrichtung von Nutzerorganisationen in einem modernen Gesundheitswesen zu gewinnen. Der Anspruch der empirischen Untersuchung ist in folgender *Forschungsfrage* zusammengefasst:

Wie haben sich unter dem Einfluss von Ökonomie, Markt, Wettbewerb und Wissensbasierung im deutschen Gesundheitswesen die Nutzernachfrage nach Information und Unterstützung sowie die nutzerorientierten Handlungspraktiken und Leitbilder, aber auch die politische Interessenvertretung und Einflussnahme von Nutzerorganisationen verändert?

Die Beantwortung der Forschungsfrage vorgeschaltet sind sechs theoretisch-konzeptionelle bzw. (teilweise) mit empirischen Daten gesättigte Analyseschritte. Vor dem Hintergrund dieses Referenzrahmens erfolgt anschließend die Auswertung und Einordnung der empirischen Ergebnisse.

Aufbau der Arbeit

Im Einzelnen ist die vorliegende Arbeit in acht Kapitel unterteilt:

In Kapitel 1 wird der theoretisch-konzeptionelle Kontext identifiziert, in den das deutsche Gesundheitssystem und dessen Nutzer eingebettet sind. Dies geschieht anhand der Rekapitulation grundsätzlicher sozialpolitischer Aufgaben, traditioneller Steuerungskulturen und neuerer Leitbilder von Sozialpolitik, wie das des *aktivierenden Staates*.

Im Mittelpunkt der Kapitel 2 und 3 steht das deutsche Gesundheitswesen. Zum einen wird das Erbe des korporatistischen Gesundheitssystems nachgezeichnet, in dem Ärzte die Governance des Leistungsgeschehens und die Rolle von Nutzern maßgeblich mitgestaltet (vgl. Kap. 2). Zum anderen werden – vor dem Hintergrund des skizzierten sozialpolitischen Wandels sowie des zu Beginn des Kapitels separat erläuterten Wandels von Motiven der kollektiven Nutzerpartizipation – Modernisierungsdimensionen im deutschen Gesundheitswesen dargestellt. Als Antriebskräfte unterschieden werden die Restrukturierung der gesundheitlichen Versorgung durch managerielle Steuerungsformen sowie durch Markt und Wettbewerb, aber auch das Infragestellen von tradiertem Professionswissen durch komplexe medizinische Leistungen, in denen mehrere Wissensdimensionen zu Bedeutung gelangen. Im Ergebnis verändern die Antriebskräfte die politische Steuerung sowie die individuelle und kollektive Nutzerbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen (vgl. Kap. 3).

In den Kapiteln 4 und 5 wechselt die Perspektive der Analyse von der Makro- zur Mikroebene des Gesundheitswesens: In den Fokus rückt die Figur des Nutzers von Gesundheitsleistungen. Zunächst wird im Lichte der vorgestellten Modernisierungsdimensionen nach Reformperspektiven für Nutzer durch Wahl- und Mitspracheoptionen gefragt. Zu diesem Zwecke werden unterschiedliche theoretische Konzepte der Nutzerbeteiligung diskutiert und in Bezug zum deutschen Gesundheitswesen gesetzt (vgl. Kap. 4). Anschließend wird das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ entworfen, um die komplexe Beziehung von Rollenzuweisun-

gen an und Selbstbildern von Nutzer(n) in einem mehrdimensionalen Gesundheitswesen analytisch zu fassen (vgl. Kap. 5).

Der Empirie vorangestellt ist die Darstellung und Abgrenzung des Untersuchungsfeldes: unabhängige Nutzerorganisationen des deutschen Gesundheitswesens. Hierfür werden Ziele und Aufgaben von Nutzerorganisationen von denen der „abhängigen Beratung“ (von Leistungserbringern) unterschieden, die für die empirische Untersuchung maßgeblichen Organisationen in Deutschland vorgestellt sowie mögliche Bausteine einer nutzerorientierten Unterstützungskultur, die den Anforderungen moderner Versorgungssysteme und heterogener Nutzertypen gerecht wird, ausfindig gemacht (vgl. Kap. 6).

Im Zentrum des empirischen Teils der Arbeit steht die Frage, welche Muster des Nutzerbedarfs nach Unterstützung im deutschen Gesundheitssystem neu entstehen. Des Weiteren wird erörtert, welche konzeptionellen und praktischen Leitbilder von Nutzerorganisationen relativ an Bedeutung gewinnen bzw. verlieren. Nach der Erläuterung der methodischen Vorgehensweise werden Ergebnisse zu zentralen Themen, wie real dominierende Nutzerrollen und aus Expertensicht erforderliche Nutzerkompetenzen, vorgestellt und vor dem Hintergrund der Forschungsfrage synthetisiert (vgl. Kap. 7).

Das abschließende Fazit sowie der Ausblick erörtern, nach einem generellen Resümee der Arbeit und einer kritischen Würdigung des angewandten mehrdimensionalen Analysekonzepts, die Chancen von Nutzern und Nutzerorganisationen, Autonomiepotentiale und Gestaltungsansprüche im deutschen Gesundheitswesen zu verwirklichen (vgl. Kap. 8).

1 Das Gesundheitssystem im Kontext neuerer sozialpolitischer Leitbilder

Einleitende Überlegungen

Forschungsziel dieser Arbeit ist es, neue Muster der Nutzerunterstützung des deutschen Gesundheitswesens ausfindig zu machen. Auf theoretisch-konzeptioneller Ebene setzt dieses Vorhaben zunächst eine Rekapitulation der Zielsetzungen und Instrumente des Sozial- und Gesundheitssystems voraus. Gesundheitspolitik und Leitbilder der Nutzerorientierung sind vor dem Hintergrund von Veränderungsprozessen innerhalb des deutschen Sozialstaats und stilprägender Sozialstaatskulturen zu betrachten.

Die Darstellung spezifisch deutscher Sozialstaatstraditionen bildet daher den Ausgangspunkt der Analyse. Staatliche Sozialpolitik legitimiert die „Gesamtheit aller Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung, besonders der Krankheitsbehandlung und der Gesundheitsvorsorge“ (Holzinger 2002: 280). Sozialpolitische Richtungsentscheidungen und institutionelle Strukturbildungen schlagen sich in der Ausrichtung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems nieder. Die Analyse aktueller Steuerungsdynamiken im deutschen Gesundheitswesen geschieht daher im Kontext der Betrachtung übergeordneter sozialstaatlicher und politischer Wandlungsprozesse.

Für ein besseres Verstehen der Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems rekapituliert der erste Teil dieses Kapitels grundsätzliche Fragen der Sozialpolitik und analysiert den Wandel des deutschen Sozialstaats. Dazu sollen sozialpolitische Ziele und Überzeugen ebenso rekonstruiert werden wie die Instrumente und Regierungsstile zur deren Realisierung. Besonderes Augenmerk richtet sich auf die Rolle der Adressaten und Nutzer von Sozialpolitik, ihre Aktivierung, steuerungspolitische Einbindung und Koproduktion. Ebenso wird die spezifische Kultur analysiert, die die Gesamtheit aller sozialpolitischen Maßnahmen einbettet und flankiert.

Folglich wird im ersten Teil des Kapitels der Frage nachgegangen, welchen Zielen Sozialpolitik grundsätzlich dient und welche Instrumente hierfür zu Verfügung stehen (vgl. Abschn. 1.1); dann wird das Spannungsverhältnis der zentralen Steuerungslogiken von Staat, Markt und Gemeinschaft beleuchtet (vgl. Abschn. 1.2) und nach einem angemessenen Begriff von Regierungstätigkeit (Governance) innerhalb von Sozialpolitik gefragt (vgl. Abschn. 1.3). Anschließend rücken zwei für die Arbeit wesentliche Prozesse in den Vordergrund: die mit dem

aktivierenden Staat verbundene Idee der *Sozialinvestitionen* sowie die damit einhergehenden veränderten Nutzerbilder und -rollen, die als eine neue Verschränkung von Sozial- und Wirtschaftspolitik zu lesen sind (vgl. Abschn. 1.4), und die Aufwertung von Effizienzkriterien und Marktelementen in sozialpolitischen Programmen (vgl. Abschn. 1.5). Ferner werden die Auswirkungen der neuen Steuerungsmodi auf den demokratiepolitischen Gehalt von Sozialpolitik betrachtet (vgl. Abschn. 1.6). Abschließend werden die Dynamiken sozialpolitischer Zielrichtungen und realer Politiken zusammengefasst und in einen Bezug zur Forschungsfrage der Arbeit gestellt (vgl. Abschn. 1.7).

1.1 Weshalb und mit welchen Mitteln Sozialpolitik?

Die Entwicklung von Sozialpolitiken ist vor dem Hintergrund eines Wissens zu relevanten Begründungsmustern und Aufgabenzuschreibungen nachzuzeichnen. Um zu erklären, weshalb und wie Zielsetzungen und Instrumente sozialpolitischen Handelns sich verändern, gilt es, zu den Ursprungsmotiven zurückzukehren. Im Folgenden erfolgt keine hermeneutische Abhandlung dieser „uralten“ Frage (vgl. hierzu u. a. Kaufmann 2005; Lessenich 2008), sondern es gilt, den Sinn und die Realisierung von Sozialpolitik unter einer für diese Arbeit maßgeblichen Perspektiven zu betrachten: der von Adressaten und *Nutzern* von Sozialpolitik. Sozialpolitische Maßnahmen wirken sich für Nutzer durch soziale Rechte, Ansprüche, Aktivierungsanrufungen sowie Zumutungen aus und erfordern, wie im empirischen Teil dieser Arbeit (vgl. Kap. 7) gezeigt werden wird, eine entsprechende Nutzerkompetenz sowie Maßnahmen der Nutzerinformation, -unterstützung und -beratung.

Die Notwendigkeit von Sozialpolitik wird durch gravierende Disparitäten innerhalb von Gesellschaften legitimiert. Gestalten sich die politischen und wirtschaftlichen Entwicklungs- und Einflussmöglichkeiten sowie die materielle und kulturelle Ressourcenverteilung zwischen Individuen und Gruppen innerhalb eines *sozialen Raums* als strukturell ungleich, ist der gesellschaftliche Friede in permanenter Gefahr (vgl. Lampert/Althammer 2004: 13). Sozialpolitische Intervention dienen der Befriedung der *sozialen Frage* und der Überwindung eines Zustandes andauernder gesellschaftlicher Instabilität: Der Staat greift aktiv in die Gestaltung der sozialen Lebenslagen seiner Bürger ein, indem er versucht, die eklatantesten Ungleichheiten zu korrigieren. Grundsätzlich zielt die organisierte soziale Steuerung von Gesellschaften daher auf Gewährleistung des *inneren Friedens* und politischer Herrschaftssicherung ab.

Wie lauten die Begründungsmuster „neuzeitlicher Sozialpolitik“ (ebd.: 13) in politischen Gesellschaften, deren auf strukturellen Ungleichheiten beruhende Grundkonflikte zunehmend an Komplexität gewonnen haben? Trotz der „räumlich und zeitlich begrenzten Gültigkeit“ (ebd.: 4) konkreter sozialpolitischer Inhalte lassen sich, bezogen auf die Adressaten, zwei konstitutive Ziele identifizieren: der Schutz vor existenziellen Lebensrisiken sowie die Verbesserung der Lebensperspektiven des Einzelnen (vgl. Kaufmann 2003: 100). Aus Sicht der Nutzer können die Zieldimensionen nach ihren schützenden und eigenverantwortlich zu nutzenden Elementen unterschieden werden. Die Absicherung gegen die „Wechselfälle des Lebens“, d. h. gegen die unmittelbaren Folgen von Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderung, Alter, Pflegebedürftigkeit und Tod, erfolgt durch gesetzlich normierte Anrechte auf Sach-, Geld- oder Dienstleistungen. Abstraktere sozialpolitische Güter, die der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse und der Lebensqualität dienen, wie Gesundheit und Bildung, Arbeit und Freizeit oder eine lebenswerte Umwelt, müssen von den Adressaten individuell „nutzbar“ gemacht werden. Hierfür ist häufig das Aneignen eines Nutzen stiftenden Lebensstils (vgl. etwa Konzepte zur Work Life Balance) nötig.

Die basalen Zieldimensionen und Motivbündel des Sozialstaats sind differenziert zu beschreiben: Neben den sozialen und (macht-)politischen Funktionen lassen sich ökonomische, kulturelle und professionelle Wirkungsabsichten ausmachen (vgl. Frevel/Dietz 2008: 64 ff.; Kaufmann 2005: 27). An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass bei der Bewertung von Sozialpolitik die wechselseitige Wirkung der Zieldimensionen und somit eine summarische Betrachtungsweise ausschlaggebend ist. Erfolgreiche Sozialpolitik, etwa in Form eines öffentlichen Gesundheitssystems, kombiniert individuellen Nutzen (z. B. die Versorgung von Kranken und Schwachen) mit einem kollektiven (gesellschaftsstabilisierenden) Nutzen, professionsinternen Interessen sowie mit einem staatlichen Mehrwert. Letzterer ist in der Gegenwart u. a. als *soziale Investition* in die Wiederherstellung der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft von Bedeutung (vgl. Abschn. 1.4).

Welches sind die Interventionsursachen und -wirkungen staatlicher Sozialpolitik? Karl Polanyi ([1944] 1978) beschrieb in *The Great Transformation* die Kumulation dreier Revolutionen Mitte des 19. Jahrhunderts als Triebkraft für eine moderne Sozialpolitik. Einschneidende politische (Aufhebung der Leibeigenschaft), technologische (Industrialisierung) und ökonomische (Gewerbefreiheit, Freizügigkeit von Arbeitskräften) Veränderungen initiierten weitreichende Deregulierungsprozesse, deren soziale Folgen einen Großteil der Menschen einer-

seits von früheren familiären und gemeinschaftlichen Abhängigkeiten lösten, sie jedoch gleichzeitig schutzlos den Auswirkungen des freien Spiels von Marktmechanismen aussetzte (vgl. ebd.). Historisch betrachtet sind es diese ökonomischen und sozialen Dynamiken, gegen die sich der moderne Sozialstaat als „Schutzdispositiv“ (Kaufmann 2005: 17) positioniert und dessen ordnungspolitische Zielrichtung die Zivilisierung und Regulierung der kapitalistischen Wirtschaftssphäre ist. Konstitutiv für Sozialpolitik bleibt zudem immer auch ein utopisches Moment: das Versprechen, „charakteristische Problemlagen der Moderne“ (Kaufmann 2003: 74) sozialverträglicher zu gestalten.

Fragen nach dem *Ob* und dem *Wozu* von Sozialpolitik führen zur Suche nach geeigneten sozialpolitischen Interventionsformen. Folgt man der Vorstellung, Sozialpolitik sei ein sozialregulierendes Scharnier zwischen Politik (staatlicher Öffentlichkeit) und Marktgesellschaft (vgl. Ullrich 2005: 16), stellt sich die Frage, *wie* die Auswirkungen beider Bereiche miteinander in Einklang zu bringen sind.

Hier gilt: Das Einwirken auf die „strukturellen Bedingungen des alltäglichen Lebens“ (ebd.) geschieht grundsätzlich in zweifache Richtung: zum einen durch direkte Interventionen in das Marktgeschehen, um prekäre soziale Lebenslagen zu vermeiden oder zumindest zu kompensieren, und zum anderen durch indirekte Veränderungen gesellschaftlicher Zusammenhänge. Indirekte sozialpolitische Interventionen sind als gezielte Eingriffe in private Lebenswelten zu verstehen. Etwa dann, wenn familiäre Gemeinschaften von der Aufgabe der sozialen Daseinsvorsorge und Problemlösung partiell entlastet werden – bei gleichzeitiger Konditionierung der Voraussetzungen von subsidiären Sicherheitssystemen (vgl. Kaufmann 2005: 26 f.). Das hieraus resultierende doppelte Versprechen moderner Sozialpolitik auf soziale Sicherheit *und* individuelle Freiheit birgt jedoch einen Zielkonflikt. Die sozialpolitisch intendierte Einschränkung des Warencharakters menschlicher Arbeitskraft („Dekommodifizierung“, vgl. Esping-Andersen 1990) steigert die Autonomie des Individuums, indem der Einzelne unmittelbar vor Marktmechanismen geschützt wird. Ob es Sozialpolitik gelingt, Sicherheit und Freiheit miteinander zu versöhnen, hängt im Einzelfall maßgeblich von den „Modalitäten der Leistungsvergabe“ (Ullrich 2005: 111) ab. Wie in Kapitel 3 am Beispiel der Modernisierung des Gesundheitswesens demonstriert wird, entscheidet das Design von Steuerungsinstrumenten erheblich über deren Effekte. Ein niedrigschwelliger Zugang, eine an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Unterstützungskultur und eine nutzerfreundliche Ausgestaltung

von Sozialleistungen sind in diesem Zusammenhang in gleicher Weise wichtig wie gesetzlich verankerte Rechtsansprüche.

Welche Instrumente kennt die Sozialpolitik und auf welchen Werten beruhen diese? Im Mittelpunkt stehen die *Nutzungsvoraussetzungen* sozialpolitischer Zuwendungen und Rechte. Hier lautet die Leitfrage: Sind diese bedingungslos oder an Pflichten oder besondere Handlungsfähigkeiten und -kompetenzen der Nutzer geknüpft? Soziale Sicherungssysteme basieren im Wesentlichen auf Eigenverantwortung, Solidarität und Subsidiarität. Diese Grundnormen stehen in einem Wechselverhältnis zueinander. Ihr Realisierungsgrad unterscheidet sich je nach Steuerungsinstrument und hängt von der zugrunde liegenden Sozialstaatskultur ab (vgl. Abschn. 1.3). Hinsichtlich ihrer ordnungspolitischen Konsequenzen lassen sich drei Strukturprinzipien unterscheiden (vgl. Boeckh/Huster/Benz 2006: 158 ff.):

- Eigenverantwortung richtet sich an der menschlichen Vernunft sowie am Prinzip der Leistungsgerechtigkeit aus. Dies geschieht durch sozialstaatlich auferlegte Versicherungs- und Vorsorgepflichten sowie eine positive Sanktionierung derjenigen, die diesen Pflichten nachkommen.
- Solidarität zielt auf Risikoabsicherung der von Erwerbsarbeit abhängigen Bevölkerung (etwa gegen Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit). Als sozialpolitische Interventionsformen stehen hierfür u. a. Ausgleichszahlungen beitragsfinanzierter Sozialversicherungssysteme im Schadensfall und eine aktive staatliche Umverteilungspolitik zur Verfügung.
- Subsidiarität ist als sozialpolitisches Prinzip weder an die Einhaltung eigenverantwortlicher Pflichten noch an Erwerbsarbeit geknüpft. Subsidiäre Fürsorge beruht auf vorleistungsfreien Interventionen unterer Sozialinstanzen, wie Individuum, Familie und soziale Gemeinschaft. Allerdings ist es Aufgabe sozialstaatlicher Politik, Selbsthilfepotentiale – etwa durch die Bereitstellung von Steuergeldern – zu fördern.

Sozialpolitische Instrumente, wie Geld-, Sach- und Dienstleistungen, sind – wenngleich in sehr unterschiedlicher Weise – an eine Beteiligung der Adressaten von Sozialpolitik gebunden. Die lebensweltliche Ausgestaltung von Sozialleistungen basiert auf deren Nutzung. Formale Prinzipien der Sozialpolitik realisieren sich erst durch individuelles Nutzerhandeln (vgl. Frevel/Dietz 2008: 53 ff.). So werden innerhalb des deutschen Sozialstaats

- Höhe und Dauer von *Geldleistungen* gemäß dem Äquivalenzprinzip, d. h. entsprechend individuellen Beitragszahlungen, leistungsgerecht festgesetzt. Monetäre Anrechte, etwa in Form eines Pflegebudgets, verlangen einen verantwortungsbewussten, am eigenen Bedarf ausgerichteten „Einkauf“ von Pflegeleistungen;
- zwar sind *Sachleistungen*, etwa im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dem Solidarprinzip unterstellt, das allen Versicherten „die gleichen Leistungen im Falle von Krankheit, Vorsorge und Rehabilitation“ (Boekh/Huster/Benz 2006: 178) garantiert; die Nutzung von bereitgestellten Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln oder Gutscheinen setzt jedoch individuelle Kompetenzen (z. B. Gesundheitswissen, Therapietreue, Marktauswahl) voraus;
- persönliche *soziale Dienstleistungen*, die nach dem „Uno-actu-Prinzip“, d. h. der Gleichzeitigkeit von Erbringung und Konsumption, verlangen *per definitionem* die Koproduktion von Nutzern.

Das sozialpolitische Sicherheitsversprechen ist somit individuell in „Selbstsicherheit“ (Evers/Nowotny 1987: 180) zu transformieren. Soziale Sicherheit wird „über den allmählichen Gewinn an sozialer Kompetenz“ (ebd.) vermittelt. Nutzenstiftende Sozialpolitik realisiert sich erst durch die aktive, wissens- und kompetenzgestützte Mitwirkung von Nutzern an der lebensweltlichen Umsetzung sozialpolitischer Maßnahmen. Dies setzt voraus, dass Nutzer als mit Freiheits- und Handlungsrechten ausgestattete *Bürger* agieren können. Staatliche Sozialpolitik ist daher auf die Institutionalisierung und Internalisierung moderner Staatsbürgerschaft, d. h. auf das „freiheitsverbürgende“ Zusammenspiel persönlicher, politischer und sozialer Rechte, angewiesen (vgl. Marshall 1965).

Resümierend ist festzuhalten, dass Sozialpolitik vor dem Hintergrund eines heterogenen Bündels von Zielen und Motiven formuliert wird, deren dynamische Wechselwirkung individuellen Schutz und Sicherheit gewährleistet, aber auch Eigenleistungen voraussetzt. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Spannungsverhältnis zwischen Staat, Markt und Gemeinschaft in der Sozialpolitik.

1.2 Vor welchem Hintergrund entsteht Sozialpolitik?

Moderne Sozialpolitik dient nicht nur der Pazifizierung von gesellschaftlichen Interessenkonflikten, sondern greift darüber hinaus in individuelle Lebenswelten und gesellschaftliche Selbsthilfesysteme ein. Vormalig nicht-reglementierte private Problemlösungsnetze und -

gemeinschaften werden dabei entlastet, durch sozialstaatliche Institutionen und Bürokratien ersetzt oder aber subsidiär in die Pflicht genommen. Vorangetrieben wurde dieser Prozess durch die freie Entfaltung („Entbettung“, vgl. Polanyi ([1944] 1978) von Marktmechanismen, denen die Menschen ohne staatliche Sozialpolitik schutzlos ausgeliefert waren. Das Spannungsverhältnis zwischen Staat, Markt und Gemeinschaft bildet in diesem Zusammenhang den sozialpolitischen Referenzrahmen. Folgenden drei Fragen soll hier nachgegangen werden: Was sind die Kernelemente der drei Sphären? Wann kommt es zu gegenseitigen Unvereinbarkeiten? Inwieweit kann Sozialpolitik unterschiedliche Steuerungslogiken kombinieren?

Offe charakterisiert Staat, Markt und Gemeinschaft als basale „Komponenten sozialer Ordnung“, deren Gleichgewicht „sozialen Zusammenhalt“ (2002: 71) verspreche. Der Optimalzustand einer sich gegenseitig stützenden Balance der drei Prinzipien ist jedoch voraussetzungsvoll und permanent prekär, da die einseitige Maximierung des Wertmotivs einer bestimmten Sphäre unweigerlich zur Unterminierung der Funktionsfähigkeit der anderen führt (vgl. ebd.). Die von Offe (2002) herauspräparierten Wertmotive „Vernunft“ (Staat), „Interesse“ (Markt) und „Leidenschaft“ (Gemeinschaft) lassen sich in Transaktionsformen von (sozialen) Gütern und Dienstleistungen umwandeln (vgl. Polanyi 1958). Danach setzt der Staat auf hierarchisch strukturierte Umverteilung von Leistungen. Auf Märkten hingegen kommt es zum freien, anonymen und auf Nutzenabwägungen ausgerichteten Warentausch; wohingegen Sozialleistungen in Gemeinschaften idealtypisch unter der Annahme der Reziprozität erbracht und entgegengenommen werden (vgl. Czada 2007: 69).

Im Bereich der Gesundheitspolitik entstünde demnach durch eine rein staatliche, auf standardisierte Sicherheit und Gleichheit aller Bürger ausgerichtete Gesundheitsversorgung ein ordnungspolitisches Ungleichgewicht. Marktmechanismen, insbesondere die Freiheit von Nutzern, zwischen konkurrierenden Leistungsanbietern wählen zu können, aber auch identitätsstützende Leistungen der Gemeinschaft, wie etwa die subsidiär erbrachte Pflege von Angehörigen, wären außer Kraft gesetzt. Empfindlich gestört wäre der Ausgleich der drei Ordnungsprinzipien ebenso in rein marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem, das Nutzer ausschließlich als Konsumenten adressiert. Sicherheitsstiftende Interventionen des Sozialstaats zur Verhinderung und Kompensation von Krankheit kämen in einem reinen Marktmodell nicht zum Tragen. Die Vorstellung eines Gesundheitssystems, das die medizinische Versorgung der Bürger vorrangig der Gemeinschaft überträgt, liegt – in modernen Staaten – jenseits der öffentlichen Vernunft. Idealerweise verschränken sich Staat, Markt und

Gemeinschaft innerhalb eines Systems und bilden eine gemischte Anreizstruktur. Solidarische, eigenverantwortliche und subsidiäre Elemente erzeugen demzufolge eine komplexe Steuerungslogik. In der Realität ist die Gewichtung dieser Prinzipien jedoch stets kontingent: Die Konturen des Spannungsverhältnisses transformieren sich fortlaufend neu und erzeugen eine „konfigurative Dynamik“ (Czada 2004: 12). Warum ist das so?

Polanyis „Entbettungs-These“ zufolge besitzen Marktmechanismen eine unbändige Triebkraft, die naturwüchsig ist und sich politische und private Sphären zu eigen macht. Dieser Prozess ist u. a. als „innere kapitalistische Landnahme“ (Lutz 1984, zit. n. Czada 2004: 10) oder – mit einer etwas anderen Intention – als „Kolonialisierung der Lebenswelt“ (Habermas 1996: 361) beschrieben. Ist ein dauerhaftes und stabiles Gleichgewicht zwischen Staat, Markt und Gemeinschaft politisch gewollt, bedarf es eines kontinuierlichen Ausgleichs. Andernfalls droht eine Deregulierungsspirale, die soziale Umwelten vollständig Marktmechanismen unterwirft: „Die Befriedigung materieller Bedürfnisse über den Markt geht [...] auf Kosten sozialer Einbettung und sie ermöglicht zugleich ein Höchstmaß individueller Freiräume und Lebensweisen.“ (Czada 2003: 12) Auch wenn die von Czada angesprochenen freiheitsverbürgenden Markteffekte Raum für unkonventionelle, subsidiär erzeugte „Wohlfahrtsarrangements“² (Wendt 2010) schaffen, ist ein Austarieren des Spannungsverhältnisses ohne eine (sozialpolitische) Regulierung des Marktes nicht möglich. Sozialpolitik ist daher in „gesellschaftspolitischer Absicht“ (Achinger 1971) und vor dem Hintergrund desintegrierender „Entbettungsprozesse“ formuliert. Marktverursachten Unsicherheiten wird durch die gezielte „(Wieder-)Einbettung“ marktwirtschaftlicher Dynamiken entgegengewirkt: etwa durch gemischte Wirtschafts- und Wohlfahrtskonzepte, wie die einer *mixed* oder *civic economy* und eines „Wohlfahrtspluralismus“ (Evers/Olk 1995).

Die Zähmung und Zivilisierung des Marktes durch korrigierende Eingriffe des Staates bedeutet nicht den Verzicht auf Marktmechanismen in der Sozialpolitik. Ebenso wie Sozialpolitik historisch defamilisierend wirkte und dennoch Subsidiarität zum sozialpolitischen Handlungsprinzip erklärt, schließt die Kompensation von Marktfolgen eine partiell marktwirtschaftlich gesteuerte Sozialpolitik nicht aus. Sozialleistungen können

² Wendt (2010: 29) zum Arrangement-Begriff: „Arrangements sind vorübergehender Natur oder auf Dauer angelegt. Arrangements können offen und beweglich gehalten werden. [...] Von einem Arrangement sprechen wir im Sozialleistungssystem in einem speziellen Sinn, wenn verschiedene personenbezogene Dienste, auch über Sektorgrenzen hinweg und multidimensional, zur Deckung eines Bedarfs zusammengestellt werden.“

- staatlich zugewiesen werden, etwa durch Umverteilung von Steuergeldern oder Inanspruchnahme sozialer Dienste,
- oder bei der staatlichen Rahmung der notwendigen Voraussetzungen durch untere Sozialinstanzen erzeugt werden
- oder aber staatlich regulierten Sozialmärkten überantwortet werden, in denen staatliche, private und freie Anbieter miteinander konkurrieren.

Der als „Komplementärinstitution“ (Rüb 2003: 258) zum Markt entstandene Sozialstaat kann somit aus ökonomischen und steuerungspolitischen Motiven sogenannte „Quasi-Märkte“ (Le Grand 1993) installieren. Der staatlich forcierte und durch Verträge regulierte Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern auf „Wohlfahrtsmärkten“ (Taylor-Gooby 1999; Nullmeier 2002, 2004; Blank 2011) ermöglicht Nutzern die markttypische Wahlfreiheit – mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Kosten der Wahlentscheidungen nicht individuell, sondern kollektiv seitens staatlicher Sozialversicherungssysteme beglichen werden.

Darüber hinaus wendet der Sozialstaat bei der Distribution und Alimentierung seiner Leistungen ökonomische Effizienzkriterien an (vgl. Abschn. 1.5). Managerielle Logiken umfassen etwa die Budgetierung medizinischer Leistungen und deren Kosten-Nutzen-Bewertung. Aber auch die systematische Verknüpfung der Bereitstellung von Sach- und Dienstleistungen mit der kostenbewussten Koproduktion von Nutzern gehört hierzu (vgl. Abschn. 3.2).

Kurzum: Staat, Markt und Gemeinschaft bilden das ordnungspolitische Korsett moderner Sozialpolitik, deren Wertmotive und Transaktionsformen erst durch eine permanente Feinjustierung Synergie- und Stabilisierungseffekte herbeiführen. Zugleich nutzt Sozialpolitik Mechanismen gemeinschaftlicher und marktwirtschaftlicher Leistungszuteilung zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung. Welcher Governance-Begriff vor diesem Hintergrund in dieser Arbeit Anwendung findet, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

1.3 Sozialpolitische Governance

Aus zwei Gründen ist die spezifische Form der „Tätigkeit des Regierens, Lenkens bzw. Steuerns und Koordinierens“ (Benz 2004: 15) innerhalb der Sozialpolitik für diese Arbeit bedeutsam: Einerseits gilt es, einen pluralistischen Begriff sozialpolitischer Governance zu entwickeln, der „mehrere Steuerungsobjekte und -subjekte“ (Evers 2006: 142) kennt. Andererseits sollen im Hinblick auf dominante Nutzerleitbilder im Gesundheitswesen verhaltenssteuernde

Aspekte analysiert werden. Von Interesse ist dabei der grundsätzlich ambivalente Charakter der Einbeziehung und (Selbst-)Steuerung der Adressaten der Sozialpolitik: Nutzer sind sowohl mit neuen Teilhabeoptionen als auch Beteiligungspflichten konfrontiert (vgl. Newman 2006: 171 f.).

Eine analytische Sichtweise von sozialpolitischen Governance-Prozessen ist zunächst einmal selbstreflexiv. Zum Steuerungsobjekt werden auch die institutionellen (Akteurs-)Strukturen, innerhalb derer Sozialpolitik „gemacht“ wird (vgl. Benz 2004: 20). Governance in der Sozialpolitik befindet sich daher in einer kontinuierlichen Dynamik. Die Meta-Steuerung einzelner Politikfelder (z. B. „Gesundheit“, „Arbeitsmarkt“) passt sich den jeweiligen Akteurskonstellationen, Problemlagen und sozialpolitischen Interventionsabsichten an. Hieraus lässt sich die Eigentümlichkeit (sozialpolitischer) Governance herleiten: Dem Staat als Steuerungsinstanz kommt zwar weiterhin eine Schlüsselrolle zu; (Regierungs-)Beteiligung bei der Umsetzung von Sozialpolitik erhalten darüber hinaus aber auch nicht-staatliche Akteure, wie Sozialpartner, Interessen- und Wohlfahrtsverbände, Selbstverwaltungsorgane und Organisationen des Dritten Sektors (vgl. Evers 2006: 141). *Steuerungskulturell* ergibt sich aus der „Spannung und Verschränkung verschiedener Steuerungslogiken“ (ebd.: 147) eine „evolutionäre Dynamik“ (Bode 2007: 404; vgl. Evers/Leggewie 1999) an Koordinationsmöglichkeiten, -stilen und -praktiken. Der Anspruch sozialpolitischer Governance lässt sich wie folgt formulieren (vgl. Lamping/Schridde 2004: 61, Hervorh. i. Orig.): „Rekombinantes Regieren meint [...] nicht nur, dass die Regierung in der Lage sein muss, *Governance*-Modi fortwährend zu rekombinieren, sondern auch die institutionellen Strukturen des Sozialstaats und seiner ausdifferenzierten Leistungssysteme im Hinblick auf sozialpolitisch erwünschte Wirkungen zu rekonstruieren.“

Die Frage nach den *sozialpolitisch erwünschten* Wirkungen führt zur zweiten Ausrichtung sozialpolitischer Governance: dem steuerungspolitisch intendierten Verhältnis zwischen Leistungsanbietern und Nutzern. Seit Mitte der 1990er Jahre gehört der Aktivierungsbegriff zum zentralen Vokabular der Sozialpolitik (vgl. Abschn. 1.4). Aktiviert werden sollen über alle Lebenslagen und -stationen hinweg alle Bürger des Sozialstaats (vgl. Lessenich 2008: 85 ff.). Sozialbürger werden mittels vielfältiger „Eigen-, Gegen- und Vorleistungen bzw. präventiver Anstrengungen“ (Evers 2006: 142) in den sozialpolitischen Regierungsprozess miteinbezogen. Dies geschieht einerseits durch „vertragsförmig fixierte Verhaltensanforderungen“ (Bode 2007: 405), in denen analog zu marktlichen Arrangements Steuerungseffekte,

wie etwa eine Senkung der Gesundheitsausgaben, durch die Koproduktion von Leistungen und gesundheitsförderlichen Lebensstilen erzielt werden. Andererseits werden Nutzern sozialpolitische Aufgaben überantwortet. Sozialpolitische Governance bedeutet in diesem Zusammenhang den Verzicht auf Steuerung (ebd.: 402). D. h., die *Eigenleistung* wird vollständig in den Bereich der *Eigenverantwortung* des Einzelnen überführt. Hierzu gehört etwa die Eigenfinanzierung von Gesundheitsleistungen, aber auch die Wahl eigener Versorgungspakete in der GKV. Der Paradigmenwechsel eines großflächigen Versorgungssystems mit gleichen Leistungsansprüchen hin zu vielfältigen Leistungsarrangements beruht auf einer Verschiebung des Verhältnisses „zwischen öffentlichen und privaten Beiträgen zu Sicherheit und Entwicklungschancen“ (Evers 2006: 142). Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt stärker als zuvor individuelle Kompetenzen und die Bereitschaft zur Koproduktion voraus.

Zwei Instrumente der Nutzeraktivierung sind zu unterscheiden:

Erstens die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen der Nutzer. Gemäß der Idealvorstellung von „so wenig paternalistischer Staat wie nötig, so viel gesellschaftliche Beteiligung und Aktivität wie möglich“ sollen Nutzer zu umfassender Sozialkompetenz befähigt werden (vgl. Evers/Leggewie 1999). Der Gradmesser für eine erfolgreiche Governance ist hier, inwieweit es steuernden Akteuren gelingt, „eine gesellschaftliche Ko-Produktion von Leistungen zu initiieren“ (Jann/Wegrich 2004: 206).

Zweitens erfolgt die Anrufung von Adressaten durch eine dirigistische *In-die-Pflicht-Nahme*. Diese Form der „*coercive welfare governance*“ (Newman 2006: 172) basiert auf einer erzwungenen Verantwortungsteilung. Intendierte Eigenleistungen der Steuerungsobjekte erfordern hier eine Fremd- und Selbst-Disziplinierung der Nutzer. Konkret kann das bedeuten: Die Weigerung zur Koproduktion wird mit der Vorenthaltung oder Kürzung von Leistungsansprüchen sanktioniert.

Für diese Arbeit grundlegend ist ein breiter sozialpolitischer Governance-Begriff. Regieren in der Sozialpolitik umfasst somit immer auch die Kompetenz von Nutzern, sich „im Schatten der Hierarchie“ (Lütz 1995: 189) selbst zu regieren. Real geschieht dies jedoch vor dem Hintergrund von Leitbildern, wie „Sozialinvestitionen“ und „aktivierender Sozialstaat“, und innerhalb präformierter Leistungsarrangements. Beide Aspekte werden im folgenden Abschnitt vorgestellt.

1.4 Neue Leitbilder: „aktivierender Staat“ und „Sozialinvestitionen“

Wie sehen zeitgenössische Prägefaktoren der Sozialstaatskultur aus? Zwei Konzepte sind in diesem Zusammenhang seit Mitte der 1990er Jahre von zentraler Bedeutung: die Idee des *aktivierenden Staates* und die Vorstellung von Sozialleistungen als sich in der Zukunft auszahlende *Sozialinvestitionen*. Die Schnittstelle beider Leitbilder ist die wirtschaftspolitische Dimension: Positive Folgeeffekte und Impulse in Bezug auf Wirtschaftspolitiken werden zu sozialpolitischen Kriterien. Zur Einordnung dieses Paradigmenwechsels ist ein Blick zurück erforderlich: Im sogenannten „Goldenen Zeitalter des Sozialstaats“ nach dem Zweiten Weltkrieg bis Mitte der 1970er Jahre etablierte sich eine versorgende und umverteilende Sozialpolitik. Die Koexistenz von Wirtschafts- und Sozialpolitik wurde dabei maßgeblich durch eine langanhaltende Phase eines wirtschaftlichen Aufschwungs ermöglicht (vgl. Evers 2008: 233 f.). Marktwirtschaft und sozialpolitische Maßnahmen wuchsen gleichermaßen, blieben jedoch in ihren Wirkungsbereichen weitestgehend sektoral voneinander getrennt.

Der „automobile Sozialstaat“ (Lessenich 2008: 67 ff.), dessen „scheinbar unaufhörliche Expansionsbewegung“ fortwährend mehr Menschen in seine Sozialsysteme inkludierte, entwickelte sich im Windschatten eines prosperierenden Kapitalismus. In Deutschland wurde dieser Prozess vor allem aufgrund seiner Effekte zur materiellen Stabilisierung und demokratischen Konsolidierung gewürdigt (vgl. Schmidt 2005: 255–296). Explizite Verhaltensanforderungen an die Adressaten staatlicher Sozialpolitik als Voraussetzung der Leistungsvergabe existierten nicht. Das Binnenverhältnis zwischen sozialpolitischen Leistungserbringern und Sozialleistungsempfängern war demnach durch eine weitestgehend passive Rolle der Adressaten bestimmt. Gesellschaftspolitisch wurde ein Eigenleistungsanteil zur sozialen Sicherung kaum diskutiert. Im Vordergrund christlich-sozialer und sozialdemokratischer Entwürfe von sozialer Gerechtigkeit stand vor allem die Teilhabe der Menschen am wachsenden Wohlstand. Konzeptionell beschränkte sich Sozialpolitik auf individuelle Zuteilung von Sach- und Geldleistungen. Weniger Beachtung fand die Kompetenz der Adressaten, umverteilte Sozialleistungen bedarfs- und sachgerecht zu *nutzen*, im Sinne einer sowohl individuell als auch für die Gemeinschaft positiven sozialen Entwicklung.

Greift man die von Evers und Nowotny (1987: 298, 305) getroffene Unterscheidung von „Rückversicherung“ und „Selbstsicherheit“ als zwei gegenüberliegende Pole im Umgang mit (sozialer) Unsicherheit auf, ist die sozialpolitische Nachkriegsentwicklung in Deutschland als Zeitalter der Fixierung auf „äußere Sicherheitsgaranten“ (ebd.: 306) zu lesen. Erst seit den

1960er Jahren wurde von sozialen Bewegungen die Überzeugung gelebt und in den öffentlichen Diskurs überführt, dass demokratische, emanzipatorische und innovative Effekte von Sozialpolitik auch sozialer Kompetenzen von Nutzern bedürfen. Der „umverteilende und versorgende“ Sozialstaat, dessen Leistungskatalog zuvorderst die Selbstbindung der Adressaten an den Staat stärken sollte, verzichtete weitestgehend auf eine Mobilisierung der Bürger und die Formulierung allgemeinverpflichtender „Partizipationsimperative“ (Bröckling 2005: 22).

Worin liegt das substantiell Neue in Leitbildern, wie dem des „aktivierenden Staates“ und dem von „Sozialinvestitionen“? Anhand einer Skizze beider Konzepte soll gezeigt werden, dass der Paradigmenwechsel die Ebene sozialpolitischer Ziele betrifft. Die relative Gewichtung zwischen Maßnahmen, die der wirtschaftlichen Produktion dienen und leistungsstimulierend wirken, und schutz- und sicherheitsbezogenen Maßnahmen wird neu austariert (vgl. Evers 2008: 236). Der im Jahr 2000 vom damaligen Bundeskanzler Gerhard Schröder als politisches Programm ausgerufene „aktivierende Staat“ ist keine deutsche Erfindung, sondern die nationale Lesart, der von Anthony Giddens (1998) und anderen vertretenen Modelle des „Dritten Weges“. Der Analyse von sozialpolitischen Konzepten, die soziale und wirtschaftliche Zieldimensionen verbinden, wird ein kurzer Exkurs vorangestellt.

Im „versorgenden“ Sozialstaat war das Beziehungsverhältnis zwischen Individuen und Staat bzw. Gesellschaft durch eine geduldete Passivität der Nutzer geprägt. Im Gegensatz zum dichotomen Verhältnis von Leistungserbringern und -empfängern werden Sozialleistungen im aktivierenden Staat an Konditionen geknüpft. Gemäß dem Grundsatz „*no rights without responsibilities*“ (Giddens 1999: 65) sind soziale Leistungen an Gegenleistung von Nutzern gebunden. Der Empfang von Arbeitslosengeld verlangt z. B. die vollständige Transparenz der persönlichen Lebensumstände, der Einnahmesituation sowie die kontinuierliche Weiterbildung der Leistungsbezieher. Wer diese vertraglich fixierten Eigenleistungen nicht erbringt, dem wird die soziale Grundsicherung gekürzt (vgl. Evers 2008: 241).

Exkurs A: Eduard Heimanns Soziale Theorie des Kapitalismus

Die jüngere Historie der sozialwissenschaftlichen Ideenwelt verdeutlicht, dass die gegenwärtige Neuausrichtung der Sozialpolitik im Kern nicht neu ist. Rekapituliert man die Essenz von Eduard Heimanns *Soziale Theorie des Kapitalismus* ([1929] 1980) wird das dialektische Verhältnis von kapitalistischer Wirtschaft und Sozialpolitik offenkundig. Heimann begriff Sozialpolitik als etwas Dynamisches, dessen „konservativ-revolutionärer Doppelcharakter“ (ebd.: 1980: IX) sozialen Fortschritt ermöglicht. Sozialpolitische Maßnahmen sind demzufolge eine produktionspolitische Notwendigkeit. Der Kapitalismus hingegen ist auf wesenswidrige Elemente, verstanden als sozialpolitische Zugeständnisse an die arbeitende Bevölkerung, angewiesen. Andererseits sah Heimann in staatlicher Sozialpolitik ein Mittel zur Realisierung sozialer und demokratischer Prinzipien innerhalb des Kapitalismus. Aufschlussreich für die Perspektive dieser Arbeit, d. h. derjenigen auf Nutzerrollen und Teilnehmungsmodi im deutschen Gesundheitswesen, ist Heimanns Vorstellung von Sozialpolitik als „verwandende Kraft“ (ebd.: 176). Der zu realisierende soziale Wandel war für Heimann untrennbar mit einem Mitwirken der Adressaten verbunden. Vor diesem Hintergrund betonte er eine kategorische Trennung zwischen „echter Sozialpolitik“, die dynamische Selbsthilfe entfacht, und statischen, weil „nichtproduktionsbezogenen sozialen Maßnahmen wie Armenfürsorge“ (ebd.: XII). Besonders deutlich wird dies in folgendem Zitat (ebd.: 313): „Wohlfahrtspflege ist nicht soziale Freiheit [...], da doch Freiheit immer Tätigkeit, Verantwortung und Gestaltung bedeutet.“ Heimann erkannte nicht nur die wechselseitige Verschränkung von Marktwirtschaft und sozialer Freiheit, sondern wies bereits auf die aktivierenden Wirkungen von Sozialpolitik hin, d. h. die Stimulierung von Fähigkeiten, die Amartya Sen (1999) später als „*individual agency*“ beschreibt.

Die Stilllegung „solidarisch finanzierter Ruhezeiten“ (Lessenich 2008: 94), verstanden als vorleistungsfreie Sozialleistungen, soll dem sozialen Interesse der Gesellschaft dienen, das dem des Individuums übergeordnet ist. Individuelle Eigenleistung und -verantwortung werden seitens des aktivierenden Staats als „gemeinschaftsentlastende Selbsthilfe“ (ebd.: 120) eingefordert. Demgegenüber verlieren subjektive Ansprüche an Sozialpolitik, wie die Stabilisierung und Erweiterung der eigenen Autonomie und sozialen Sicherheit, an Gewicht. Kurzum: Der aktivierende Sozialstaat basiert auf der schon von Heimann vertretenen Ansicht (vgl. Exkurs A), dass erfolgreiche Sozialpolitik auf Eigenbeiträge der Adressaten angewiesen ist. Gleichwohl unterscheidet sich Heimanns Position hinsichtlich der Zieldimension: Im Vordergrund steht weniger die Emanzipation des Einzelnen durch eine individuelle Gestaltung sozialer Lebenswelten als vielmehr die Stabilisierung des Gemeinwesens durch Übernahme von sozialen Pflichten.

Begleitet wird der sozialpolitische Aktivierungsdiskurs durch die stärkere Betonung des *investiven Charakters* sozialpolitischer Maßnahmen, zulasten von distributiven Begründungen. Wie lauten die wesentlichen Voraussetzungen und Triebkräfte von Sozialinvestitionen? Sozi-

alinvestitionen zielen auf (Aus-)Bildung von Ressourcen und Kompetenzen seitens der Adressaten ab. Die gezielte Förderung der Nutzer soll den Sozialstaat zukünftig entlasten und die Wirtschaft stärken. Im Unterschied zu traditioneller Sozialpolitik, deren Fokus auf der Linderung von gegenwärtigen sozialen Missständen lag, ist investive Sozialpolitik gewissermaßen präventiv: Ihre positiven Effekte zahlen sich erst in der Zukunft aus. Eine derartige Sozialpolitik ist sowohl territorial, durch Investitionen, deren Wirkungen sich in „fremden Bereichen“ wie Bildung und Wirtschaft entfalten sollen, als auch zeitlich entgrenzt. Letzteres zielt auf die „*life course perspective*“ (Gøsta Esping-Andersen 1990) investiver Sozialpolitik ab. Die durch entsprechende Aktivierungsstrategien (u. a. „lebenslanges Lernen“, „Fordern und Fördern“) in den Mittelpunkt rückenden Adressaten werden angerufen, ihre sozialen Kompetenzen, Wissensbestände und Handlungsfähigkeiten kontinuierlich zu erweitern und den Anforderungen ihrer Umwelt anzupassen. Gleichwohl beinhaltet diese Programmatik auch schutzbezogene Elemente. Investive Sozialpolitik gewährleistet soziale Sicherheit, indem sie zu Lebensstilen und Verhaltensmustern ausbildet, die Adressaten dazu befähigt, sich in unsicheren Zeiten der „permanenten“ Transformation zu orientieren und zu behaupten (vgl. Evers 2008: 243).

Welche Rolle übernimmt der Staat im Zusammenhang mit Sozialinvestitionen? Der „*ensuring state*“ (Giddens 2003: 13 ff.) soll garantieren, dass Sozialinvestitionen und Befähigungspolitiken nicht durch eine „entbettete“ Marktwirtschaft konterkariert werden. Stattdessen soll ein notwendiges Mindestmaß an schutzbezogenen Sozialstandards staatlicherseits bereitgestellt werden. Hierzu zählen die Befriedigung von basalen „Bildungs-, Gesundheits- aber auch Unterhaltsansprüchen“ (Evers 2008: 245) sowie die staatliche Übernahme regulativer Verantwortung, wie die Umsetzung politischer Programme, die Koordination von (sozialen) Diensten und die Bereitstellung öffentlicher Ressourcen. Die Aktivierung von Nutzern und ihre Ausbildung zu Koproduzenten von Sozialleistungen sind somit auf einen verantwortungsvollen Staat angewiesen, der die Eigenverantwortung seiner Bürger stimuliert und gleichzeitig förderliche Rahmenbedingungen schafft. Auf der anderen Seite – die Semantik „Sozialinvestitionen“ deutet es an – machen neue sozialpolitische Leitbilder und Programme starke Anleihen bei Markt und Ökonomie. Inwiefern Effizienzkriterien und Marktelemente sozialpolitisch aufgewertet und angewandt werden, legt der folgende Abschnitt dar.

1.5 Ökonomisierung und Vermarktlichung von Sozialpolitik

Zentral für diese Arbeit ist die theoretische Unterscheidung von Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozessen. Eine der populärsten Kritiken am klassischen „versorgenden“ Sozialstaat lautet, dass dieser bei der Umverteilung des gesellschaftlichen Sozialvermögens zu wenig auf Effizienz bedacht sei. Mit dem Ende des wirtschaftlichen Nachkriegsaufschwungs Mitte der 1970er Jahre gewann die Frage der Zweck-Mittel-Relation von Sozialausgaben an Bedeutung. Neben dem Kostenfaktor sozialpolitischer Maßnahmen wurde zudem zunehmend die problemverursachende Komponente von Sozialpolitik thematisiert, allem voran ihre vermeintliche Passivierungstendenz sowie eine Unterminierung von Leistungsbereitschaft und Eigeninitiative. Folglich erhielten effizienzsteigernde Überlegungen mehr Aufmerksamkeit bei der konzeptionellen Ausrichtung von Sozialpolitik und wurden zu ergänzenden Begründungsmustern (vgl. Rothgang/Preuss 2008). Generell erfolgt die Ökonomisierung von Sozialpolitik auf unterschiedlichen Ebenen und anhand unterschiedlicher Instrumente:

- Auf der Makroebene werden neben distributiven Begründungen von Sozialpolitik effizienzorientierte und investive Argumente vorgebracht; der Legitimitätsdruck staatlicher Sozialinterventionen steigt; diese werden analog zu wirtschaftlichen Investitionen nach ihrem *outcome* (Kosten-Nutzen-Verhältnis) bewertet.
- Die sozialpolitische Mesoebene wird nach manageriellen Kriterien umstrukturiert: Kostenträger und Leistungserbringer sollen nach dem Vorbild serviceorientierter Wirtschaftsunternehmen arbeiten; Spezialisierung (auf das „Kerngeschäft“), Einzelverträge, Transparenz und Qualitätswettbewerb treten an die Stelle von flächendeckenden One-fits-it-all-Modellen und Diensten.
- Auf der Mikroebene sollen die Nutzer von Sozialleistungen zur Effizienzsteigerung beitragen. Nutzer werden aufgrund ihrer Doppelrolle als Steuerungsobjekte und -subjekte zu Akteuren des Ökonomisierungsparadigmas. Eine effizientere Verwendung von Sozialleistungen hängt letztlich auch von deren konkretem Nutzungsverhalten ab.

Die Ökonomisierung von Sozialleistungen geht einher mit einer restriktiveren Ver- und Zuteilungspraxis. Eine Anlehnung und Ausrichtung sozialstaatlicher Politik an Grundlagen des „Managerialismus“ und des New Public Management (NPM) soll die Ausgabenseite von Sozialpolitik stärker regulieren. Mehr Wirtschaftlichkeit bedeutet jedoch gleichzeitig mehr staatliche Kontrolle und Normierung: Die Rechenschaftspflichten von Leistungserbringern stei-

gen, Kostenträger werden angehalten, standardisierte Versorgungsprogramme aufzulegen, unabhängige Experten werden beauftragt, Qualität und Wirksamkeit von Leistungen fortlaufend zu überprüfen und Nutzer dahingehend konditioniert, dass sie ihren individuellen Leistungsbedarf und dessen Kosten besser einschätzen.

Die Vermarktlichung von Sozialpolitik ist als Pendant der Ökonomisierung zu verstehen. Im Vordergrund stehen nicht die kostenreduzierenden Elemente, sondern die wachstumsfördernden und gewinnorientierten Aspekte von Sozialpolitik. Beide Prozesse – Ökonomisierung und Vermarktlichung – entsprechen einander: Die Effizienzsteigerung und Verknappung von Leistungen stimuliert die Herausbildung von Wohlfahrtsmärkten, auf denen (private) Leistungsanbieter um Preis, Qualität und Konsumenten konkurrieren. Auf der anderen Seite ist ein versorgender Sozialstaat, dessen Umverteilungspolitik kaum an Ökonomiekriterien gebunden ist, nur bedingt in der Lage, *echten* Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zu initiieren. Grundsätzlich spiegeln sich Marktmechanismen auf den einzelnen Handlungsebenen unterschiedlich wider:

- Auf der Makroebene entstehen staatlich regulierte Wohlfahrtsmärkte; Sozialleistungen werden analog zu anderen Gütern der öffentlichen Daseinsvorsorge (z. B. Strom, Gas) von miteinander konkurrierenden Anbietern erbracht. Darüber hinaus werden die wachstumspolitischen Effekte von marktorientierter Sozialpolitik thematisiert, etwa von der *Gesundheitswirtschaft*.
- Auf der Mesoebene wirtschaften Leistungserbringer und Kostenträger nicht nur wie Unternehmen, sondern versuchen, ihre Marktposition durch attraktive Versorgungsangebote, günstige Konditionen und personalisierte Leistungen, die über den rechtlichen Versorgungsanspruch hinausgehen, auszubauen.
- Auf der Mikroebene wird die Kunden- und Verbraucheridentität der Adressaten von Sozialpolitik gestärkt: Nutzer sollen zwischen den Angeboten konkurrierender Leistungsanbieter wählen. Dies setzt neben responsiven und verbraucherfreundlichen Anbietern die Herausbildung einer „Marktfähigkeit“ seitens der Nutzer voraus: „Die Versprechungen [...] von Wahlmöglichkeiten hängen allerdings gleichermaßen von der Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Betroffenen ab.“ (Lamping 2009: 45)

Die Vermarktlichung von Sozialpolitik betrifft demnach einerseits den Modus, nach dem Sozialleistungen angeboten werden, andererseits erschließt sie Wachstumspotentiale in ehemals

kostenintensiven Versorgungsbereichen. Trotz ihrer unterschiedlichen Zielorientierung sind Ökonomisierung und Vermarktlichung aus Nutzerperspektive auf gleiche Voraussetzungen angewiesen: Wahrnehmung *effizienzfördernder* und *marktschaffender* Regulierungsverantwortung seitens des Staates, Transparenz im Prozess der Leistungserbringung, unabhängige Qualitätskontrollen sowie eine unabhängige Nutzerunterstützung.

Der folgende Abschnitt skizziert, welche Auswirkungen moderne Sozialpolitik auf gesellschaftspolitische Ziele, wie Demokratisierungsprozesse und soziale Integration, hat.

1.6 Demokratiepolitische Implikationen

Sozialpolitische Interventionen haben u. a. Effekte, die das demokratische System stabilisieren können (vgl. u. a. Aichinger 1971). Sozial abgesicherte und sozial integrierte Bürger unterstützen eher eine demokratische Staatsform und Kultur – so die leitende Vorstellung. Worin besteht der demokratiepolitische Gehalt einer aktivierenden Sozialpolitik? Die Mitwirkung von Nutzern ist ein Kernbestandteil sozialpolitischer Governance-Konzepte (vgl. Abschn. 1.3). Fraglich ist hingegen, inwiefern Eigenverantwortungs- und Partizipationsimperative die demokratische Substanz des politischen Systems stärken. Mögliche Antworten ergeben sich durch einen Rekurs auf zwei im sozialpolitischen Beteiligungsdiskurs häufig verwendete Begriffe: „*capability*“ und „*agency*“.

Sen (1993: 30) versteht unter *capabilities* „*alternative combinations of things a person is able to do or be – the various ‘functionings’ he or she can achieve*“. Das „*capability set*“ (ebd.: 33) einer Person hängt sowohl von persönlichen Charaktermerkmalen als auch von den in einer Gesellschaft vorhandenen sozialen Arrangements und Gelegenheitsstrukturen ab. Die Freiheit zu individuellen Lebensstilen und individueller Lebensgestaltung bemisst sich demnach an den Fähigkeiten, die jedem Einzelnen persönlich und gesellschaftlich zur Verfügung stehen. Der Begriff „*agency*“ verweist auf das handlungsbezogene Antriebsmoment, von individuellen Verwirklichungschancen (*capabilities*) Gebrauch zu machen – und dies ausdrücklich in einer persönliche Entwicklungs- und Selbsthilfepotentiale stärkenden Absicht (vgl. Sen 1999: 4 f., 18 f.).

Individuelles Handeln (*agency*) ist nach Giddens’ *Strukturierungstheorie* nicht unabhängig von gesellschaftlichen Strukturen (vgl. Lamla 2003: 45 ff.). Autonomie und persönliche Freiheit entstehen erst aus der kreativen Nutzung des „ermöglichenden Charakters“ (ebd.: 51) von

sozialen Strukturen. Diese sind einerseits Ort und Träger gesellschaftlicher Handlungen, andererseits konstituieren und bestimmen Strukturen soziales Alltagsleben. Individuen reproduzieren soziale Strukturen, indem sie innerhalb ihrer Handlungsentscheidungen treffen. Die Nutzung sozialer Strukturen kann der Verwirklichung persönlicher Handlungsziele dienen. Das individuelle Vermögen an Fähigkeiten (*capabilities*) und die Bereitschaft zum Handeln (*agency*) finden in sozialen Strukturen und Arrangements stets beides: Ressourcen zur Verwirklichung autonomer Lebensentwürfe und Regeln, die Entscheidungsoptionen präformieren und einschränken (ebd.: 51 f.). Der zentrale Aspekt an Giddens' „Dualität von Struktur“ ist die darin angelegte Möglichkeit, vorgefundene Handlungsrahmen durch soziale Praktiken zu transformieren.

In welchem Zusammenhang stehen die Begriffe „*capabilities*“ und „*agency*“ zum demokratischen Gehalt neuer Entwürfe von Sozialpolitik? Die Analyse gegenwärtiger sozialpolitischer Leitbilder verdeutlicht, dass Erfolg und Wirksamkeit sozialer Programme und Interventionen maßgeblich von den Eigenleistungen der Adressaten abhängen. Ihre Beteiligung wird in Konzepten wie „aktivierender Staat“ und „Sozialinvestitionen“ nicht nur angestrebt und gefördert, sondern vorausgesetzt. Im Sinne einer „*participative governance*“ (Newman 2005: 126) setzt der Staat auf ein dialogisches und partnerschaftliches Verhältnis zu seinen Bürgern. Partizipationsbereitschaft wird zur unausgesprochenen Pflicht, um sozialstaatliche Leistungsansprüche überhaupt geltend zu machen. Aktivierende, auf bestimmte Verhaltensweisen und überindividuelle Ziele (z. B. Kosteneffizienz) ausgerichtete Sozialpolitiken laufen Gefahr, die Grundsätze einer demokratischen Kultur zu unterminieren. Eine prinzipielle Zieloffenheit von Sozialleistungen, die Nutzern autonome Verwendungspraktiken zusichert, wird durch das Präformieren der Nutzungskonditionen limitiert. Nutzer besitzen zwar weiterhin die Option, im eigenen Interesse zu handeln, die Spielregeln der Beteiligung werden jedoch seitens des „aktivierenden Staats“ bestimmt – „*participative governance controls the places, norms and rules of participation*“ (Newman 2005: 133).

In diesem Kontext sind die demokratiepolitischen Effekte von Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozessen in der Sozialpolitik zu analysieren. Es lassen sich unterschiedliche Motive einer Nutzereinbindung ausmachen: Die Verpflichtung, Sozialleistungen möglichst ökonomisch zu gebrauchen, konditioniert die Handlungsfreiheit von Nutzern und somit ihre soziale Gestaltungskraft. Die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten zwischen untereinander im Wettbewerb stehenden Leistungsanbietern verspricht hingegen prinzipiell einen Zu-

wachs an Autonomie. Das *capability set* von Nutzern wird erweitert. Dies trifft insbesondere zu, wenn die neu gewonnenen Wahloptionen (*choice*) um Mitspracherechte (*voice*) hinsichtlich der Ausgestaltung und Angebotsstruktur sozialer Leistungen und Dienste erweitert (vgl. Abschn. 4.2) und durch Maßnahmen einer „adäquaten Verbraucherbefähigungs- und Verbraucherschutzpolitik“ (Lamping 2009: 44) flankiert werden. Festzuhalten ist, dass die Realisierung demokratiefördernder Aspekte einer *beteiligungintensiven* Sozialpolitik vor allem davon abhängt, inwiefern Nutzer einen Einfluss auf deren Modi und Ziele haben.

1.7 Zwischenergebnis

Im Zentrum des ersten Teils dieses Kapitels standen drei übergeordnete Fragen:

- Warum und mit welchen Mitteln Sozialpolitik?
- Welche Leitbilder und Legitimationsmuster prägen sozialpolitische Interventionen heute?
- Welche Bedeutung kommt der Eigenleistung, -beteiligung und Kompetenz der Adressaten von Sozialpolitik historisch und gegenwärtig zu?

Verdichtend und thesenhaft können folgende Antworten gegeben werden:

- Die Motive und Zieldimensionen von Sozialpolitik sind seit jeher heterogen. Ihre Pole bilden schutzstiftende sowie herrschaftssichernde, gesellschaftserziehende und ökonomische Beweggründe.
- Zu beobachten ist eine Aufwertung wirtschaftspolitischer Legitimationen von Sozialpolitik sowie die stärkere Betonung von Eigenverantwortung bei der lebensweltlichen Realisierung sozialer Sicherheit. Der Staat überführt sein Schutzdispositiv in Teilen zurück an die Gesellschaft.
- Sozialpolitische Instrumente, wie Geld-, Sach- und Dienstleistungen, werden stärker an die Eigenleistung der Adressaten gekoppelt. Je nach Bereich (z. B. „Arbeit“, „Gesundheit“, „Bildung“) steigen die Anforderungen an spezifisches Wissen und individuelle Handlungskompetenz. Die *In-die-Pflicht* *Nahme* von Nutzern als Koproduzenten ist nicht gleichbedeutend mit einem Gewinn an sozialen Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheiten.

Vor dem Hintergrund der in diesem Kapitel dargelegten sozialpolitischen Rahmung rekapituliert das zweite Kapitel grundlegende Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitswesens. Diese werden im Hinblick auf Forschungsinteressen dieser Arbeit diskutiert, d. h. hinsichtlich der Rollen von Nutzern des Gesundheitswesens und ihrer individuellen und kollektiven Beteiligung.

2 Das Erbe des deutschen Gesundheitswesens

2.1 Grundzüge der korporatistischen Steuerung

Für welchen Nutzertypus ist das deutsche Gesundheitswesen traditionell konzipiert? Welche Logik und Kultur der Leistungserbringung dominiert das korporatistische Institutionengefüge? Was sind die besonderen Charakteristika des deutschen „*health policy context*“³ (Blank/Bureau 2008: 32)? – Ziel des folgenden Abschnitts ist es, wesentliche Struktur- und Steuerungsprinzipien des deutschen Gesundheitssystems zu erläutern. Besonderes Interesse ist hierbei auf den Versorgungsprozess, d. h. speziell auf das Binnenverhältnis zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Nutzern, gerichtet. Die Darstellung des Status quo ante ist eine notwendige Voraussetzung zur Diskussion von Modernisierungsprozessen (vgl. Kap. 3) und der sich hieraus ergebenden Herausforderungen für Nutzerorganisationen (vgl. Kap. 6). Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet die Rekapitulation der Funktionslogiken des sogenannten „Bismarck-Systems“ und dessen Kernelemente.

Historisch betrachtet bildet die 1883 in Deutschland eingeführte GKV den Nukleus der Bismarckschen Sozialversicherungssysteme. Die GKV basiert einerseits auf einer gemeinsamen, jedoch seit 2005 nicht mehr paritätischen Finanzierung durch Abgaben von Arbeitgebern und einkommensbezogenen Beiträgen der Versicherten⁴ sowie auf „*para-public structures governed by social partners*“ (Hassenteufel/Palier 2007: 575). Die Ausgestaltung gesundheitspolitischer Vorgaben seitens des Staates durch Krankenkassen und Leistungsanbieter geschieht „*on a basis of permanent negotiation*“ (ebd.: 579). Freeman (2000: 63) definiert das konstitutive Element der selbstverwalteten GKV folgendermaßen: „*[T]he German health system is a negotiated order, in which networks are more prominent than markets or hierarchies.*“ Die kollektive Einbindung von medizinischen Professionen, organisiert in Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), ist dabei zentral: Sie bestimmen das Regime, nach dem medizinische Leistungen erbracht werden, an entscheidender Stelle mit.

Czadas (2003: 12) Bild einer von verschiedenen Steuerungslogiken ausgehenden „konfigurative[n] Dynamik“ aufgreifend, wird die deutsche Gesundheitsversorgung durch eine staatliche

³ Blank und Bureau (2008: 31) verstehen hierunter die spezifische „*intrinsic social, cultural and political fabric of a country, including its social values and structures, political institutions and traditions, the legal system and the characteristics of its health care community*“.

⁴ Der aktuelle Beitragssatz liegt bei 15,5 Prozent. Der Arbeitgeberanteil beträgt 7,3 Prozent, der Arbeitnehmeranteil 8,2 Prozent.

Rahmengesetzgebung charakterisiert, die regulativ auf die verschiedenen Steuerungsbereiche einwirkt. Als Korporatismus wird im Gesundheitswesen die Implementierung von *policies* und die Konkretisierung des Leistungsgeschehens zwischen GKVen und KVen und Krankenhäusern in Form von *kollektiven Leistungsverträgen* bezeichnet. Von diesem Selbstverwaltungsprozess können staatlicherseits nicht intendierte Eigendynamiken ausgehen, etwa dann, wenn Ärzte und Krankenkassen Reformen blockieren. Generell entlastet die Delegation von Steuerungsaufgaben jedoch den Staat: Das Aushandeln von Leistungsdetails, wie Preis, Menge und Qualität, ist im Wesentlichen der Expertise von Anbietern und Kostenträgern von Gesundheitsleistungen übertragen. Gleichzeitig ist die Monopolstellung der KVen im Versorgungsprozess mit einem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag verbunden, d. h. der kassenärztlichen Verpflichtung, rund um die Uhr und flächendeckend medizinische Leistungen vorzuhalten (vgl. Kuhlmann 2006: 58).

Korporatistische Arrangements unter staatlicher Regulierung sind jedoch keine steuerungspolitischen Schutzzonen, z. B. vor der Anwendung von Marktmechanismen. Durch eine Vorgabe der jeweiligen Governance-Modi schafft der Staat Anreizstrukturen. Zu diesen zählt u. a. die Schaffung von regulierten Wettbewerbsmärkten, wie etwa in der Arzneimittelversorgung, die eine „vergleichsweise große Rolle marktwirtschaftlicher Steuerungselemente“ (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 184) kennzeichnet. Derartige „Quasi-Märkte“ (vgl. Abschn. 1.2) beziehen sich seit 1996 auf das Spektrum an GKVen (*Kassenwettbewerb*) und seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 zunehmend auf die inhaltliche Ausgestaltung von Leistungsverträgen (*Vertragswettbewerb*, vgl. Abschn. 3.3.5). Die Durchdringung der GKV mit Wettbewerbselementen lässt sich als *der* Motor eines sich beschleunigenden Transformationsprozesses identifizieren: „Einmal eingeführt, fordert selbst ein auf ein Teilsegment begrenzter Wettbewerb ‚mehr‘ Wettbewerb und ‚mehr‘ staatliche Steuerung. Als Konsequenz wird das den Systemtyp prägende korporatistische Steuerungsmodell sukzessive durch mehr Marktwettbewerb und staatliche Hierarchie ergänzt oder sogar substituiert.“ (Götze/Cacace/Rothgang 2009: 170)

Für Versicherte und Patienten liegt die entscheidende Veränderung jedoch weniger in der Inkorporation von Marktmechanismen innerhalb der GKV-Strukturen als vielmehr in der bewussten Inklusion und Adressierung von Nutzern als Wettbewerbsteilnehmer.

Neben der GKV, in der rund 90 Prozent der Bevölkerung Mitglied sind, besteht parallel der Zweig der Privaten Krankenversicherung (PKV). Das PKV-Versorgungssystem, dessen derzeit 8,86 Millionen Nutzer in Deutschland vor allem Beamte und Selbständige mit einem Jahreseinkommen von über 49 500 Euro sind (vgl. Private Krankenversicherung [PKV] 2011), wird in dieser Arbeit nicht beleuchtet. Gleichwohl dienen PKV-Mechanismen, wie die des Selbstbehalts oder der Zusammenstellung von Leistungspaketen nach dem Bausteinprinzip, als „Blaupause“ für neue Vertragsformen in der GKV. Schließlich werden Privatversicherte seit jeher als *souveräne Konsumenten* von Versicherungsleistungen adressiert.

2.2 Gesundheitsversorgung als Element von Staatsbürgerschaft

Welchen Status genießen versicherte Nutzer traditionell im Bismarckschen Krankenversicherungssystem? Bode (2008: 203) klassifiziert die GKV als „*core pillar of the Bismarckian welfare regime, even though it adopted a universalistic character over the post-war decades*“. Signifikant für das korporatistische Gesundheitssystem ist die Gewährleistung einer „*health citizenship*“ (Freeman 2000: 105), die den gleichen Zugang aller Versicherten zu medizinischen Leistungen im Bedarfsfall sowie die freie Wahl von Leistungsanbietern garantiert. Beide Ansprüche gelten als „*highly prized cultural values*“ (Kuhlmann 2006: 59) innerhalb der GKV. Das korporatistische Institutionengefüge beruht ferner auf einem System „kollektivistischer und ‚belohnender‘ Sicherung“ (Grözinger/Maschke/Offe 2006: 32).

Moran (1999: 175) zufolge etablierte sich in Deutschland sukzessive eine kollektivistisch geprägte Regulierung des Leistungsgeschehens: „*Out-of-pocket payments for care, though still significant, were dwarfed by collective means of financing. Third-party payment became the key to financing health care consumption.*“ Traditionell adressieren Leistungserbringer und Kostenträger in der GKV Nutzer als *anspruchsberechtigte Leistungsempfänger*, deren medizinische Versorgung größtenteils ohne private Zuzahlungen aus dem Solidarvermögen der Versichertengemeinschaft finanziert wird (Hassenteufel/Palier 2007: 576). Eine öffentliche und universale Gesundheitsversorgung wird von Nutzern als allgemeines Anspruchsrecht wahrgenommen. Derartige „*flat-rate entitlements*“ (Bode 2008: 200) begründen ihre Legitimität durch übergeordnete Wertmotive, wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit. Gleichzeitig stellte die kollektivistische Organisation der Gesundheitsversorgung lange Zeit sicher, dass alle Versicherten nicht nur ein Anrecht auf gleiche medizinische Leistungen haben, sondern diese im Krankheitsfall tatsächlich gemäß dem Sachleistungsprinzip (vgl. Abschn. 1.1) ver-

tragsgerecht erhalten. Das soziale Recht auf universale Gesundheitsversorgung steht daher in engem Zusammenhang zur korporatistischen Steuerung des Leistungsgeschehens.

Verändert sich jedoch die Balance der Steuerungsmodi innerhalb der GKV in Richtung eines „*shift from equality of outcome to equality of opportunities*“ (Taylor-Gooby 2009: 186), etwa durch eine wettbewerbsbasierte Fragmentierung des Leistungsangebots (vgl. Abschn. 3.2), erhalten Versicherte – trotz formal gleicher Ansprüche – real unterschiedliche Leistungen (ebd.: 207). Dies kann einerseits eine qualitative Verbesserung für einige Nutzer bedeuten, die personalisierte Leistungen entsprechend ihrem tatsächlichen Bedarf wählen; andererseits setzt die Nutzung differenzierter Versorgungsstrukturen „individuelles Engagement bzw. die Nutzerkompetenz des Leistungsempfängers voraus“ (Grözing/Maschke/Offe 2006: 34). Nutzer haben zwar das Recht, Wahlentscheidungen zwischen Versicherungen, Gesundheitsleistungen und Leistungserbringern zu treffen. Welchen Versicherungsschutz der Einzelne genießt und auf welche Leistungen er im Bedarfsfall Anspruch hat, hängt jedoch sowohl von individuellen Präferenzen und Navigationsvermögen auf Gesundheitsmärkten als auch von der Bereitschaft ab, bestimmte Leistungen anteilig oder vollständig selbst zu zahlen (vgl. Taylor-Gooby 2009: 186 f.).

2.3 Die Vertretung von Nutzerinteressen

Wesentliche Charakteristika des deutschen Gesundheitssystems sind – wie dargelegt – die Selbstverwaltung des Leistungsgeschehens durch Leistungserbringer und GKV *unter Aufsicht des Staates*. In diesem Abschnitt wird die Dynamik des institutionellen Settings hinsichtlich der Vertretung von Nutzerinteressen und -anliegen dargestellt. Welche Möglichkeiten haben Nutzerorganisationen, auf nutzerspezifische Problemlagen aufmerksam zu machen?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass ein fundamentaler Unterschied zwischen der zunehmenden Nutzerorientierung etablierter korporatistischer Akteure und der Aufwertung der „Nutzerposition“ (vgl. Bauer/Rosenbrock/Schaeffer 2005: 199), verstanden als unabhängige Nutzervertretung, im Steuerungsprozess besteht. Konkret geht es daher um die Möglichkeiten einer öffentlichen Kontrolle der Qualität von Gesundheitsleistungen sowie der Modalitäten des Versorgungsprozesses durch Nutzer selbst (vgl. Kuhlmann 2006: 63 ff.). Die institutionelle Ausgestaltung des deutschen „*healthcare state*“⁵ (Moran 1999) basiert auf starken, mit

⁵ Moran (1999: 4 f.) macht eine begriffliche Unterscheidung zwischen *welfare state* und *healthcare state*. Letzterer sei zwar Teil des zugrunde liegenden Wohlfahrtssystems, jedoch sei es die länderspezifische Ausgestaltung

Verhandlungsmacht ausgestatteten medizinischen Professionen (vgl. Abschn. 2.4) und Kostenträgern sowie der zunehmend manageriellen Kontrolle einer um Kosteneindämmung bemühten staatlichen Gesundheitspolitik.

Traditionell werden Versicherteninteressen formal in den Selbstverwaltungsgremien der GKV vertreten (vgl. Haarmann/Klenk/Weyrauch 2010). Deren Legitimation erfolgt durch alle sechs Jahre stattfindende *Sozialwahlen*, bei denen beitragszahlende GKV-Mitglieder aufgerufen sind, Vertreter in den Verwaltungsrat ihrer GKV zu wählen. De facto handelt es sich i. d. R. um sogenannte „*Friedenswahlen*“, d. h. „Wahlen ohne Wahlhandlung“ (Nullmeier 2008: 98), bei denen „Gewerkschaften und Sozialverbände [...] gemeinsame Listen [stellen, B. E.], zu denen es keine oder keine nennenswerte Konkurrenz gibt“ (Braun/Marstedt 2010: 1). Die demokratische Mitbestimmung in der Verwaltung der GKV besteht demnach für Versicherte vor allem als Möglichkeit der Zustimmung, jedoch weniger als Auswahl zwischen Kandidaten und Positionen. Dieses Verfahren wird der Heterogenität der Versicherten und ihrer Interessen nicht gerecht. Nullmeier (2008: 99) schlägt angesichts „verbandlicher Monopolisierungstendenzen“ und daraus resultierender Legitimationsdefizite der Selbstverwaltung vor, die Sozialwahlen für die „Zivilgesellschaft“ zu öffnen (ebd.: 106): „Die Vielfalt der Versicherungengruppen erfordert die Öffnung des Systems der sozialen Selbstverwaltung für alle Vertretungen von Versicherteninteressen.“

Auch jenseits der Sozialwahlen in der GKV können die korporatistischen Strukturen im Gesundheitswesen als *Regime der Fremdverwaltung von Nutzerbelangen* verstanden werden. Dabei wird impliziert, dass es sowohl zum Selbstverständnis von GKVern als auch zum professionellen Ethos von Ärztevertretern gehört, die eigene politische Gestaltungsmacht im Sinne des Wohles von Patienten einzusetzen. Die sich hieraus entwickelnde abstrakte und bürokratische Adressierung von Nutzern seitens der Ärzteverbände und GKVern stützte ihre Legitimität vor allem auf eine voraussetzungslose medizinische Komplettversorgung der GKV. Finanzielle und politische Eigeninteressen der korporatistischen Akteure wurden vor dem Hintergrund eines vermeintlich generösen und einheitlichen Leistungskatalogs geduldet, in dem das individuelle Recht auf Gesundheitsversorgung mit wenig oder gar keinen Pflichten der Leistungsempfänger verbunden war.

von *healthcare state institutions*, die die Dynamik nationaler Gesundheitspolitik bestimmen und sich zugleich auf die Prägung des Wohlfahrtsstaats auswirke.

Die steuerungspolitische Dominanz von Leistungserbringern und Kostenträgern ist gegenwärtig doppelt herausgefordert: Einerseits wird die Re-Regulierung korporatistischer Governance durch verbindlichere staatliche Vorgaben hinsichtlich der zu erbringenden Leistungsqualität und des zur Verfügung stehenden Budgets forciert (vgl. Kuhlmann/Burau 2008: 623 ff.). Andererseits wirkt sich die striktere formale Rahmung mittels Effizienz- und Marktmechanismen in Form von entsprechenden Anreizen für Nutzer aus. Die Organisation des Leistungsgeschehens rückt vom Prinzip „staatlich-regulierter Fürsorge“ (Etgeton 2009a: 255) in Richtung stärker wettbewerbsorientierter Strukturen ab. Gleiches gilt für die Notwendigkeit transparenter und qualitativ hochwertiger Leistungsangebote. Hier stößt das bisherige System, in dem Nutzerinteressen korporatistisch verwaltet und nicht selbständig vertreten sowie Nutzer als passives und weitestgehend anonymes Kollektiv adressiert wurden, an seine Grenzen. Nutzer, die aufgerufen sind, im Stile von Konsumenten ihre persönliche Gesundheitsversorgung zusammenzustellen, verlangen ein direktes Mitspracherecht in Selbstverwaltungsgremien (vgl. Blank 2008: 112 ff.). Die Bedeutung von Nutzerorganisationen als Anwälte der Nutzer wächst.

Ferner steigt die Notwendigkeit von nutzerfreundlichen Bewertungsmaßstäben zur Standardisierung und Evaluation medizinischer Leistungen. Liegt die Formulierung entsprechender Richtlinien ausschließlich in der Hand der Anbieterseite, ist eine Aushebelung externer Wettbewerbs- und Qualitätsanreize wahrscheinlich (vgl. Burau/Vrangbæk 2008). Um einer derartigen Entwicklung entgegenzuwirken, wurde in Deutschland 2004 das IQWiG gegründet (vgl. Abschn. 3.2.3). Im gleichen Jahr kam es zur institutionellen Reform des obersten Selbstverwaltungsgremiums, dem G-BA: Nutzerinteressen werden dort nicht länger nur durch Leistungserbringer und Kostenträger vertreten, sondern ebenfalls durch antrags-, jedoch nicht stimmberechtigte Nutzerorganisationen repräsentiert.⁶ Neben der Beteiligung von Nutzern auf der steuerungspolitischen Makroebene des Gesundheitssystems betreffen versorgungsspezifische Nutzerinteressen die Ebene der medizinischen Qualitätskontrolle und –sicherung, etwa die Evaluation von Krankenhäusern oder DMP, wo Nutzerorganisationen Qualitätsindikatoren gemäß selbstbestimmten Kriterien und Wertmaßstäben mitgestalten wollen.

⁶ Derzeit sind Vertreter des Deutschen Behindertenrats (DBR), der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), der Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv) als „sachkundige Personen für die Beschlusskörper und Unterausschüsse des G-BA benannt“ (Etgeton 2009d: 224) akkreditiert.

Die Aufwertung der Mitsprache von Nutzerorganisationen im deutschen Gesundheitswesen und deren stärkere Einbeziehung als unterstützende Kompetenzvermittler sind einerseits als institutionelle Anpassung unter wachsendem Komplexitätsdruck zu verstehen, andererseits resultieren sie aus der historischen Entwicklung der Organisationen selbst (siehe hierzu ausführlich Abschn. 3.1). Wesentlich ist in diesem Zusammenhang eine Zunahme von marktförmigen Gesundheitsleistungen, die Nutzern „Konsumentensouveränität“ (Etgeton 2009a: 241) abverlangt und ein nutzfrendliches Versorgungsumfeld voraussetzt – „*where they can feel safe about the quality of services delivered, receive appropriate help and advice – especially if a choice needs to be made under severe stress –, and can be sure that offers meet their needs*“ (Blank 2008: 123).

Der Aspekt der Vermarktlichung ist in Abschnitt 3.3 aufgegriffen und vertieft. Zunächst wird ein weiteres Prägeelement des deutschen Gesundheitssystems hinsichtlich der Auswirkungen auf Nutzer eingeführt und diskutiert: die Rolle medizinischer Professionen.

2.4 Professionen: Definitionsmacht und Rollenbilder

In Deutschland prägen Ärzte medizinische Versorgungsarrangements maßgeblich mit. Die ärztliche Entscheidungsmacht bezieht sich neben der korporatistischen Steuerung vor allem auf konkrete Behandlungsoptionen und die Ausgestaltung von Mustern der Leistungserbringung. Für Nutzer – dies wird im empirischen Teil dieser Arbeit evident – ist die Interaktion mit medizinischen Professionen als *Partner und Widerparte* zentral. Folglich ist es für das Verstehen des Professionellen-Nutzer-Verhältnisses hilfreich, das Selbstverständnis und die kulturelle Prägung medizinischer Professionen in Deutschland zu rekapitulieren. Skizziert werden ferner neue Rollenmuster von Ärzten und Veränderungen im Binnenverhältnis medizinischer Professionen.

Was zeichnet (medizinische) Professionen aus? Welche professionellen Besonderheiten prägen das Interaktionsverhältnis zu Nutzern von Gesundheitsleistungen? Die ärztliche *professionelle* Tätigkeit unterscheidet sich von gewöhnlichen Berufen dahingehend, dass sie mit tradierten Vorstellungen, Überlieferungen und einem beruflichen Ethos verknüpft ist. Im Zusammenhang mit Ärzten (wie z. B. auch bei Rechtsanwälten oder Geistlichen) wird von einer *Berufung* zur Tätigkeitsausübung gesprochen, die eine besondere Beziehung zu und Auseinandersetzung mit den jeweiligen Wissenssystemen voraussetze (vgl. Stichweh 2008: 332). Das gesammelte Professionswissen, das Gegenstand einer akademischen Ausbildung ist, be-

gründet den Unabhängigkeitsanspruch von Professionen und spiegelt sich ferner in einer „reflexive[n] Handhabung der Berufsidee“ (ebd.: 330) wider. Moran (1999: 7) bestimmt die Alleinstellungsmerkmale von Professionen folgendermaßen: „*Professions are central to the life of the modern state: as concentrations of expertise; as sources of legitimising ideologies; and, more simply as important pressure groups.*“

Inwiefern medizinische Professionen von ihrer Gestaltungsmacht Gebrauch machen, hängt vom Gesundheitssystem, aber auch von der politischen Kultur zwischen Institutionen und Leistungserbringern ab. Im deutschen Gesundheitssystem gründet der „*knowledge-power knot in professionalism*“ (Kuhlmann 2006: 199) auf dem Faktum, dass die Forschung, Produktion und Kontrolle von relevantem Wissen einseitig in der Verantwortung von medizinischen Professionen liegen (Kuhlmann/Burau 2008: 622). Der ärztliche Einfluss bei der Wissensgenese und -kontrolle hat sich noch einmal verstärkt seit die „vermeintlich“ objektive und neutrale Evidenzbasierte Medizin (EbM) (vgl. Abschn. 3.2.3) als „*gold standard*“ (Kuhlmann 2006: 211) des medizinischen Wissens gilt (vgl. ebd.: 211 ff.). Herausgefordert wird der Geltungsanspruch einer „*scientific-bureaucratic medicine*“⁷ (ebd.: 200) gleichwohl durch verbesserte Informationszugänge und ein gesteigertes Selbstbewusstsein und Gesundheitswissen von Nutzern (vgl. Abschn. 3.4).

Die Rolle von Professionellen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist zwiespältig: Einerseits agieren Professionen als konservative Akteure, eingebettet in einen ebenso strukturkonservativen Handlungsrahmen, bestehend aus Selbstverwaltungsinstitutionen und staatlicher Regulierung (vgl. Kuhlmann 2008: 56). Andererseits greifen sie managerielle und marktbasierende Steuerungsansätze (vgl. Abschn. 3.1, 3.2) auf und reinterpreten diese gemäß ihren eigenen Interessen. Letzteres kann zur Verstetigung ohnehin intransparenter Machtstrukturen führen, etwa dann, wenn staatliche Steuerungseingriffe in das medizinische Leistungsgeschehen, die Ärzten enge Vorgaben mittels eines „*mechanism for benchmarking care*“ (Kuhlmann/Allsop 2008: 184) machen (z. B. DMP), bewusst unterlaufen oder unterminiert werden – etwa, um einen Qualitätswettbewerb unter Leistungsanbietern zu verhindern.

⁷ Kuhlmann (2006: 214) argumentiert ferner, dass die wissenschaftsbasierte Rationalisierung der Medizin die Vielfältigkeit an potentiellen Wissenszugängen und -auslegungen limitiert: „*The cognitive basis and the methodological tools are related to traditional knowledge paradigm that tends to exclude all those who do not fit the dominant standard.*“

Professionen vereinen vielfältige Interessen und sind unterschiedlichen Erwartungen ausgesetzt. Professionelles Wirken ist daher vor dem Hintergrund der *„embedded nature of the health care state“* (Moran 1999: 10) zu betrachten. Auch in einem weniger innovativen System wie dem deutschen Gesundheitswesen (vgl. Kuhlmann 2008: 45) verändern sich die Professionsrollen. Kuhlmann und Saks (2008a: 241) heben in diesem Kontext die Entstehung neuer interprofessioneller Arbeitsbeziehungen hervor: *„[T]here is evidence for increasingly diverse forms of professionalism and different strategies of professionalisation that embody the potential for more inclusive professional action and identity and the reconfiguration of boundaries within and between professional groups“*.

Zwei Dynamiken führen demnach zu einem Wandel der Professionsrolle: Zum einen neue Ansätze der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen, ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch zwischen „unterstützenden“ Professionen, wie Physio- und Psychotherapeuten. Diese Entwicklung, deren Zielhorizont eine *„collaborative health workforce“* (Kuhlmann/Saks 2008b: 5) ist, wird durch neue Krankheitsbilder, wie komplexe Mehrfach- und chronische Erkrankungen, vorangetrieben, deren optimale Behandlung Netzwerke und Verbände von Medizinerinnen sowie mit angrenzenden Gesundheitsberufen voraussetzt (vgl. Abschn. 3.4.5). Zum anderen gewinnt die Vermittlungsfunktion von Professionellen zwischen Gesundheitspolitik und Nutzern an Bedeutung. Ärztinnen sollen als systemimmanente „Schaltzentrale“ („Lotsen“) fungieren und im Idealfall staatliche Governance und Nutzeranliegen im Versorgungsprozess versöhnen. Neue Leitbilder, wie das des *„citizen professionals“* (Kuhlmann 2006: 15), streben eine Überwindung von exklusiven Sphären (wie Staat, Professionen, Bürger/Öffentlichkeit) an und setzen auf Vermittlung und Hybridisierung von Handlungspraktiken (ebd.: 16): *„Thus, the professions themselves are a signifier of modernity and the main ‚translator‘ of the concept of citizenship into the practice of welfare state services.“* In der Rolle als pädagogisch versierte „Vermittler“ und „Erzieher“ liegt sodann eine neue Form professioneller Machtausübung, wie Newman (2010: 719) kritisch feststellt: *„[W]e can see the rise of new forms of professional work oriented towards a pedagogy of personal lives: how to manage budgets, how to stay fit and healthy [...] how to use information so as to be able to ‘choose’ appropriate services and service providers.“*

Weniger direktiv wird die Rolle von Professionen in Konzepten gefasst, die um eine Balance konkurrierender Logiken und Modi der professionellen Leistungserbringung bemüht sind.⁸ So betont das Konzept des „*democratic professionalism*“ (Kremer/Tonkens 2006: 131) die Bedeutung der permanenten Kommunikation, Aushandlung und Verantwortungsteilung zwischen Ärzten und Nutzern (vgl. Abschn. 3.4.2).

2.5 Zwischenergebnis

Zentrale Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind die korporatistische Steuerung, der freie Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Kollektivierung von Gesundheitskosten. Hieraus gehen zum einen starke Akteure (Leistungserbringer und Krankenkassen) hervor, die ihre Eigeninteressen gegen staatliche Regulierung verteidigen. Für die Ärzteschaft gilt dies vor allem hinsichtlich der Definitions- und Gestaltungshoheit der medizinischen Praxis, wohingegen das Hauptaugenmerk der GKVEn traditionell auf einer optimalen Kosteneffizienz im Leistungsprozess liegt. Das solidarische Versicherungssystem ermöglicht allen „Einzahlern“ freien Zugang zu kassenärztlichen Leistungen bei (weitestgehend) vollständiger Kostenübernahme. GKVEn vertreten das Anspruchsrecht von Versicherten auf Teilhabe an und auf flächendeckende Vorhaltung von medizinischen Leistungen und Diensten.

Das traditionelle Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten ist – trotz Kritik seitens alternativer Gesundheitsbewegung und reformorientierter Mediziner (vgl. Abschn. 3.1.1) – grundsätzlich geprägt von „*trust in the ‚altruistic‘ values associated with medical altruism*“ (Calnan/Rowe 2008: 61) sowie von der allgemeinen Überzeugung, dass die staatlich lizenzierten Prozeduren der professionellen Selbstregulierung grundsätzlich zum Wohle der Nutzer wirken (ebd.). Als traditionelle Determinanten der Leistungserbringung sind Paternalismus und Folgebereitschaft (Compliance) wirksame Barrieren gegen staatliche und marktliche Interventionen zur Steuerung des Nutzerverhaltens. Sie haben die Interaktionskultur im Gesundheitsverhalten bzw. das Verhalten der Akteure nachhaltig geprägt und können daher nicht ohne weiteres durch die Einführung neuer Leitbilder oder Verhaltensincentives außer Kraft gesetzt werden.

⁸ Kremer und Tonkens (2006: 124 ff.) diskutieren in diesem Zusammenhang die zentralen Anliegen und Unzulänglichkeiten dreier regulativer Referenzrahmen für professionelles Handeln: des klassischen „altruistischen“ Professionalismus, ausgerichtet am Gemeinwohl und gekennzeichnet durch Vertrauen in die professionelle Selbstkontrolle; der Bürokratie und rechtlichen Verantwortlichkeit, d. h. durch Rechte gebundener und kontrollierter Professioneller; sowie der Vermarktlichung, geprägt durch Mechanismen wie Angebot und Nachfrage bzw. Wettbewerbsfähigkeit.

In einer Zusammenschau ergeben diese Strukturprinzipien somit ein Gesundheitssystem, dessen Fokus auf Professionalität und Expertise der Ärzteschaft sowie der Verantwortlichkeit und Rechtschaffenheit der GKVEn lag. Weit weniger bedeutsam war die individuelle (und kollektive) Mitverantwortung von Nutzern. Anforderungszuschreibungen, wie die Wahl von Versicherungsschutz, die Koproduktion von Gesundheitsleistungen, aber auch ein eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten, gehörten traditionell nicht zu den Pflichten von Versicherten. Um die Nutzung von medizinischen Leistungsarrangements neu zu konturieren, gilt es, die Prägekraft bisheriger Nutzungsroutinen und Interaktionskulturen zu reflektieren. Kurzum: Die Re-Adressierung von Leistungsempfängern und Patienten als Konsumenten und Koproduzenten ist ein Lernprozess, der nicht „verordnet“ werden kann, sondern mit einem offenem Diskurs darüber, wie ebendiese Nutzerbilder auszugestalten sind, einhergehen sollte.

Im Fortgang der Arbeit wird dargestellt, auf welche Weise die Modernisierung des Gesundheitssystems mit neuen Bildern und Konzeptionen, den Nutzer und dessen Nutzungsverhalten betreffend, einhergeht. Zentral ist dabei die zunehmende Konditionierung des Rechts auf Gesundheitsversorgung. Das folgende Kapitel unterscheidet vor dem Hintergrund einer Genealogie von Gründungsmotiven und Partizipationsmustern von Nutzerorganisationen in Deutschland drei wesentliche Modernisierungsdimensionen innerhalb von Gesundheitssystemen: Ökonomisierung, Vermarktlichung und Wissensbasierung. Hierzu werden Beispiele aus dem Versorgungsgeschehen des deutschen Gesundheitswesens präsentiert.

3 Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem

Einleitende Überlegungen

Die Betrachtung von Modernisierungsdimensionen und Antriebskräften im deutschen Gesundheitssystem geschieht aus einer auf Nutzer und Nutzerorganisationen zentrierten Perspektive. Daher werden einleitend Formen kollektiver Nutzerpartizipation rekapituliert, die sich vor dem Hintergrund der in diesem Kapitel diskutierten Modernisierungsdimensionen entwickelten und ausdifferenzierten (vgl. Abschn. 3.1.). Die Darstellung des historischen Wandels von Motiven kollektiver Nutzerbeteiligung bildet die Überleitung zu den Kapiteln 4 und 6 sowie zum empirischen Teil der Arbeit (vgl. Kap. 7). Skizziert wird die Entwicklung der Fürsorge für bestimmte Betroffenengruppen, über die Entstehung einer progressiven Gesundheits- und Selbsthilfebewegung, bis hin zu Organisationen, deren Hauptaugenmerk auf Konsumentenschutz und Kompetenzvermittlung gerichtet ist. Es wird deutlich, dass Nutzerorganisationen in einem engen Wechselverhältnis zur Modernisierung des Gesundheitswesens stehen: Einerseits sind sie kritische Begleiter des Wandels und versuchen, selbst Reformen anzustoßen. Andererseits sind Nutzerorganisationen in ihrer Ausrichtung und ihren jeweiligen Angeboten abhängig von den dominierenden Rationalitäten in der Gesundheitsversorgung und müssen daher praktisch auf Anforderungszuschreibungen (z. B. Konsumentensouveränität) reagieren, die sie politisch ablehnen (vgl. Abschn. 7.2.1, 7.2.2).

Individuell werden Nutzer darüber hinaus von Gesundheitsleistungen in vielfältiger Weise zur Koproduktion und Mitverantwortung herausgefordert. Zu unterscheiden sind die jeweiligen Formen der Nutzereinbeziehung sowie die Reichweiten von Kooperation und Mitarbeit. Diese ergeben sich aus den unterschiedlichen Motiven der Nutzerorientierung, wie etwa Steigerung von Qualität und Effizienz, Forcierung von Wettbewerb oder Reform von politischen Entscheidungsstrukturen (vgl. Gerlinger 2009a: 22 f.). In diesem Kapitel werden drei parallel verlaufende, sich teilweise überlappende Modernisierungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem hinsichtlich ihrer Anforderungen an Nutzer dargestellt:

Erstens werden Ökonomisierungsansätze betrachtet, deren vorrangiges Ziel die Effizienz von Leistungen und Ausgaben ist (vgl. Abschn. 3.2). Dem Nutzer, verstanden als „Homo oeconomicus im Gesundheitswesen“ (Reiners 2006: 7), wird hier die Rolle von „Rationalisierungsagenten und -ressourcen“ (Gerlinger 2009a: 22) innerhalb des Leistungsgeschehens zugeschrieben.

Zweitens wird die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen und -produkten als Modernisierungsdimension diskutiert (vgl. Abschn. 3.3). Hierunter fällt vor allem die Ausweitung von konsumentenorientierten Wahl- und Zusatzleistungen, die Nutzern auf privaten Gesundheitsmärkten angeboten werden.

Drittens ist das Augenmerk auf die Restrukturierung des Gesundheitswesens als wissensbasiertes Dienstleistungssystem gerichtet (vgl. Abschn. 3.4). Neue personalisierte Versorgungsformen, eine stärkere Lebensstilorientierung und medizinisch-technische Innovationen machen Nutzer *nolens volens* zu Mitentscheidern und Koproduzenten in den Bereichen „Prävention“, „Therapie“ und „Nachsorge“ und rücken somit individuelle Behandlungskontexte in den Vordergrund. Durch spezifische an den individuellen Bedarf angepasste Leistungen sollen sowohl deren Qualität als auch deren Kosten optimiert werden.

Abbildung 1 illustriert die drei Modernisierungsdimensionen und die jeweils in den Vordergrund rückenden Aspekte der Nutzeraktivierung.

3.1 Der Wandel von kollektiver Nutzerpartizipation

Wie hat sich die Einbindung von Nutzerinteressen historisch verändert? In welchem Verhältnis stehen Formen der „nach außen“ gerichteten kollektiven Einflussnahme von Nutzerorganisationen im Gesundheitswesen zu „nach innen“ gerichteten Angeboten einer stärkeren Serviceorientierung? Die Einbettung von Nutzerorganisationen hat sich parallel zur Modernisierung des Gesundheitswesens grundlegend gewandelt, wobei Nutzerorganisationen in diesem Prozess zugleich die Rollen von Kompensatoren, Initiatoren und Koproduzenten, aber auch die oktroyierte Funktion von „Erfüllungsgehilfen“ einnehmen. Formen kollektiver Nutzerpartizipation im Gesundheitswesen können unterschiedlichen Zwecken dienen: Sie weisen auf Versorgungsmissstände hin, sind Ausdruck von Reformbegehren und alternativen Gesundheits- und Versorgungskonzepten oder erfolgen *im Schatten* der etablierten Akteure des Gesundheitssystems. Im Folgenden werden drei Entwicklungsstationen der kollektiven Nutzervertretung in Deutschland rekapituliert: die der Fürsorge für Betroffene (vgl. Abschn. 3.1.1), die der Herausforderung professioneller Leitbilder und Praktiken im Gesundheitswesen (vgl. Abschn. 3.1.2) und die des auf Service-Kompetenzerwerb ausgerichteten Konsumentenschutzes (vgl. Abschn. 3.1.3).

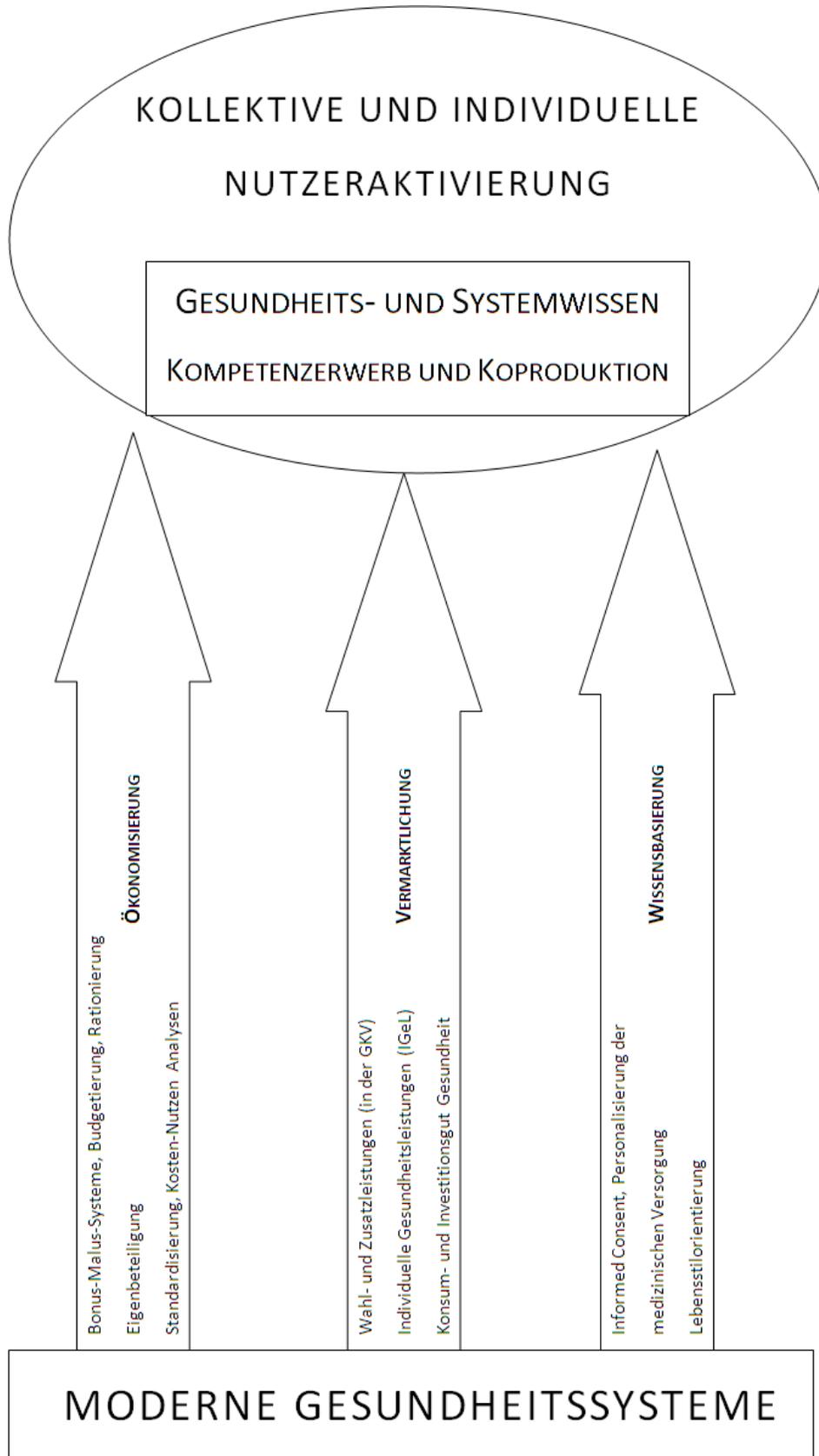


Abbildung 1: Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme

3.1.1 Fürsorgeorganisationen

Von den Anfängen der Betroffenenhilfe bis zu Organisationen unabhängiger Nutzerunterstützung, wie sie in Kapitel 6 dargestellt werden, war es ein weiter Weg. Der Wandel kollektiver Partizipationsbegehren im Gesundheitsbereich lässt sich an den jeweiligen Zielgruppen von Nutzerorganisationen verdeutlichen. Bspw. ging es für die Gruppe der Kriegsblinden, die es nach dem Ersten Weltkrieg in Deutschland gab, zunächst vorrangig um deren gesellschaftliche Anerkennung als *Schicksalsgemeinschaft* (vgl. Kriegsblindenbund 2011, o. S.).

Zentrale Charakteristika von Fürsorgeorganisationen können am Bund der Kriegsblinden Deutschland (BKD) dargestellt werden. Das Gründungsmotiv des „Bundes erblindeter Krieger 1916“ (ab 1949 BKD) durch 37 Soldaten war gemeinsames Betroffensein von Erblindung infolge von Kriegsverletzungen. Neben emotionalem Rückhalt und „menschlicher Geborgenheit“ (ebd.) strebte der Bund in den Anfangsjahren die materielle Absicherung der Kriegsblinden und ihrer Hinterbliebenen sowie die Integration von Kriegsblinden in Ausbildung und Beruf an. Zur Förderung der gesundheitlichen Rehabilitation und Pflege von Kriegsblinden errichtete der BKD ab 1920 staatlich subventionierte Heime der „Kur- und Erholungsfürsorge“ (ebd.). Als „nach außen“ gerichtete Interessenvertretung feierte der BKD 1950 mit dem Inkrafttreten des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) einen großen Erfolg. Durch verbandliche Einflussnahme war es gelungen, umfassende Hilfen der Kriegsofferfürsorge gesetzlich zu verankern. Charakteristisch für die politische Arbeit von Fürsorgeorganisationen ist es, das Anliegen bzw. die sozialen Rechte der jeweiligen Betroffenenengemeinschaft auszuweiten, d. h., bspw. den Status der Kriegsblinden als Leistungsempfänger des Sozial- und Gesundheitssystems aufzuwerten.

Als Fürsorgeorganisation profitierte der BKD nach dem Ersten Weltkrieg stark von der allgemeinen gesellschaftlichen Überzeugung, dass für „Kriegshelden“ etwas getan werden müsse. Gleichwohl waren die zentralen Gründungsmotive des Verbandes, nämlich Anerkennung und Fürsorge für Kriegsoffer, vorbildhaft für andere Betroffenenengemeinschaften in Deutschland. So gründete sich 1920 z. B. der „Verein deutscher hirnerkrankter Krieger in Bayern“, dessen übergeordnetes Ziel die Vertretung der „ideellen und wirtschaftlichen Interessen“ (Bundesverband Rehabilitation [BDH] 2011, o. S.) hirnerkrankter Soldaten war. Auf Bundesebene resultierte aus dem Zusammenschluss mehrerer regionaler Vereine der Bund Deutscher Hirnbeschädigter (BDH), der sich für eine „qualitativ hochwertige Rehabilitation“ (ebd.) von Betroffenen einsetzt und „nicht an eigenwirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiert ist“

(ebd.). Nach und nach weitete der einstige „Kriegerverein“ (ebd.) seine Fürsorgetätigkeit auf alle behinderten Menschen aus und versteht sich heute als „moderne Selbsthilfeorganisation“ (ebd.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg gründeten sich weitere Organisationen der Betroffenenfürsorge in Deutschland, deren gesellschaftspolitischen Beteiligungs- bzw. Gründungsmotive auf wahrgenommene Lücken in der gesundheitlichen Versorgung und Interessenvertretung *situativ benachteiligter* Gruppen zurückzuführen sind. Ein weiteres Beispiel ist der 1950 gegründete Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V. (VdK), dessen Fürsorge anfänglich ausschließlich Kriegsopfern galt. Gegenwärtig steht der VdK, der mit 13 Landesverbänden und 1,5 Millionen Mitgliedern Deutschlands größter Sozialverband ist, neben Sozialversicherten und Rentnern allen chronisch kranken und behinderten Menschen offen (vgl. Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands [VdK⁹] 2011, o. S.). Traditionell macht sich der VdK, insbesondere gegenüber Sozialgerichten, für die Belange des Nutzertyps „anspruchsberechtigter Rechtsbürger“ stark. Gleichwohl hat sich das Organisationsprofil des VdK in der Gegenwart deutlich verändert: Der VdK versteht sich mittlerweile als „soziale und politische Organisation“ (VdK 2010: 2), die als ihren Hauptzweck die „Einflussnahme auf Gesetzgebung und Verwaltung“ (ebd.) angibt. Erst an zweiter Stelle nennt der Verband die „Beratung, Vertretung und Betreuung“ (ebd.) seiner Mitglieder als Aufgabe.

Kurzum: Die Partizipation von klassischen Fürsorgeorganisationen im Sozial- und Gesundheitssystem hatte und hat eine kompensatorische Funktion: Die zentralen Gründungsmotive des BKD, aber auch die des VdK, waren gesellschaftliche Anerkennung, materielle Absicherung und emotionaler Rückhalt für benachteiligte Menschen, deren Notsituation in der herkömmlichen Versorgung keine oder zu wenig Beachtung fand. Neben der im Vordergrund stehenden Fürsorge setzten sich diese Organisationen bereits von Anbeginn politisch für die Veränderung von gesetzlichen Grundlagen und Versorgungsstrukturen ein. Die Ausübung dieser Mitsprachefunktion (vgl. Abschn. 4.2) gewann in der Fortentwicklung von Nutzerorganisationen an Bedeutung.

⁹ Nachfolgend so zitiert.

3.1.2 Gesundheits- und Selbsthilfebewegung

Das Gefühl vieler Bürger seitens des Gesundheitssystems und dessen etablierten Akteuren vorrangig als Versorgungsobjekt betrachtet zu werden, jedoch mit den lebensweltlichen und psychosozialen Folgen von Krankheit und Behinderung alleingelassen zu werden, erwies sich in den 1970er und 1980er Jahren als zentrale Antriebskraft der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung. Infolgedessen verloren die Elemente „Schutz“ und „Fürsorge“ relativ an Stellenwert. Aufgewertet wurden, durch eine Vielzahl von sozialen Initiativen und Gruppen, die im Gegensatz zu Fürsorgeorganisationen bereits in ihrer Entstehungszeit weitaus weniger formalisiert und institutionalisiert waren, partizipative Motive, wie „Teilhabe, Mitentscheidung, Mitgestaltung, Hilfe zur Selbsthilfe“ (Ruckstuhl 2011a: 66). Die Akteure dieser Bewegung kritisierten die dominierenden Normen und Werte in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich und entwarfen die Alternative einer sozial-emanzipatorischen Gesundheitsförderung. Das „Leitdokument der Gesundheitsförderung“ (Ruckstuhl 2011b: 66) ist die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta (1986) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die bis in die Gegenwart ein „Referenzdokument“ (ebd.: 68) darstellt. Allerdings entstand die Charta in einer „spezifischen historischen Konstellation“ (ebd.: 70), deren Prägekraft in der Gegenwart wieder abgenommen hat. Als zunehmend „unscharfes Gebilde“ (ebd.: 66) fällt es (den Akteuren) der Gesundheitsbewegung schwer, das Erbe der Ottawa-Charta gegenüber funktionalen Verwertungen, wie z. B. seitens der Gesundheitswirtschaft zu schützen.

Mit dem gesellschaftlichen Aufbruch „*Towards a new public health*“ (so der Untertitel der Ottawa-Charta in der englischen Version; zit. n. ebd.) änderten sich ebenfalls die Vorstellungen in Bezug auf Nutzer bzw. Adressaten der Unterstützungsangebote. Die Gesundheitsbewegung setzte an der konzeptionellen Vorstellung vom aktiven Bürger und mündigen Patienten (den Betroffenen) an, jedoch weniger am anspruchsberechtigten Leistungsempfänger, dessen Status in den Sozialsystemen der westlichen Industrienationen grundsätzlich gestärkt und auf weitere Personengruppen ausgeweitet wurde. Kollektive Partizipationsbegehren bezogen sich zunehmend auf die „Verbindung von Selbst- und Sozialveränderung“ (Ruckstuhl 2011a: 72), d. h. auf das Anerkennen alternativer Gesundheitsverständnisse und Versorgungskulturen.

In Deutschland formierte sich unter Leitbegriffen, wie „demokratische Medizin“ und „alternative Medizin“, eine Selbsthilfe- und Gesundheitsbewegung¹⁰ (vgl. ausführlich hierzu Deppe

¹⁰ Roth und Rucht (2008: 18) zählen „Gesundheit“ nicht zu den genuinen Themenfeldern von sozialen Bewegungen, dennoch konstatieren die Autoren: „Zu Beginn der 80er Jahre hatte sich das Geflecht von Selbsthilfegrup-

1987: 150–215), „die viele Ideen und Motivation aus der Bürgerrechtsbewegung, der Frauenbewegung und später auch der Umweltbewegung übernahm“ (Koch/Trojan 2009: 1). Gegenwartsgeschichtlich sind sowohl die Profilbildung von Gesundheitsinitiativen, -läden und Selbsthilfeorganisationen als auch die Herausbildung ihrer „eigenen Diskurse, Theorien, Strategien und Kulturen“ (ebd.) eng mit der Vormachtstellung der Anbieterseite, d. h. vor allem medizinischer Professionen, verknüpft. Grundsätzlich verfolgten die oppositionellen Akteure der Gesundheitsbewegung das Ziel, eine zu Standesinteressen von Ärzten und Versicherungen kritische Gegenkultur zu etablieren. Aus Sicht vieler Akteure dieser Bewegung war in diesem Zusammenhang die Teilung von Kapital und Arbeit zentral, die man im Gesundheitswesen durch die „Kapitalverwertung sozialstaatlicher Prinzipien“ (Deppe 1987: 155) seitens des „privaten medizinisch-industriellen Komplexes“ (ebd.) verkörpert sah. Andere von kritischen Professionellen gegründete Gruppen, wie „Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“, rückten die Friedensarbeit in den Vordergrund ihres Engagements. Deppe (1987: 152) beschreibt die Ausrichtung der heterogenen Gesundheitsbewegung wie folgt: „In dieser Bewegung haben sich seit ihren Anfängen immer wieder Denk- und Argumentationsmuster entwickelt, die sich um die Formulierung, Erklärung und um praktikable Vorschläge für eine humane, demokratische und soziale Medizin und Gesundheitspolitik bemühen.“

Die medizin- und „versorgungskritische Orientierung“¹¹ (Danner/Nachtigäller/Renner 2009: 5) der Gesundheitsbewegung findet bis heute vor allem in der Selbsthilfe ihren Ausdruck. Vor dem Hintergrund der Reflexion von professionellen Arbeitsroutinen im Gesundheitswesen besitzen Betroffene nicht nur ein alternatives Gesundheitsverständnis, sondern entwickeln ein ganzes Set an Selbsthilfefertigkeiten: *„To support each other mutually, to cope with crisis and illness, to become competent patients, to become more ‚empowered‘ in their interaction with professionals, and to influence health and social policy as well as professionals and their institutions.“* (Matzat 2010a: 283)

Für die Selbsthilfe als „organisatorischer Eckpfeiler sozialer Bewegungen“ (Deppe 1987: 167) bedeutet Partizipation im Gesundheitswesen Selbstbestimmung der Betroffenen jenseits systemischer Verhaltenszwänge und professioneller Kontrolle. Im Gegensatz zum Fürsorge-

pen und kritischen professionellen Initiativen derart verdichtet, dass von einer alternativen Gesundheitsbewegung gesprochen wurde.“

¹¹ Auch Beresford (2004: 345) führt das Engagement von Nutzerorganisationen (wenngleich für Großbritannien) auf konkrete Versorgungsdefizite und nutzerunfreundliche Dienstleistungskulturen zurück: „Sie [die Nutzerorganisationen, B. E.] haben auf die verbreitete Unfähigkeit der Dienstleistungserbringer verwiesen, diejenige Unterstützung vorzuhalten, die sie benötigen, und auf deren Versagen aufmerksam gemacht, angemessene, verlässliche und akzeptable Dienstleistungen zu erbringen.“

prinzip (vgl. Abschn. 3.1.1) dominiert in Selbsthilfeorganisationen das Prinzip der Emanzipation. Idealerweise bietet die Selbsthilfe „Kommunikationsräume“ (ebd.: 168), in denen sich die bereits angesprochene (medizinkritische) Gegenkultur entfalten kann. Organisatorisch unterteilte sich die Selbsthilfe frühzeitig in drei Aufgabenbereiche: der Gruppenarbeit, in der Betroffene sich zum Umgang mit ihrer Krankheit austauschten und gegenseitig stärkten; der Problematisierung der Versorgungssituationen in Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen, Pflegeheimen etc. und in die lokale Koordination von Selbsthilfetätigkeiten (ebd.). Angesichts dieses Aufgabenbündels sowie personeller Überschneidungen verschwimmen in der öffentlichen Wahrnehmung die therapeutische und politische Komponente von Selbsthilfe häufig (ebd.).

Gleichwohl zeichnet die Selbsthilfe in Deutschland eine Erfolgsgeschichte „*from a grassroots movement of spontaneous self-helpers*“ (Matzat 2010a: 279) hin zu etablierten Nutzerorganisationen und professionellen Anlaufstellen für Betroffene aus. Exemplarisch lässt sich dieser Verlauf an der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) nachzeichnen. Das Profil der DAH im Gründungsjahr 1983 war „originär bewegungsorientiert“ (Schütte-Bäumner 2007: 37) und wurde von „schwulenbewegten Aktivisten aus den Großstädten mit ausgeprägter schwuler Subkultur“ (ebd.: 231) dominiert. Die Organisation verfolgte in den Anfangsjahren – neben den Primärzielen der Krankheitsaufklärung und Selbsthilfeförderung der Betroffenen – das Ziel, der Diskriminierung von Schwulen entgegenzuwirken bzw. Schwulsein als „anerkannte Lebensform“ (Geene 2000: 236) zu etablieren. Die DAH besaß vor dem Hintergrund ihrer Stammklientel von Beginn an einen genuin gesellschaftspolitischen Anspruch: den Schutz der Hauptbetroffenengruppe sowie die Distribution von alternativen Informationen zu AIDS (vgl. ebd.: 230 ff.). Insbesondere die grassierende Angst innerhalb der schwulen Subkultur als Verursacher einer tödlichen Epidemie stigmatisiert zu werden, veranlasste bereits in einem frühen Stadium der Organisationsarbeit betroffene DAH-Aktivisten dazu, Kontakt zu politischen Institutionen zu suchen. Die Politik wiederum hatte angesichts der enormen Bedrohung durch AIDS ein Interesse daran, einerseits vom Erfahrungswissen der Betroffenen zu profitieren, andererseits der Selbsthilfe, zumindest, was die Hauptbetroffenengruppen – Schwule, Prostituierte und Drogenabhängige – betraf, Versorgungsverantwortung zu übertragen. Für die DAH bedeutete dieser Schritt ein permanentes Spannungsverhältnis zwischen dem „Bewegungsgedanken“ (ebd.) und „staatlichen Disziplinierungsinteressen“ (ebd.). Die Arbeitsteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der die AIDS-Aufklärung für die „heterosexuelle Allgemeinbevölkerung“ (Schütte-Bäumner 2007: 39) ob-

liegt, und der DAH ist maßgeblich durch Verhaltensprävention der Bundesbehörde (Stichwort: „Safer Sex“) und Verhältnisprävention der Selbsthilfe geprägt. Letztere sieht in der grundsätzlichen Akzeptanz von normabweichenden Lebensstilen, wie Promiskuität und Drogenkonsum, erst die Voraussetzung, Risikogruppen vor HIV zu schützen.

Historisch betrachtet kommt der „Inkorporierung der Deutschen AIDS-Hilfe“ (Geene 2000: 237) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems eine Vorläuferfunktion für die Rolle von Nutzerorganisationen insgesamt zu. Die DAH beschritt frühzeitig den schmalen Grat einer „thematischen Öffnung in Richtung professioneller sozialer Dienstleitungen“ (Schütte-Bäumner 2007: 38), bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des identitätsstiftenden Status als Selbsthilfeorganisation, die sich einer bestimmten Community verpflichtet fühlt. Hieraus resultieren prinzipiell gleichrangige Organisationsziele, wie ein hohes Maß an medizinischer Fachlichkeit (z. B. bei der Bewertung von AIDS-Therapien), die politische Interessenvertretung von HIV-Infizierten, aber auch die Stiftung „gemeinschaftlicher Sinnhorizonte“ (ebd.: 39) für die Kernklientel. Darüber hinaus musste sich die DAH der Dynamik der AIDS-Forschung kontinuierlich anpassen. Der ursprünglich karitativ-fürsorgliche Charakter der DAH-Arbeit, bei der Solidarität mit bzw. der Schutz einer gesellschaftlichen Randgruppe mit geringer Lebenserwartung im Vordergrund stand, verblasste ab 1996. Fortan, mit der Entstehung des „neuen AIDS“, das sich – bei optimaler medizinischer Versorgung – dem Verlauf einer chronischen Krankheit annähert, galt es, die Selbsthilfearbeit der DAH neu auszurichten. Die Unterstützung der Betroffenen erforderte von nun an neue Angebote, z. B. die Bereitstellung unabhängiger Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten von AIDS, die Vermittlung von Coping-Strategien sowie die sozialpsychiatrische Betreuung von *lebenslang Infizierten*. Bis in die Gegenwart ist die DAH als *lernenden Organisation* herausgefordert, komplexe Sachverhalte zu verarbeiten – sei es hinsichtlich der Ausdifferenzierung von Unterstützungsangeboten, der Weiterbildung von Mitarbeitern oder der Ausweitung der eigenen Zielgruppe.

Die Profilbildung in einer „Atmosphäre von Dringlichkeit“ (Geene 2000: 236) macht die DAH rückblickend zum „Musterbeispiel dafür, in welchem großem Umfang eine Selbsthilfeorganisation Verantwortung übernehmen und gesundheitliche Versorgungsangebote sicherstellen kann“ (ebd.: 237). Der Wandel von einer genuinen Bewegungsorganisation hin zu einer stärker dienstleistungs- und serviceorientierten Organisation veranschaulicht das Risiko einer

Professionalisierung unter Handlungsdruck: den Verlust des Alleinstellungsmerkmals infolge der Anpassung an systemisch bedingte Unterstützungsbedarfe.

3.1.3 Konsumentenschutz und Kompetenzvermittlung

Waren die Partizipationsmotive in den beiden vorangegangenen Phasen kollektiver Nutzerpartizipation durch Fürsorge (z. B. gegenüber Kriegsblinden) und Emanzipation der Betroffenen selbst geprägt, verbinden sich in den Aufgaben des Konsumentenschutzes und der Kompetenzvermittlung beide Motive: Nutzer sollen vor der Komplexität und den Fallstricken der modernen Gesundheitsversorgung geschützt und gleichzeitig per Information, Beratung und Edukation zur Koproduktion befähigt werden.

Die Vorzeichen der Nutzerfürsorge und -emanzipation haben sich spätestens mit Beginn der 2000er Jahre verändert. Zum einen haben sich Steuerung des Gesundheitswesens und Ausrichtung seiner Akteure sowie der Zuschnitt von Gesundheitsleistungen weiterentwickelt (vgl. Abschn. 3.2–3.4). Zum anderen hat die Gesundheits- und Selbsthilfebewegung eine beträchtliche Wirkmächtigkeit erzielt. Patientenbeteiligung und die Förderung der Selbsthilfe „*had become a public affair*“ (Matzat 2010a: 290). Kurzum: Die kulturellen Determinanten des deutschen Gesundheitswesens haben sich gewandelt. Im Zuge dieser Entwicklungsdynamik haben sich auch die Zielgruppen von Nutzerorganisationen verändert. An die Stelle des politisch aktiven Bürgers und Selbsthilfeaktivisten tritt de facto zunehmend der Konsument und Koproduzent als Adressat von Gesundheitsleistungen, der zur optimalen Nutzung des Versorgungssystems über spezifische Kompetenzen verfügen muss.

Aus Perspektive von Jürgen Matzat, „*a participant observer*“ (Matzat 2010a) der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung in Deutschland, seit ihren Anfängen ab Ende der 1960er bis Anfang der 1970er Jahre, ist die gegenwärtige Entwicklung der unabhängigen Nutzerunterstützung von den „Nebenwirkungen ihrer eigenen Erfolge“¹² geprägt. Matzat macht in den Profilveränderungen von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen Parallelen zur Entwicklung der Gewerkschaften aus. Ähnlich wie diese versuche die Selbsthilfe, Betroffene zunehmend über Serviceleistungen (z. B. Rechtsschutz in Versicherungsfragen oder Online-Dienste) zu binden, wohingegen das Politisierungs- und Mobilisierungsvermögen der Organisationen nachgelassen habe (vgl. Fußnote 12). Nutzerorganisationen werden demnach partiell zu Dienstleistern auf einem sich ausdifferenzierenden Markt an Unterstützungsangeboten. Die

¹² Das Zitat stammt aus einer autorisierten Mitschrift des Autors zu einem Gespräch mit Jürgen Matzat am 06. 09. 2011 in Gießen.

veränderte Einbeziehung von Nutzerorganisationen in das Gesundheitswesen ist wie folgt zu charakterisieren:

Erstens ist es eine Frage der Political Correctness geworden, das breite Spektrum an Nutzerorganisationen (vgl. Kap. 6) an der Governance des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Nutzerbeteiligung betrifft nicht nur das oberste Selbstverwaltungsgremium im deutschen Gesundheitssystem, den G-BA (vgl. Abschn. 2.3), sondern gilt in vielen Entscheidungsbereichen als Etikett für Seriosität, Qualität und Transparenz: sei es in Kommissionen zu medizinischen Leitlinien, bei der Erarbeitung nationaler Gesundheitsziele (vgl. Gesundheitsziele 2011, o. S.) oder aber der Zertifizierung von Behandlungszentren. So ist bspw. die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) als vertraglicher Partner in der „Zertifizierungskommission Brustzentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)“ (Frauenselbsthilfe nach Krebs [FSH] 2011, o. S.) beteiligt. Nutzerorganisationen leisten in den entsprechenden Foren Konsumentenschutz, indem sie die Anliegen ihrer Klientel im Wettstreit der gesundheitspolitischen Interessen vertreten.¹³ Gleichwohl ist zu fragen, ob die bestehenden Beteiligungsrechte an der „richtigen Stelle“ existieren. In zentralen Entscheidungsprozessen, z. B. bei Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern auf Landesebene, der Erstellung von Qualitätsberichten in Krankenhäusern oder bei der Konzeption von DMP (vgl. Abschn. 3.2.2), werden Nutzervertreter weiterhin nicht beteiligt.

Zweitens ist auf der Ebene der Leistungsanspruchnahme vor allem der Selbstschutz von Nutzern gefragt – eine Fähigkeit, die den Erwerb vielfältiger Kompetenzen voraussetzt. Nutzerorganisationen wirken, in Konkurrenz zu GKVen und privaten Anbietern (vgl. Abschn. 6.2, 6.3), bei der Qualifizierung von Nutzern als Koproduzenten bzw. bei der „Patientenschulung“ (Vries, de/Petermann 2005) mit. Die Spannweite von Themenbereichen, in denen interessierte Nutzer potentiell mehr Souveränität und Mündigkeit erlangen können, ist umfassend: Nutzer werden in Workshops über Patientenrechte aufgeklärt, simulieren Arzt-Patient-Gespräche, trainieren Fragetechniken oder erlernen als Angehörige praktische Hinweise für die Pflege von Alzheimer-Patienten. Im Unterschied zur informellen Kompetenzbildung in Selbsthilfegruppen setzen neue Bildungsangebote auf Professionalisierung und Qualitätssi-

¹³ Wie umfassend die Beteiligungsansprüche von Nutzerorganisationen sind, verdeutlicht folgende Selbstbeschreibung der FSH (Frauenselbsthilfe nach Krebs [FSH] 2011, o. S.): „Gesundheits- und sozialpolitische Lobbyarbeit heißt für die FSH, die Interessen Krebsbetroffener nachhaltig zu vertreten – gegenüber der Ärzteschaft, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Gesundheitspolitik. Mit unserer bundesweiten Präsenz und den daraus resultierenden umfangreichen und vielfältigen Erfahrungen und Kenntnissen nehmen wir überall dort Einfluss, wo Weichenstellungen für krebskranke Menschen vorgenommen, Versorgungskonzepte entwickelt und Kostenbudgetierungen festgelegt werden.“

cherung. Dies wird bspw. im Konzept der „Patientenuniversität“ in Hannover deutlich, dessen Lernzielen, wie Gesundheitskommunikation und -kompetenz, der Status von „Elementarbildung“ zugeschrieben wird (vgl. Dierks 2009).

Drittens umfasst die Serviceorientierung von Nutzerorganisationen niedrigschwellige Informations- und Beratungsangebote. Das von vielen Organisationen als notwendig empfundene „Sich-einlassen auf das Informationsgewerbe“ (Matzat: Fußnote 12) mittels entsprechender Internetportale und/oder über telefonische Dienste ist riskant. Einerseits sind Ansätze, der Flut an kommerziellen und teilweise widersprüchlichen Gesundheitsinformationen im Internet neutrale und validierte Daten in professionellem Stil entgegenzusetzen (vgl. Abschn. 3.4.3), ressourcenaufwendig und verlangen großes Fachwissen, das nur wenige Nutzerorganisationen aufbringen können. Andererseits besteht insbesondere für Selbsthilfegruppen die Gefahr, dass leicht „konsumierbare“ Informationen die Selbsthilfekräfte und -motivation von potentiellen Gruppenmitgliedern a priori mindern (vgl. Matzat 2010a: 288). Entgegengesetzt ist die Situation hingegen für Anbieter der allgemeinen Nutzerberatung, wie die Unabhängige Patientenberatung (UPD¹⁴), für die Online-Anfragen und kostenlose Beratungstelefone ergänzende Tools darstellen (vgl. Abschn. 6.3).

Ein weiterer Aspekt des Konsumentenschutzes, der in modernen Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnt und in Deutschland vornehmlich von Verbraucherzentralen thematisiert wird, ist der gesundheitliche Datenschutz. Weitreichende technologische Innovationen, die unter Stichworten wie „eHealth“ und „elektronische Gesundheitskarte“ als „Infrastrukturmaßnahmen“ Einzug in das Versorgungssystem halten, verunsichern viele Nutzer. Diese fürchten die Preisgabe sensibler Informationen zu ihrer Gesundheit, also die Gefährdung ihrer Privatsphäre im Zuge der Digitalisierung der Medizin. Die Vision vom „Bürger als ehealth-Kunden“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie [BMWi] 2008: 26) entspricht nicht dominierenden Vorstellungen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Kommunikation von Nutzervertretern (vgl. Abschn. 7.2.4).

3.1.4 Zwischenergebnis

Lässt sich der Wandel von kollektiven Formen der Nutzerbeteiligung unter die Überschrift „Von barmherzigen Fürsorgeorganisationen zu Servicedienstleistern des Gesundheitsmarktes“

¹⁴ Nachfolgend so zitiert.

fassen? Wird das *emanzipatorische Erbe* der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung, wie gesundheitliche Selbst- und politische Mitbestimmung, in modernen Zwangskontexten der Ko-Produktion „recycelt“. Oder führen die Zerklüftung von Versorgungsleistungen und eine komplexer werdende Medizin zur Renaissance paternalistisch-fürsorglicher Organisationsausrichtungen? In der Zusammenschau wird deutlich, dass die Entwicklung von Nutzerorganisationen vielschichtiger ist, als solche Fragen annehmen lassen.

Die drei in diesem Abschnitt dargestellten Entwicklungsetappen von Nutzerorganisationen prägt jeweils ein dominierendes Motiv, das die Partizipationsbegehren von Nutzerorganisationen sowie Unterstützungsanforderungen an Nutzer der jeweiligen Zeit widergespiegelt:

- In den Anfangsjahren der BRD, in denen der Integrationsprozess von immer neuen Personengruppen und Leistungen in das Sozial- und Gesundheitssystem einsetzte, war *Fürsorge benachteiligter Gruppen* das leitende Motiv kollektiver Beteiligung. Der wohlwollende Paternalismus von klassischen Fürsorgeorganisationen zeigt sich in deren Nutzerbild: Im Mittelpunkt der Bemühungen stand der Anspruch, der eigenen Klientel zum Status des *anspruchsberechtigten Bürgers und Leistungsempfängers* zu verhelfen.
- Mit Beginn der Studentenrevolten Ende der 1960er Jahre formierten sich auch im Gesundheitsbereich Gruppen, die mit denen als autoritär und wenig demokratisch empfundenen medizinischen Leitbildern und Praktiken der Vergangenheit brachen. Das zentrale Motiv der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung war die *Emanzipation der Betroffenen*, die ihren Ausdruck in alternativen Konzepten von Gesundheit und Gesundheitsversorgung fand. Die Akteure wendeten sich an Versicherte und Patienten in ihrer Rolle als *politische Bürger und selbstbestimmte Individuen*.
- Im Zuge der Fortentwicklung des Gesundheitswesens, in der ökonomische Zwänge, wirtschaftliche Anreize und der medizinische Fortschritt Gesundheitsversorgung zu einem komplexen Dienstleistungsbereich machen, stehen Nutzerorganisationen vor allem als *Wissens- und Kompetenzvermittler* in der Verantwortung. Ihre Hauptadressaten sind Nutzer, die mit der ihnen *zugewiesenen Konsumentenrolle* überfordert sind sowie Nutzer, die in unterschiedlichen Kontexten der Leistungsanspruchnahme als *Koproduzenten* gefordert sind.

In der Realität zeigen sich diese drei Phasen nicht trennscharf abgegrenzt, sondern sie koexistieren in relativen Gewichtungen. Nutzerorganisationen passen ihre Angebote und Dienste sukzessive den veränderten Versorgungsrealitäten an. Dies führt in der Praxis zu einem Nebeneinander bzw. zur Verknüpfung von klassischer Fürsorge für Patienten, politischer Beteiligung und Kompetenzvermittlung (vgl. Kap. 7). Einerseits gelingt es Nutzerorganisationen, die eigenen Unterstützungsangebote weiterzuentwickeln und auszudifferenzieren und somit flexibel auf veränderte Versorgungsstrukturen und -ansprüche von Nutzern zu reagieren. Andererseits sind die unklaren Grenzen der eigenen Einbeziehung in die Gesundheitsversorgung und -politik und die damit verbundene Ressourcenbindung hinderlich, wenn es um die Entwicklung und Verteidigung von Gegenentwürfen zu dominierenden Gesundheitsdiskursen geht. Dies trifft z. B. auf das Konzept der Koproduktion zu. Ohne eine gemeinsame Übereinkunft zwischen Nutzern und Ärzten darüber, was Mitarbeit von Patienten im Behandlungsprozess beinhalten sollte (und was nicht), und welche Voraussetzungen hierzu notwendig sind, ist Koproduktion nichts anderes als eine Technik zur Herstellung von Folgebereitschaft der Betroffenen.

In den folgenden drei Abschnitten dieses Kapitels werden Modernisierungsdimensionen des deutschen Gesundheitswesens dargestellt. Dabei ist zu diskutieren, wie diese Antriebskräfte der Gesundheitsversorgung individuelle und kollektive Beteiligungsmuster von Nutzern konturieren und weiter verändern.

3.2 Die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen

Die Herausforderung öffentlicher Gesundheitswesen sieht Thomas Rice (2004: 13), ein amerikanischer Gesundheitsökonom, vor allem darin, „staatliche Steuerung und Marktmechanismen so zu verknüpfen, dass Effizianzanreize existieren und gleichzeitig mit den Problemen des Marktversagens und einer ungerechten Verteilung als Resultat des freien Spiels der Marktkräfte zu kämpfen“. Zwei Ansätze der marktwirtschaftlichen Steuerung von Gesundheitsversorgung werden in dieser Arbeit voneinander unterschieden: zum einen die *Ökonomisierung* des Leistungsgeschehens, d. h. eine effizientere und zielgenauere Verteilung und Verwendung prinzipiell knapper Ressourcen, zum anderen die (parallel verlaufende) *Vermarktlichung* von Gesundheitsdiensten und -produkten, d. h. die Einführung eines wettbewerbsbasierten Gesundheitsmarktes, auf dem entsprechende Leistungen privat („kommerziell“) angeboten und seitens der GKV finanziert werden (vgl. Abschn. 3.3). Beide Ansätze teilen das Ziel der Kapitalallokation, in dem einerseits Kosten eingespart und vorhandene

Mittel effizienter ausgegeben (Ökonomisierung), andererseits Gewinne durch ein breiteres Angebot privat erbrachter Leistungen erwirtschaftet (Vermarktlichung), werden.

Der entscheidende Unterschied von Ökonomisierung und Vermarktlichung liegt in den Konsequenzen für Nutzer von Gesundheitsleistungen: Eine effizienzorientierte Gesundheitspolitik versteht Nutzer (sowie alle anderen Akteure des Gesundheitswesens auch) – ökonomischer Logik folgend – als kostenverursachende Objekte (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009: 138¹⁵; Rothgang/Preuss 2007: 33 ff.), wohingegen mit der Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen potentiell autonomiesteigernde Effekte einhergehen können, wie ein Zuwachs an Wahloptionen in der Gesundheitsversorgung und eine stärkere Stellung der Konsumenten gegenüber Leistungsanbietern (vgl. Ewert 2009: 22 ff.).

Die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen ist von der Anlage her restriktiv. Das Erweitern von Auswahl- und Mitsprachemöglichkeiten für Nutzer ist nicht Bestandteil des effizienzorientierten Restrukturierungsprozesses. Eine Ausrichtung an regulierbaren Wirtschaftlichkeitskriterien wird primär von „Elementen einer zentralistischen Steuerung“ (Knappe 2007: 6) geleitet, wie sie in Deutschland maßgeblich durch das 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eingeführt worden sind.¹⁶ Vorangetrieben wurde die Ökonomisierung im Gesundheitswesen durch die Einführung prospektiver Finanzierungsinstrumente, die eine output-orientierte Budgetierung von Leistungserbringern vorsehen. Ärzte und Krankenhäuser erhalten demnach eine im Vorhinein festgesetzte Vergütungspauschale, von der Anreize zur Kostenreduzierung ausgehen. Fortan sind Gewinne nur durch eine optimale Ausnutzung des für die Gesamtheit der Behandlungskosten zur Verfügung stehenden Budgets zu erzielen. Die Möglichkeit der „kalkulierten“ Verschwendung von Ressourcen durch aufwendige, medizinisch evtl. nicht angemessene Behandlungsverfahren von Leistungserbringern, ein Anreiz, der durch die retrospektive Vergütung potentiell bestand, ist entfallen (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009: 137; Bauer 2006: 20; Kühn 2001). Hinsichtlich der Einführung prospektiver Finanzierungsinstrumente und Budgets im deutschen Gesundheitswesen bilanziert Rüb (2003: 272): „Je effektiver also der Leistungsanbieter arbeitet, desto

¹⁵ Gerlinger und Stegmüller (2009: 135) kommentieren diesen Paradigmenwechsel folgendermaßen: „Das normative Leitbild des Transformationsprozesses ist also der ökonomisch-rational handelnde Akteur, der die Erbringung, Bewilligung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das Maß des Notwendigen beschränkt.“

¹⁶ Durch das GMG wurden, mit dem Ziel einer ökonomischeren Verwendung der Ausgaben im Gesundheitswesen, u. a. folgende Instrumente eingeführt: Praxisgebühr, Abschaffung rezeptfreier Medikamente durch die GKV, Zuzahlung von zehn Prozent auf alle Leistungen (mindestens fünf, maximal zehn Euro) und die Streichung von u. a. Zahnersatz, Sehhilfen/Brillen, Sterbe- und Entbindungsgeld sowie Fahrkosten zur ambulanten Behandlung aus dem GKV-Leistungskatalog (vgl. Forum Gesundheitspolitik 2011, o. S.).

höher ist das potenzielle erzielbare Einkommen und insofern werden Management, Optimierung und Effektivierung medizinischer Prozesse zur zentralen Größe.“

Das Instrumentarium einer „ökonomisierten“ Gesundheitspolitik, um die „latente politische Übernachfrage nach möglichst ausgedehnten Versicherungsverträgen“ (Kliemt 2006: 97) zu kontrollieren, umfasst Budgetierungen, Standardisierungen und Kürzungen in der Leistungserbringung.¹⁷ Budgetierungen rationieren medizinische Leistungen ex ante, indem Leistungserbringern prospektiv Pauschalbeträge pro Patient für bestimmte Behandlungsfälle und -zeiträume zugeteilt werden (ebd.: 97 ff.). Standardisierungen zielen auf eine bessere Effizienz von öffentlichen Gesundheitsausgaben ab. Dazu sollen evidenzbasierte Leitlinien hinsichtlich des medizinischen Behandlungsprozesses die Versorgungsqualität bei bestimmten Diagnosen sichern und die Kosten kalkulierbarer machen (ebd.: 100 f.; Abschn. 3.2.3).

Bereits vor mehr als 20 Jahren mahnte der amerikanische Anästhesist Michael A. Rie (1990: 273) die westlichen Wohlfahrtssysteme eindringlich, gesellschaftlich akzeptierte und faire Rationierungskriterien für individuelle Gesundheitsleistungen zu entwickeln, um ungerechte Verteilungskämpfe zu vermeiden: „Wenn man es versäumt, in einer Gesellschaft, die sich nicht im Kriegszustand befindet, für eine angemessene Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen zu sorgen, dann beschwört man damit chaotische Zustände herauf und verhilft dem ‚Recht des Stärkeren‘, der über die notwendige wirtschaftliche Macht oder andere nicht friedliche Druckmittel verfügt, zur Durchsetzung in einem System, in dem die einzelnen Patienten miteinander um die beschränkten Ressourcen des Gesundheitssystems konkurrieren.“

Die Sensibilisierung und *In-die-Pflichtnahme* der Öffentlichkeit für Verteilungsfragen im Gesundheitswesen ist somit keine neue Idee. In Deutschland wurde der Diskurs um ethisch vertretbare Leistungsbegrenzungen und Priorisierungen in der GKV bisher jedoch weitestgehend vermieden (vgl. als Ausnahme: Mackmann 2010). Dessenungeachtet implementierte die Gesundheitspolitik in der letzten Dekade auf allen Versorgungsebenen ökonomische Instrumente und Anreizsysteme, die sich indirekt, wie z. B. DMP, oder aber direkt, wie z. B. Bonus-Malus-Systeme von GKVen, an das Kostenbewusstsein von Nutzer richten. Im Folgenden werden zentrale Ökonomisierungs- und Standardisierungsinstrumente des deutschen Gesundheitssystems vorgestellt.

¹⁷ Vgl. Hassenteufel und Palier (2007: 582 ff.): „*Cost containment policies in Bismarckian health insurance systems have two main aspects: the introduction of a capped budget for health expenditures and a decrease in health risk coverage.*“

3.2.1 Diagnosis Related Groups (DRG)

Die prospektive Budgetierung der medizinischen Versorgung im Krankenhaussektor erfolgt mittels Diagnosis Related Groups (DRG), d. h. der Unterteilung von Behandlungsfällen „in klinisch definierte Behandlungsgruppen mit weitgehend homogenen Behandlungskosten“ (Rutz 2006: 53). DRGs sind „Patientenklassifikationssysteme“, auf deren Grundlage sich „fallpauschalierte Vergütungssysteme“ bilden lassen (vgl. Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 215). Die Höhe der Vergütung orientiert sich am Schweregrad der medizinischen Diagnose.¹⁸ Durch die Bildung homogener, teilweise multimorbider Fallgruppen soll eine leistungsgerechte, an den tatsächlich entstandenen Kosten orientierte, Vergütung der Krankenhäuser gewährleistet werden. Ferner wird mittels des Kategorisierens der medizinischen Leistungen „eine klinikübergreifende Vergleichbarkeit anhand des ökonomischen Ressourceneinsatzes und des Behandlungsergebnisses ermöglicht“ (Rutz 2006: 54). Das übergeordnete Ökonomisierungsziel von DRGs ist eine „Bereinigung des Marktes von unwirtschaftlichen Krankenhäusern und eine [...] gewinnerhöhende Auslastung der übrigbleibenden Krankenhäuser, eine bessere Nutzung der vorhandenen Kapazitäten und eine Senkung der für stationäre Versorgung notwendigen Ausgaben“ (Braun 2009a: 120). DRGs wurden als *Policy*-Instrument bereits Ende der 1960er Jahre in den USA entwickelt (vgl. Knüppel 2003) und kommen mittlerweile weltweit zur Anwendung: „[D]iagnosis-related groups (DRGs) developed to assess the costs of health care in the United States in the 1970s are now used for classifying patients and often for reimbursing hospitals all over the world.“ (Freeman/Rothgang 2010: 375)

In Deutschland existieren DRGs seit 2004. Seitdem wurden sie mehrfach in ihrer ökonomischen und medizinischen Ausgestaltung verfeinert¹⁹, um knappe Ressourcen gemäß dem Verursacherprinzip zu verteilen.²⁰ DRGs sind somit als *lernende Systeme* konzipiert. Die zugrunde liegenden Standardisierungsmuster werden kontinuierlich analysiert und optimiert. Ungeachtet der pauschalen Katalogisierung von Patienten nach Krankheitsbildern und zu erwartenden Behandlungskosten stellen DRG-Systeme auch individuelle Vorzüge für Nutzer bereit: Diese können die vergleichende Abbildung der Effizienz und medizinischen Qualität von

¹⁸ Primäre Entscheidungskriterien für die Zuordnung in eine DRG sind objektive medizinische Kriterien und Merkmale, wie etwa die Hauptdiagnose, der wichtigste Operationsschlüssel (z. B. chirurgische oder nicht-chirurgische Eingriffe), Alter, Geschlecht und Geburtsgewicht (vgl. Rutz 2006: 53).

¹⁹ Daher werden DRG-Systeme nach unterschiedlichen *Generationen* klassifiziert.

²⁰ Hinsichtlich empirischer Wirkungen des deutschen DRG-Systems kommt Braun (2009a: 136 f.) zu dem Fazit, dass die geringen bisher erzielten Effizienzgewinne auf das Nebeneinander verschiedener Logiken und Versorgungskulturen in der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind, die gleichzeitig Über- als auch Unterversorgung verursachen.

Krankenhäusern zur Grundlage ihrer persönlichen Krankenhausauswahl machen (vgl. Abschn. 3.4.3; Schulte-Sasse 2004: 174). Ebenso können Patienten im Krankenhaus von einer besseren Organisation des stationären Versorgungsprozesses profitieren. Hierzu zählen u. a. die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, die durchgängige Befolgung von evidenzbasierten Leitlinien sowie ein mit dem ambulanten Versorgungsbereich verzahntes Entlassungsmanagement (vgl. Braun 2009a: 128 f.). Trotz dieser Formen einer Nutzerorientierung sind DRGs vorrangig als finanzielle Anreizsysteme zu verstehen, die darauf abzielen, die wirtschaftliche Rentabilität des Leistungsgeschehens zu erhöhen (vgl. Abschn. 3.3; Gerlinger/Stegmüller 2009: 139, 143 f.).

3.2.2 Disease-Management-Programme (DMP)

DMP beinhalten ebenfalls Ökonomisierungsaspekte, wenngleich sie Kosteneffektivität und Qualitätsoptimierung durch eine standardisierte Versorgung eng miteinander verknüpfen (vgl. Pfaff/Scheibler 2006: 434), wie folgende Definition durch die Disease Management Association of America (DMAA) verdeutlicht (zit. n. Graf 2006: 10): „Disease Management unterstützt die Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses, verhindert durch Prävention und evidenzbasierte, kosteneffektive Therapiestrategien die Exazerbation und die Entwicklung von Komplikationen und umfasst einen kontinuierlichen Evaluationsprozess medizinischer, ökonomischer und patientenzentrierter Outcomes.“

Am Beispiel von Diabetes mellitus konnte nachgewiesen werden, dass die Versorgungsqualität von Teilnehmern in DMP höher ist als bei Nicht-Teilnehmern (vgl. Elkeles et al. 2008). Die Versorgungszufriedenheit von Nutzern in DMP ist insbesondere dann hoch, wenn die Teilnehmer gleichzeitig in Hausarztmodellen eingeschrieben sind (vgl. Graf 2008) – ein Befund, der ebenfalls die positiven Effekte von Interaktionsbeziehungen in der Chronikerversorgung belegt (vgl. Abschn. 3.4.5). Die Optimierung der Behandlungskosten erfolgt in DMP durch das Rationalisieren und Standardisieren der Leistungserbringung. Die managerielle Logik der Prozess- und Subjektsteuerung zielt auf Einsparung „unnötiger“ Ausgaben ab. Die managerielle Rahmung von DMP geht mit dem kontinuierlichen Monitoring von Kosten und Nutzen von erbrachten Leistungen einher. Die Voraussetzungen für Kostentransparenz und -effizienz sind evidenzbasierte Leistungserbringung sowie Dokumentation und Qualitätssicherung bezüglich des Behandlungsprozesses. In DMP eingeschriebene Nutzer sollen hierzu als Koproduzenten ihren Beitrag leisten: durch eine hohe Compliance bei Inanspruchnahme (kostenintensiver) medizinischer Leistungen und einer Aneignung von individueller Gesundheits-

kompetenz. Letztere umfasst vor allem das Erlernen von gesundheitsstabilisierenden Lebensstilen als kostengünstige Prävention gegen zukünftige medizinische Interventionen (vgl. Abschn. 3.4.1).

3.2.3 Medizinische Leitlinien und Qualitätskontrolle

Die Legitimation prospektiver Finanzierungsinstrumente basiert auf dem Versprechen der gleichzeitigen Anhebung der medizinischen Behandlungsqualität. Qualitätsverbesserungen sind Teil von evidenzbasierten Leitlinien. Leistungserbringer verpflichten sich, auf den „Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 216) zurückzugreifen. Einer Evidence-based Medicine (EbM), die nachweisgestützte Leitlinien festlegt, kommt aus ökonomischen Gesichtspunkten eine Schlüsselfunktion in der modernen Gesundheitsversorgung zu (vgl. Greiner 2010: 91): „Da die Finanzierbarkeit zusätzlicher Leistungen in den kommenden Jahren eher noch an Bedeutung gewinnen wird, sind ökonomische Aspekte im Rahmen einer umfassenden Beurteilung auf der Grundlage von Evidence-based Public Health unumgänglich.“

Welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als anerkannte Leitlinien gelten und welche nicht, ist bedeutsam für die diagnostischen sowie therapeutischen Auswahlmöglichkeiten von Nutzern (vgl. umfassend hierzu Gerhardus et al. 2010). Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, welche Institutionen an der Erstellung von EbM-Leitlinien mitwirken, deren Qualität fortlaufend evaluieren und ob Patientenerfahrungen und -interessen innerhalb dieses Prozesses zur Geltung kommen (vgl. Etgeton 2009b: 103 ff.). Das Erfahrungswissen der Nutzer wird in der Literatur als „*narrativ-based medicine*“ (Braun 2010: 30) bezeichnet. Nutzersensible EbM-Leitlinien greifen im Sinne einer Nutzerorientierung auf dieses Wissen als zusätzliche Ressource zurück. Zur Erlangung von Objektivität balancieren EbM-Leitlinien permanent widersprüchliche Zielgrößen aus. Hierzu zählt auf der einen Seite das Offenlegen von vorhandenem medizinischen Wissen, d. h. aller verfügbaren Quellen und Methoden (vgl. Schmacke 2005: 124 f.). Mit Marstedt (2010: 53) ist dies derzeit eher die Ausnahme als der Regelfall: „Wenn ein durchschnittlicher Nutzer tatsächlich an evidenzbasierte und aktuelle Informationen gerät, passiert das eher zufällig.“ Renommierte Kritiker, wie die Harvard-Mediziner Pamela Hartzband und Jerome M. D. Groopman (2011: 1373), halten den Anspruch objektiver EbM-Leitlinien sogar generell für unerfüllbar: „*Whereas data per se may be objective,*

their application to clinical care by the experts who formulate guidelines is not. [...] [E]vidence based practice codified in clinical guidelines has an inescapable subjective core.“ Auf der anderen Seite werden medizinische Leistungen entlang Rationalisierungskriterien und Best-Practice-Modellen standardisiert – „*like factory blueprints*“ (ebd.). Jede EbM-Leitlinie muss daher den inhärenten Konflikt zwischen rein medizinischen Gesichtspunkten der Verteilung finanzieller Ressourcen und aktorenspezifischen Interessen neu auflösen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004: 223). Bspw. ist der medizinische Differenzierungsgrad von DRG-Systemen für Krankenkassen von erheblicher ökonomischer Bedeutung: Krankenkassen, deren Klientel eine Vielzahl von *schlechten Risiken* (z. B. hohes Alter und Multimorbidität der Versicherten) auf sich vereint, profitieren weitaus mehr von einem schwachen Differenzierungsgrad als Kostenträger mit mehrheitlich gesunden Versicherten. Letztere haben somit ein starkes Interesse an einer Ausdifferenzierung von DRG-Systemen (vgl. Rutz 2006: 80).²¹

In Deutschland ist auf Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2003 das IQWiG mit der Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen beauftragt (vgl. Koch/Sawicki 2009). Das IQWiG ist im Auftrag des G-BA und/oder des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) tätig und formuliert ausschließlich Handlungsempfehlungen. Als zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung geschaffenes Institut besitzt das IQWiG gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) § 35a–b; 139a–c) folgende Kernaufgaben (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] 2011a, o. S.):

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Erarbeitung von Empfehlungen zu DMP,
- Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Nutzer verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

²¹Seit 1994 wird in der GKV derartigen Ungleichgewichten durch Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen mittels eines Risikostrukturausgleichs (RSA) begegnet.

Kuhlmann (2006: 65) kritisiert das IQWiG als „*physician-centred*“ und „*biomedically biased*“. Tatsächlich wurde das Institut bisher jeweils unter dem Vorsitz eines Mediziners²² geleitet und präferiert in seinen Empfehlungen schul- sowie biomedizinische Behandlungsweisen. Nutzer der Gutachten und Gesundheitsinformationen des Instituts erhalten somit auch für Laien verständliche ärztliche Expertisen. Insofern bildet das IQWiG, in dessen Vorstand zudem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DGK), des GKV-Spitzenverbandes und des BMG sitzen, die Kräfteverhältnisse im deutschen Gesundheitswesen ab. Kollektive Nutzerinteressen kommen im 30-köpfigen Kuratorium²³ des Instituts zur Sprache, in dem „fünf Repräsentanten von Patientenorganisationen sowie der Patientenbeauftragte der Bundesregierung“ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] 2011b, o. S.) vertreten sind. Nutzervertreter wirken an Stellungnahmen zu Gutachten des IQWiG mit.

3.2.4 Schärfung des Kostenbewusstseins von Nutzern

Auf der Nutzungsebene erfolgt die Ökonomisierung des Leistungsgeschehens durch gezielte *incentives* und *disincentives* für Nutzer. Beide Anreize zielen darauf ab, die finanzielle Eigenverantwortung von Nutzern zu stärken. Dies geschieht vor dem Hintergrund des Leitbilds vom „Homo oeconomicus im Gesundheitswesen“ (Reiners 2006), d. h. der Überzeugung, dass Versicherte grundsätzlich dazu neigen, im Stile nutzenmaximierender Konsumenten „mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen“ (ebd.: 13).²⁴ In der deutschen Diskussion wird in diesem Zusammenhang reflexhaft – gewissermaßen als Indiz – die hohe Zahl der jährlichen Arztbesuche pro Versicherten im internationalen Vergleich angeführt.²⁵ Der (vermeintlichen) Überkonsumption von GKV-Leistungen versucht die Gesundheitspolitik durch die Einführung der Praxisgebühr Einhalt zu gebieten.²⁶ Durch die zusätzliche Streichung von Leistungen aus dem GKV-Katalog (vgl. Fußnote 12) und die Einführung verpflichtender Zuzahlungen für Medikamente, unterstützende Heilverfahren (z. B. Krankengymnastik und Ergotherapie), Fahrtkosten sowie medizinischer Hilfsmittel (z. B. Rollstühle, Gehhilfen) wird Nutzern zudem eine anteilige Kostenübernahme überantwortet. Ferner wird

²² Bis zum 31. 08. 2010: Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki; seit dem 01. 09. 2010: Prof. Dr. med. Jürgen Windeler.

²³ Mit Gregor Bornes, Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen (BAGP), sitzt dem Kuratorium derzeit ein Patientenvertreter vor (Stand 09. 10. 2011).

²⁴ Das in der Ökonomie als moralische Versuchung (*moral hazard*) bekannte Argument sieht in einem umfangreichen Versicherungsschutz starke Anreize für eine überproportionalen Nutzenmaximierung, dessen Folge gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste sind (vgl. Rice 2004: 123 ff.).

²⁵ Nach einer Studie der Barmer-GEK kam 2008 jeder GKV-Versicherte durchschnittlich auf 18,1 Arztkontakte (vgl. Maydell v. et al. 2010).

²⁶ Seit 2004 zahlen GKV-Versicherte zehn Euro pro Quartal für die Konsultation eines Haus-, Fach- oder Zahnarztes mit Ausnahme von gesetzlich festgesetzten Kontrolluntersuchungen (Zahn- und Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung sowie Schutzimpfungen).

versucht, das Kostenbewusstsein von Nutzern durch die Einführung einer Patientenquittung zu stärken.²⁷

Darüber hinaus entwickeln GKV-Programme, die Versicherte als „*market-savvy expert patient[s]*“ (Kuhlmann 2006: 155) adressieren. Anhand einer Mischung aus positiven und negativen Anreizen (Bonus-Malus-System)²⁸ soll die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen seitens der Versicherten effizienter gesteuert werden. Entsprechende Tarifinnovationen der GKV konzentrierten sich im Zuge der Einführung von Wahlтарifen (vgl. Abschn. 3.3.1) im Wesentlichen auf pekuniäre Anreizsysteme, wie z. B. Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife oder Prämienzahlungen, für den Fall, dass keine Leistungen in Anspruch genommen werden (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009: 147). An Attraktivität gewonnen haben Selbstbehalt-, Beitragsrückerstattungs- oder Kostenerstattungstarife durch die gesetzliche Festlegung des GKV-Beitragssatzes im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds 2009. Unterschiedlich hohe Beitragssätze fungierten zuvor für kostenbewusste Versicherte als „zentrale Orientierungsfunktion bei der Kassenwahl“ (Gerlinger/Mosbach/Schmucker 2008: 114). Krankenkassen gelingt es, Versicherte durch Anreize ökonomisch zu konditionieren. Dies belegen Studien zu den individuellen Motiven von Kassenwechseln. Es gilt als erwiesen, dass Qualitäts- und Versorgungsaspekte bei der Kassenwahl im Gegensatz zu Beitragssätzen bisher kaum eine Rolle gespielt haben (vgl. Greß et al. 2008: 31 f.).

Darüber hinaus können Krankenkassen durch das GMG „präventive Bonusprogramme“ (vgl. Scherenberg/Greiner 2008) anbieten. Versicherte, die ein Mindestmaß an positivem Gesundheitsverhalten nachweisen (z. B. über Mitgliedschaft in Sportvereinen oder Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen), bekommen am Jahresende einen Bonus gezahlt. Derartige Anreizsysteme sind auf eine aktive Gesundheitsprävention der Versicherten²⁹ ausgerichtet

²⁷ Die mit dem GMG von 2004 eingeführte Patientenquittung soll darüber hinaus die Informationsrechte von Versicherten gegenüber Leistungserbringern erweitern. Nutzervertreter (vgl. Interview 1/Zeilen 694–713) kritisieren das Instrument als kontraproduktiv: Das Ausstellen einer Quittung suggeriere ein markttypisches System von Leistung und Gegenleistung. Der Kern der GKV sei jedoch die solidarische Umverteilung von Mitteln zwischen gesunden und kranken Versicherten. Mit Marstedt (2010: 63) ist der Versuch, Nutzer dazu zu bringen, sich nach Arztbesuchen eine Patientenquittung ausstellen zu lassen, „als gescheitert“ anzusehen.

²⁸ Ursprünglich bezogen sich Bonus-Malus-Systeme in Gesundheitswesen ausschließlich auf das Verhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Das am 01.05.2006 in Kraft getretene Arzneiverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) sah u. a. vor, dass Ärzte, die bei gleicher Qualität das günstigere Präparat verschreiben, an den Einsparungen beteiligt werden (vgl. Brune 2007) bzw. höhere Kosten anteilig mittragen. Letztere Regelung wurde 2008 wieder aufgehoben.

²⁹ Die Förderung einer so verstandenen gesundheitlichen Eigenverantwortung hatte schon der Philosoph Hans-Georg Gadamer (1993: 8) im Sinn, der in einer Abhandlung *Über die Verborgenheit der Gesundheit* schreibt: „Die immer ernster werdende Kostenrechnung fordert geradezu gebieterisch, daß die Gesundheitspflege wieder als eine allgemeine Aufgabe der Bevölkerung selber erkannt und wahrgenommen wird.“

und unterscheiden sich von rein ökonomischen Modellen, die ausschließlich den Verzicht auf medizinische Leistungen bonifizieren.

Im Zuge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) trat am 01. 01. 2008 eine weitere Bonus-Malus-Regelung für chronisch kranke Patienten in Kraft. Danach wird Chronikern eine reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze nur bei Einhaltung von Auflagen gewährt. Die Chronikerregelung ist seit 2008 an den Nachweis der Beratung zu medizinischen Früherkennungsuntersuchungen vor der Erkrankung (dies gilt z. Zt. nur hinsichtlich Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs) und an ein therapiegerechtes Verhalten seitens der Patienten geknüpft. Die vorherige Regelung sah eine verringerte Belastungsgrenze für die Befreiung von der Zuzahlungspflicht auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen³⁰ vor. Gegen eine noch weitergehende Regelung, die für „schwerwiegend chronisch kranke Versicherte die vorausgegangene Nichtteilnahme oder nicht regelmäßige Teilnahme“ (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] 2007: 3) als Grundlage der Verweigerung von Zuzahlungsbefreiungen vorsah, intervenierte die Mehrheit des G-BA.

Die „Verpflichtung des Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten“ (Matzick 2008: 27) wurde zudem auf medizinische Eingriffe ausgedehnt, die wegen selbstverschuldeter Folgeerkrankungen von Tätowierungen, Schönheitsoperationen oder Piercings notwendig sind. Diese werden nicht mehr seitens der GKV übernommen. Ferner kann betroffenen Patienten auch das Krankengeld gestrichen werden (ebd.).

„Nutzerorientierte“ Bonus-Malus-Systeme stoßen eine Diskussion über das Ausmaß der Eigen- und Mitverantwortung von Patienten an ihrer Erkrankung an. Parsons Überzeugung von einer „Unverantwortlichkeit für die krankheitsbedingte Devianz“ (Borgetto/Kälble 2007: 162) des Patienten gilt in modernen Gesundheitssystemen nicht mehr unhinterfragt. Ökonomische Anreizsysteme gehen mit der sukzessiven Ausweitung von nutzerspezifischen Vorleistungen einher: sei es hinsichtlich der selbständigen Information über Versorgungsstrukturen, gesundheitlichen Kompetenzerwerbs oder medizinischer Prävention. Zur Disposition steht die Verantwortungsteilung in Versorgungsarrangements; gefragt ist nach den konkreten Pflichten, die Nutzer gegenüber dem Gesetzgeber, den Kostenträgern und den Leistungserbringern haben (vgl. aus rechtlicher Perspektive: Engst 2008). Dies betrifft Anforderungen an Nutzer inner-

³⁰ Für alle übrigen Versicherten gilt eine Belastungsgrenze von zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

halb von Therapieprogrammen (etwa DMP), aber auch innerhalb der Tarifmodelle von Krankenkassen. Angesichts der beschriebenen Entwicklungen sind gesundheitspolitische Prognosen, wie diejenigen der Autoren Bonnemann und von Reibnitz (2001: 204), sehr nah an der Realität: „Patientenpflichten werden vielleicht in Zukunft präziser formuliert werden, denn ungesundes Leben ist dann nicht mehr Privatsache, wenn die Versorgung der resultierenden Erkrankung nicht nur das private Geld kostet.“

Die zentralen Überlegungen hinsichtlich der Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen fasst das folgende Zwischenergebnis zusammen.

3.2.5 Zwischenergebnis

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens umfasst alle Ebenen des Versorgungsprozesses. Medizinische Leitlinien, Leistungsangebote und das individuelle Nutzungshandeln werden kontinuierlich einer Kosten-Nutzen-Evaluation unterzogen. Ein Gleichgewicht zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit, z. B. durch das Vermeiden von medizinischer Über-, Unter- oder Fehlversorgung, soll sowohl der unnötigen gesundheitlichen Belastung von Nutzern als auch der Verschwendung knapper Ressourcen entgegenwirken (vgl. Glaeske 2005: 174 ff.). Der Bedarf an einer leitliniengestützten Bewertung des Leistungsgeschehens steigt insbesondere vor dem Hintergrund neuer medizinischer Innovationen (vgl. Abschn. 3.4.4), deren tatsächlicher Nutzen noch unerforscht ist (vgl. Koch/Sawicki 2009: 123).

Grundsätzlich besitzen GKV-Versicherte das Recht auf einen verantwortungsvollen Umgang mit *ihren* Versicherungsbeiträgen. Die ökonomische Verwendung von Gesundheitsausgaben erscheint sowohl ethisch geboten als auch steuerungspolitisch vernünftig. Gleichwohl stellt sich die Frage, anhand welcher Instrumente Ökonomisierungsprozesse erfolgen und welche Akteure Verantwortung übertragen bekommen. Der Umgang mit *knappen* medizinischen Leistungen, durch a priori festgesetzte Budgets und standardisierte Leistungsmerkmale, betrifft vor allem die Ebene der Leistungserbringung und damit die Nutzer (vgl. Kliemt 2006: 101).

Die Verteilung knapper medizinischer Güter beeinträchtigt zudem das Vertrauensverhältnis zwischen Professionellen und Nutzern, insbesondere dann, wenn Letztere den Eindruck gewinnen, die ihnen zuteilgewordene ärztliche Hilfe unterliege einem übergeordnetem ökonomischem Kalkül. Taylor-Gooby (2009: 185) beschreibt die Gefahr der ökonomischen Über-

formung von sozialen (hier: ärztlichen) Dienstleistungen wie folgt: „*Reliance on targets, competition, and incentives in the management of public services appears to enhance cost-efficiency but damage trust.*“ In manageriell gerahmten Arzt-Patient-Verhältnissen etwa ist das Vertrauen darin, dass professionelle Diagnosen und Therapien alleine auf der Basis von medizinischen Kriterien, d. h. unabhängig von ökonomischem Kalkül, erfolgen, latent unterminiert.

Konstitutiv für die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen ist die Vorstellung, dass das individuelle Nutzungsverhalten auf der Mikroebene ökonomischen Rationalitäten entspricht oder sich zumindest durch entsprechende Anreize und Leitlinien rationalisieren lässt.³¹ Dieser Logik folgend lassen sich Krankheitsbilder in DRGs abbilden und zu erwartende Kosten im Voraus berechnen, chronische Krankheiten nach evidenzbasierten Leitlinien managen und ein vernünftiges und kostensensibles Gesundheitsverhalten von Versicherten durch die Ausschüttung von Boni herbeiführen. Neben dem Rationalisieren von Krankheiten setzt der beschriebene Ansatz rationales Handeln, d. h. eine persönliche Nutzenmaximierung aller Akteure, voraus (vgl. Rice 2004: 115). Die Nicht-Teilnahme an DMP oder an Früherkennungsuntersuchungen ist gemäß dieser Logik nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen unverantwortlich (aufgrund des Risikos höherer Folgekosten). In diesem Zusammenhang sind evidenzbasierte Leitlinien für Diagnostik und Therapie ein medizinischer Fortschritt. Sie steigern die Handlungssicherheit von Ärzten und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt werden (ebd.: 101 ff.). Dennoch konfligiert die strikte Rationalisierung des medizinischen Versorgungsprozesses mittels EbM mit Interaktionsprozessen zwischen Arzt und Patient (vgl. Abschn. 3.4). Das Aushandeln von personalisierten Therapien ist nur dann ergebnisoffen, wenn Patienten sich potentiell gegen die Anwendung von medizinischen Versorgungsleitlinien entscheiden können (vgl. Pfaff/Scheibler 2006: 437) – z. B., weil sie das (eingeschränkte) Leben mit der Krankheit einer schweren (evtl. risikoreichen) Operation vorziehen.

Persönliche Lebensstile in Bezug auf Ernährung, sexuelle Beziehungen oder Drogen können gesundheitlich unvernünftig sein und gesundheitspolitischen Wirtschaftlichkeitsprämissen zuwiderlaufen, obwohl sie evtl. einen Teil der Lebensqualität von Nutzern ausmachen. Innerhalb eines ökonomisierten Gesundheitswesens werden derartige Normabweichungen der Nut-

³¹ Grundsätzlich kritisiert wird dieser Zusammenhang u. a. durch Kuhlmann (2005: 54): „Die Faszination der symbolischen Verknüpfung von Qualität, Effizienz und Partizipation der PatientInnen ist jedoch durch fehlende empirische Nachweise kaum zu erschüttern.“

zer pauschal negativ sanktioniert. Sowohl Ökonomisierung als auch Standardisierung von Gesundheitsleistungen verzichten darauf, „verschiedene *Qualitäten* von Nutzen zu differenzieren“ (Rice 2004: 121, Hervorh. i. Orig.).³² Intendiert ist vorrangig die Maximierung des ökonomischen Nutzens, definiert durch eine effiziente Verwendung knapper Ressourcen und evidenzbasierter Medizin (vgl. Lessenich 2008: 119)³³.

Als zweite Antriebskraft moderner Gesundheitssysteme wird im folgenden Abschnitt die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen diskutiert.

3.3 Die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen

Im Kernbereich des deutschen Gesundheitssystems, der GKV, kam Marktmechanismen traditionell nur eine untergeordnete Funktion zu. Die Eckpfeiler der solidarischen Krankenversicherung – korporatistische Selbstverwaltung, paritätische Finanzierung und universeller Leistungsanspruch – machten den gesetzlichen Bereich des Gesundheitswesens gegen Logiken von Wettbewerb und Konkurrenz weitestgehend immun. Nicht von ungefähr wird von Nutzervertretern der Steuerungswandel im Gesundheitswesen ablehnend kommentiert: *Im Gesundheitswesen möchte ich bitte den Kommunismus haben* (Interview 1/Zeilen 238–241). Vielen Experten fällt es schwer, Gesundheitswesen und Markt zusammenzubringen. Worin manifestiert sich die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen?

Zentral für deren Vermarktlichung ist, dass sie vorrangig auf wettbewerbsorientierte Restrukturierung von Leistungsanbietern, GKVen sowie Arznei- und Hilfsmittelherstellern abzielt. Zugespitzt drückt sich dies in der zunehmenden Begriffsverschiebung von „Gesundheitswesen“ auf „*Gesundheitswirtschaft*“ (vgl. u. a. Fretschner/Heinze/Hilbert 2003; Hilbert 2008) aus. Gleichzeitig konkurrieren (selbsternannte) *Gesundheitsregionen* um die Ansiedlung entsprechender „Zukunftscluster“ (Heinze 2006: 197) an ihrem Standort. Dies trifft sowohl für die Pharma- und Hilfsmittelindustrie als auch für private Leistungsanbieter zu, die in urlaubsähnlichem Ambiente Versorgungspakete in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und *medical wellness* anbieten. Der semantische Paradigmenwechsel hilft, das ökonomische Geschehen in der Gesundheitsversorgung breiter zu fassen. Dies spiegelt sich erstmals im Titel

³² Hierzu zählt neben der persönlichen Genesung u. a. therapeutische Wahlfreiheit.

³³ Lessenich (2008: 119) sieht in der ökonomischen Rahmung neuer Sozialpolitiken und ihrer Aktivierungsanrufungen nichts weniger denn eine „Umkehrung der sozialpolitischen ‚Schuldverhältnisse‘“; hinsichtlich der individuellen Gesundheitsprävention bedeute dies: „Wer sich nicht impfen lässt, steckt andere an; wer sich nicht vorsorglich untersuchen lässt, kommt die Kasse teuer zu stehen; wer keine Prävention betreibt, ist nicht nur im engeren Sinne ‚selber schuld‘, sondern wird zum schuldigen Selbst, macht sich auch sozial schuldig.“

des Sondergutachtens des Sachverständigenrats (SVR) für Gesundheit von 1996/97 wider: *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. In Zeiten der allgemeinen wirtschaftlichen Konjunkturkrise wurden die Wachstumspotentiale eines Sektors in den Vordergrund gerückt, in dem in Deutschland elf Prozent aller Beschäftigten tätig sind (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung [bpb] 2011, o. S.). Übergeordnetes Ziel einer ganzen Reihe von Reformvorschlägen war und ist es, die Kosten von (gesetzlich finanzierten) Gesundheitsleistungen zu senken (vgl. Abschn. 3.2) und den Sektor gleichzeitig, wenn auch behutsam, für private Investoren zu öffnen. Legitimiert wird der Diskurs um die Gesundheitswirtschaft auch durch den demographischen Wandel. Als gesellschaftlicher Treiber forciert dieser, so die Hoffnung der Gesundheitspolitik, die Freilegung von wirtschaftlichen Wachstumspotentialen, die in modernen Gesundheitsdiensten und -technologien (Stichworte: „*Ambient Assisted or Smart Living*“, „*ehealth*“) vermutet werden (vgl. Heinze/Naegele/Schneiders 2011).

Andere Autoren beurteilen die zentrale Absicht der mit dem Etikett „Vermarktlichung“ versehenen Reformen nüchterner. So kommt etwa Gerlinger (2010: 108) zu dem Schluss: „*At the heart of the transformation is the implementation of competition-centered structural reforms designed to establish a regulated market in the health service and help modernize structures of medical provision that had come to be regarded as inefficient.*” Gegenüber diesen Kernzielen erscheint die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten für Nutzer infolge des Entstehens von Gesundheitsmärkten zweitrangig. Neue Wahlmöglichkeiten waren eine Folge- und Begleitscheinung der schrittweisen Kommerzialisierung eines zuvor weitestgehend staatlich reglementierten Bereichs.

Rückblickend wird der sogenannte „Lahnsteiner Kompromiss“ von 1992 als Einstieg in eine stärker markgesteuerte Gesundheitspolitik gesehen (vgl. u. a. Bandelow 2003: 18) – gewissermaßen als politischer Wendepunkt. Damals einigten sich die Parteispitzen von CDU/CSU und SPD u. a. auf zwei wesentliche Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitswesen: Einführung von Fallpauschalen im Krankenhausbereich (ab 2004 in Form von DRGs, vgl. Abschn. 3.2.1) und eines Wettbewerbs zwischen GKVen. Beide Änderungen, die 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft traten, läuteten einen inkrementellen Wandlungsprozess ein, der in der Literatur treffend als „*long farewell to the Bismarck System*“ (Gerlinger/Schmucker 2009) beschrieben wird. Sowohl die Umstellung des Abrechnungsmodus in Krankenhäusern als auch die Einführung der freien Kassenwahl beschleu-

nigten Prozesse der Ökonomisierung *und* Vermarktlichung in Gesundheitswesen – als unterschiedliche Effekte *einer* Reform. Im Krankenhaussektor dienen Fallpauschalen, nicht nur dem Ziel, Behandlungskosten zu senken, sie sind ebenfalls die zentrale Voraussetzung, um Krankenhäuser für private Investitionen interessant zu machen. Erst die managerielle Steuerung des „Wirtschaftsunternehmens Klinikum“ ermöglicht die präzise Abbildung und Kalkulation von Kosten und Einnahmen – ein wesentliches Merkmal von For-Profit-Unternehmen. Gleiches gilt für die Organisationsreform der GKV: Durch die Einführung des Kassenwettbewerbs werden Versicherungen einerseits angehalten, ihre Ausgaben zu drosseln, andererseits entwickelten sie sich zu Marktakteuren, d. h., sie werden, wie Bode (2002) treffend formuliert, vom „*payer zu[m] player*“ auf einem Dienstleistungsmarkt. Als konkurrierende Unternehmen hängt der Fortbestand von GKV von einem guten Management, langfristigen Investitionen und dem Erschließen von Wachstumsbereichen ab.

In der Zusammenschau dienen diese politisch gewollten Effekte eines staatlich entfachten und, zumindest was die GKV betrifft, staatlich regulierten Wettbewerbs gleichermaßen der Kostendämpfung wie auch der Marktschaffung im deutschen Gesundheitswesen. Beide Ansätze wurden insbesondere durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 fortgeführt und intensiviert, z. B., indem GKV die Möglichkeit zum Vertragswettbewerb gegeben wurde (vgl. Abschn. 3.3.1). Die Aufwertung von Nutzern als Konsumenten erfolgte eher beiläufig als Konsequenz von wirtschaftlich als zwingend erachteten Strukturreformen im Gesundheitswesen. Seitens der Gesundheitspolitik wurde nicht für neue Nutzerbilder und mehr Konsumentenfreiheit im Gesundheitssystem geworben, sondern (wenn überhaupt) für die Entstehung neuer Arbeitsplätze in einer prosperierenden Branche. Hierin liegt ein entscheidender Unterschied zu Großbritannien, wo New Labour zum Zwecke entsprechender Reformen des NHS mit dem Versprechen antrat, die Wahlmöglichkeiten für Nutzer zu erhöhen (vgl. Abschn. 4.3).

Doch wo genau entstehen im Zuge der Vermarktlichung des deutschen Gesundheitssystems neue Wahloptionen für Nutzer?³⁴ Welche Wahltarife und Wahlleistungen existieren, die darauf abzielen, die Konsumenten-souveränität von Nutzern zu stärken? Im Folgenden werden vier Bereiche vorgestellt, in denen die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen Nutzern

³⁴ Nach Etgeton (2009a: 256) haben Nutzer im deutschen Gesundheitssystem folgende Wahloptionen (chronologische Reihenfolge): freie Arztwahl (1931), freie Wahl der Krankenkasse (1996), IGeL (Ende der 1990er Jahre), private Zusatzversicherungen (2004), spezielle Versorgungsangebote: DMP, Integrierte Versorgung, Hausarztversorgung (2004/2007) und GKV-Wahltarife: Kostenerstattung, Selbstbehalt, Beitragsrückgewähr, besondere Arzneimittel (2004/2007).

mehr Wahlmöglichkeiten bietet. Dabei wird deutlich, dass markttypische Wahlleistungen im Gesundheitsbereich nicht automatisch die Position von Nutzern gegenüber Leistungsanbietern stärken, sondern ebenfalls neue Risiken in sich bergen. Ein fünftes Beispiel zeigt, dass die Einführung von Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern ebenso bestehende Wahlmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung reduzieren kann.

3.3.1 Auswahl zwischen Krankenkassen und Tarifpaketen

Gesetzlich Versicherte haben seit 1996 das Recht, zwischen unterschiedlichen Krankenkassen zu wählen. Bis dato wechselte jeder zweite Versicherte seine Krankenkasse, „vor allem, um Beiträge einzusparen“ (Greß et al. 2008: 88; vgl. auch Wildner/Exter/Kraan 2004: 260). Erst seit der Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes 2009 wächst die Bedeutung anderer kassenspezifischer Unterscheidungsmerkmale. Hierzu zählen Wahl- und Zusatztarife (z. B. Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife bzw. Chefarztbehandlung, Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus oder Zahnersatz), Bonusprogramme, aber auch Serviceleistungen, wie die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen für Versicherte. Im Zuge des GMG von 2004 wurde der reine Kassen- durch einen *Vertragswettbewerb* ergänzt. Danach ist es den 153 GKVn (Stand: 01. 08. 2011, vgl. GKV Spitzenverband 2011, o. S.) gestattet, Einzelverträge mit Leistungsanbietern (z. B. Pharmaherstellern, Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren [MVZ]) auszuhandeln, und somit „effizienzsteigernde Wirkungen“ (Rothgang/Preuss 2007: 7) zu erzielen (vgl. Abschn. 3.3.5).

Im Ergebnis dieses Umstrukturierungsprozesses werden GKVn zunehmend zu Dienstleistungsunternehmen. Anhand der „Differenzierung von Versorgungs- und Versicherungsformen“ (Gerlinger 2009b: 24) konkurrieren Krankenkassen auf Versicherungsmärkten miteinander. Wahltarife, wie Hausarztmodell, Integrierte Versorgung oder DMP, die GKVn seit der Gesundheitsreform 2007 verpflichtend anbieten müssen, erweitern die Versorgungsoptionen von Versicherten. Im Gegensatz dazu bestehen für GKV-Versicherte auch entgegengesetzte Defaults, die die Freiheit, prinzipiell alle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können a priori einschränken (vgl. Abschn. 3.3.5, 4.1). So honorieren Selbstbehalts- oder Beitragsrückerstattungstarife in der GKV den Verzicht auf bzw. den sparsamen Umgang mit kassenfinanzierten Versorgungsangeboten (ebd.: 28 f.). Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen Wahl- und Selbstbeteiligungstarifen ist der Zeitpunkt, zu dem die Risiken des Versicherten gestaltet werden. Wahltarife funktionieren nach dem Prinzip der *vorvertraglichen* Risikoselektion, d. h. des selbstbestimmten Hinzunehmens oder Ausschließens von

Versicherungsschutz. Tarife der *nachvertraglichen* Risikoselektion verpflichten Versicherte hingegen dazu, im Falle der Leistungsanspruchnahme entstandene Kosten anteilig zu übernehmen (vgl. Amelung 2007: 123 ff.; Gerlinger/Stegmüller 2009: 147). Die Differenzierung nach Wahl- und Zusatztarifen, die seitens der GKV verpflichtend³⁵ und freiwillig anzubieten sind, offenbart die Unübersichtlichkeit von sogenannten „Kann-Tarifen“ (vgl. Klemm 2009: 338 ff.).

Eine Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO³⁶) ergab, dass mehr als zwei Drittel der GKV-Versicherten „über mindestens eine ergänzende private Krankenversicherungspolice“ (Zok 2009: 1) verfügen. Insbesondere jüngere, gut ausgebildete und besserverdienende Versicherte zeigen sich aufgeschlossen gegenüber privaten Zusatzangeboten, wobei vor allem die Nachfrage nach ergänzenden Versicherungen beim Zahnersatz zugenommen hat (ebd.: 4). Durch die Ausweitung der Optionen bei der Krankenkassen- und Tarifwahl gewinnen neutrale Informationen zu den jeweiligen Angeboten für Versicherte an Bedeutung (vgl. Kramer/Dietrich 2008: 54 ff.). Insbesondere für sozioökonomisch schwache und chronisch kranke Versichertengruppen kann ein Verzicht auf entsprechende Tarife vernünftig sein.

3.3.2 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Gesundheitsleistungen, die nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sind, können seit 1998 als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) von Ärzten an Patienten *verkauft* werden (vgl. Windeler 2006: 17). Hierunter fallen zwei Kategorien von sogenannten „Selbstzahlerleistungen“: zum einen Präventionsmaßnahmen, wie Impfungen vor Fernreisen oder sportmedizinische (Tauglichkeits-)Untersuchungen, die gemäß SGB nicht als GKV-Leistung deklariert werden dürfen, zum anderen (dies betrifft den weitaus größeren Teil) Leistungen, die prinzipiell in den GKV-Katalog aufgenommen werden könnten, jedoch entweder seitens des G-BA auf Grundlage eines medizinischen Beschlusses abgelehnt wurden, oder aber Leistungen, über die der G-BA noch nicht beraten bzw. nicht (positiv) entscheiden hat (ebd.: 19).

³⁵ Hierzu Klemm (2009: 335): „Unter die Pflichttarife fallen die Angebote für besondere Versorgungsformen sowie [...] für Krankengeldleistungen bei bestimmten Versicherten.“

³⁶ Nachfolgend so zitiert.

Eine vollständige Liste aller IGeL existiert nicht, da sich das Angebotsspektrum an der Nachfrage und den Wünschen von Patienten orientiert und somit dynamisch ist (vgl. Zok 2004: 2 ff.). Signifikant für diesen noch jungen Wirtschaftszweig ist das gezielte Stimulieren der Nachfrage. Gesunde Nutzer werden als potentielle Patienten umworben, indem ihnen Leistungen, für die kein akuter medizinischer Bedarf besteht, angeboten werden (vgl. Zok/Schuldzinski 2005: 18). Schuldzinski (2008: 67) stellt fest: „Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit Abstand am häufigsten zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (rund 72 Prozent aller Angebote) – wie Untersuchungen zu Früherkennung von Krebs, des Grünen Stars oder sogenannte Gesundheitschecks – angeboten bekommen.“ Die steigende Nachfrage nach IGeL bestätigt ebenfalls das WiDO (2008): Rund 18 Millionen GKV-Versicherte (26,7 Prozent) konsumierten zwischen Juni 2007 und Mai 2008 medizinische Zusatzleistungen, die ihnen privat in Arztpraxen verkauft worden waren.³⁷ Der geschätzte IGeL-Jahresumsatz in Deutschland beträgt (ohne zahnärztliche Leistungen) derzeit rund 1,5 Milliarden Euro (Zok 2010).

IGeL verändern das Arzt-Patient-Verhältnis. Der private Gesundheitsmarkt ist darauf angewiesen, dass Ärzte ihre Profession zumindest partiell als Gewerbe auffassen, indem sie Patienten als Verkäufer von Gesundheitsleistungen gegenüberreten (vgl. Windeler 2006: 25). Im ungünstigsten Fall ersetzen IGeL ärztliche Patientenaufklärung durch „Verkaufsbemühungen“ (ebd.: 17, 24). Für Nutzer entstehen gleich mehrere Dilemmata: Als Adressaten, Nachfrager und Konsumenten von IGeL stehen sie vor der Herausforderung, den zu erwartenden medizinischen Mehrwert privater Zusatzleistungen gegen deren Kosten abzuwägen. Ein solches markttypisches Verhalten ist insbesondere in asymmetrischen Beziehungen, in denen der schwächere Part teils aus Gewohnheit teils aus Schutzbedürfnis (un)bewusst regrediert, schwer zu verwirklichen. Rechtlich sehen IGeL zwar einen Vertrag zwischen Arzt und IGeL-Konsument sowie das Ausstellen einer Rechnung nach Erhalt von IGeL vor. Beide Bestimmungen werden aber in der Praxis häufig nicht eingehalten (vgl. Schuldzinski 2008: 70 ff.) und erscheinen darüber hinaus wenig geeignet, Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu generieren.

Kritikwürdig ist ferner der Sachverhalt, dass Ärzte IGeL häufig direkt im Anschluss an Leistungsverweigerungen – aufgrund bereits ausgeschöpfter GKV-Budgets – als *Ersatzleistungen*

³⁷ Das ergab eine telefonische Befragung des WiDO unter 3000 Versicherten. Zu den weiteren Ergebnissen gehört, dass bei 63,2 Prozent der Befragten vor der Behandlung keine erforderliche schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient erfolgte. 81,8 Prozent der Befragten waren zudem der Auffassung, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch IGeL verschlechtert werde (vgl. WiDO 2008).

anbieten (vgl. Richter/Rehder/Raspe 2009: 438). Treffend erscheint daher die Einschätzung von Schmacke (2005: 122): „Das Verwischen von ‚notwendigen‘ Leistungen im Sinn der GKV und ‚ergänzenden‘ Leistungen nach dem IGeL-Katalog ist ein aus pekuniärer Sicht gelungenes, aber oft auch perfides Verwirrspiel.“ Patienten werden mittels ärztlichen IGeL-Offerten bereits in der Arztpraxis zu Konsumenten. Da das Geschäft mit IGeL von einer „unzureichenden Aufklärung der Interessenten“ (ebd.: 22) lebt, besteht ein großer Bedarf an Aufklärung, Transparenz und Qualitätssicherung.

3.3.3 Zahnersatz

Die GKV-Ausgaben für Zahnersatz sind seit der Einführung des befundabhängigen Festzuschuss-Systems³⁸ 2005 deutlich gesunken (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV] 2008: 36).³⁹ Das neue Abrechnungssystem sieht je nach Diagnose einen festen Erstattungsbetrag vor – unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten. Letztere bestimmen Versicherte per Therapiewahl mit (vgl. Palmowski/Vogel 2008: 96 f.). Grundsätzlich werden teurere Implantatbehandlungen und günstigerer Versorgungsalternativen, wie Brücken oder Prothesen, mit dem gleichen Festbetrag bezuschusst. Versicherte stehen vor der Herausforderung, nach dem zahnärztlichen Befund und der Erstellung eines Heil- und Kostenplans eine Entscheidung für einen Anbieter von Zahnersatz sowie hinsichtlich des zu verwendenden Materials zu treffen (vgl. Kramer 2006). Inwieweit die neue Regelung Versicherten eine „Teilhabe am medizinischen Fortschritt“ (Eßer 2008: 129) ermöglicht, hängt von der Höhe des Selbstbeteiligungs Betrags ab, den Versicherte bereit sind zu tragen, und vom individuellen Navigationsvermögen auf Zahnersatzmärkten. Angesichts der Therapie- und Materialvielfalt sowie der großen Spannbreite an zu kalkulierenden Behandlungskosten (vgl. Theill 2008: 107 ff.) ist die Anzahl der Marktteilnehmer sehr hoch.

Signifikant für den Zahnersatzbereich ist daher der ausgeprägte Preiswettbewerb, der Versicherten z. T. hohe Einsparnisse in Aussicht stellt. Hierzu zählt ebenfalls die Möglichkeit, Zahnersatz über ausländische Anbieter mit niedrigen Herstellungskosten zu beziehen. Informationen und Angebote hinsichtlich preisgünstiger Versorgungsoptionen erhalten Versicherte

³⁸ Das vorherige System sah eine prozentuale Bezuschussung (zwischen 50 und 65 Prozent) der tatsächlichen Behandlungskosten vor. Versicherte, die sich für eine teure Zahnersatzversorgung entschieden, bekamen einen deutlich höheren Betrag von der Krankenkasse erstattet als Versicherte, die (aus Kostenerwägungen heraus) die Regelversorgung wählten – hierin sah der Gesetzgeber eine Ungerechtigkeit (vgl. Kramer 2006: 11 ff.).

³⁹ Im ersten Jahr nach der Umstellung auf Festzuschüsse (2005) sank das GKV-Ausgabenvolumen für Zahnersatz im Vergleich zu 2004 um 11,9 Prozent auf 9928,5 Millionen Euro. In den Folgejahren stiegen die Ausgaben wieder leicht an, lagen jedoch weiterhin deutlich unter den Zahlen von 2004 und davor (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV] 2008: 36).

zunehmend über Auktionsportale im Internet⁴⁰ (vgl. Lehmann 2008). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bemängelt die Qualität der Versorgungsangebote der neuen Konkurrenten (vgl. Eßer 2008).

3.3.4 Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung bzw. der individuelle Verbrauch von Medikamenten gehört zu denjenigen Bereichen des Gesundheitswesens, in denen der Konsumentenstatus von Nutzern deutlich zum Vorschein kommt. Der schleichende Rollenwechsel vom Patienten zum Konsumenten kann anhand dreier markanter Veränderungsprozesse innerhalb des Arzneimittel-sektors belegt werden:

Erstens hat die Bedeutung der Selbstmedikation – verstanden als ärztlich nicht verordneter Kauf von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln (sogenannte „Over-the-Counter-Präparate“) sowie nicht apothekenpflichtiger Präparate (vgl. Zok 2006: 2) zugenommen. Im Jahre 2009 betrug das Volumen des Selbstmedikationsmarktes 4,23 Milliarden Euro (vgl. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller [BAH] 2010). Forciert wurde der Handel mit Selbstmedikationspräparaten durch den seit 2004 gesetzlich wirksamen Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog (vgl. Zok 2006: 2). Die mit Einkommen und Schulbildung wachsende Bereitschaft zur Selbstmedikation ist auf ein *gestiegenes Gesundheitsbewusstsein* und den Erfolg der Gesundheitsprävention zurückzuführen. Indizien, dass Nutzer offensiv ihre Konsumentensouveränität auf Arzneimittelmärkten ausspielen, gibt es bislang kaum: So bleiben z. B. Preisvergleiche bei rezeptfreien Arzneimitteln in Apotheken, die seit Aufhebung der Preisbindung 2004 möglich sind, die Ausnahme (vgl. Zok 2006: 7).

Zweitens ergeben sich aus dem Wandel der Distribution von Arzneimitteln Auswirkungen auf Konsumenten. Sollte der Marktanteil von Versand- und Internetapotheken zukünftig ansteigen, weitet sich der Raum zur kommerziellen Vermarktung von Arzneimitteln bei gleichzeitiger Reduzierung der Beratungs- und Mitsteuerungsfunktionen von Apothekern aus. Nutzer stehen unter diesen Voraussetzungen vor der Herausforderung, neutrale Informationen von (subtilen) Werbestrategien der pharmazeutischen Industrie unterscheiden zu müssen. Hier besteht ein zusätzlicher Beratungsbedarf seitens der Krankenkassen und Verbraucherzentralen (vgl. Etgeton 2008: 54 f.).

⁴⁰ Vgl. Mojo GmbH (2011); MediKompass GmbH (2011).

Drittens können Patienten gemäß dem im Juli 2006 in Kraft getretenen Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) von der Zuzahlung zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln befreit werden – unter der Voraussetzung, dass ein Präparat mindestens 30 Prozent günstiger als der Durchschnitt aller Medikamente aus einer Wirkstoffgruppe ist. Die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes bietet Patienten einen finanziellen Anreiz, sich über preiswerte pharmazeutische Hersteller zu informieren. Allerdings sind entsprechende Auswirkungen auf das Marktgeschehen bisher kaum ermittelbar (vgl. Vogel 2008: 23 ff.).

3.3.5 Selektivverträge

Den vorangegangenen Beispielen (vgl. Abschn. 3.3.1–3.3.4) ist die Ausweitung markttypischer Wahlmöglichkeiten von Nutzern gemeinsam. Dass Marktmechanismen u. U. auch Auswahloptionen reduzieren, zeigt die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen GKVen und KVen. Infolgedessen entstandene Selektivverträge schränken das Recht der freien Arztwahl ein, indem sie die Anzahl frei wählbarer Leistungserbringer von vornherein limitieren. Versicherte, die sich in einen Selektivvertrag ihrer Krankenkassen einschreiben, können im Krankheitsfall ausschließlich auf Leistungen einzelner Haus- oder Fachärzte zurückgreifen (vgl. Bandelow/Schade 2009: 112; Paquet 2009: 148; Reiners 2009a: 14). Seit dem GMG von 2004 können GKVen Einzelverträge in der sektorübergreifenden Versorgung (Integrierte Versorgung, DMP) anbieten. Das GKV-WSG von 2007 weitete diese Möglichkeit auf die Bereiche der hausarztzentrierten und ambulanten Versorgung aus (vgl. Gerlinger 2009b: 23). Selektivverträge bieten Krankenkassen die Chance, sich in der Versorgung einzelner Versicherten Gruppen (z. B. Diabetiker) zu spezialisieren. Gleichzeitig besteht der Anreiz, Kosteneinsparungen im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung zu erzielen (vgl. Munte/Froschauer 2008: 123). Aufseiten der Ärzte forcieren Selektivverträge die Gründung unternehmerisch orientierter Verbände (vgl. Bandelow/Schade 2009: 97 ff.). Diese existieren parallel zu den KVen und versprechen „Versorgungskonzepte aus einer Hand“ (Munte/Froschauer 2008: 124), mittels der Abdeckung kompletter Behandlungsketten (Diagnose, Therapie, Nachsorge, Pflege).

Trotz einer grundsätzlichen Nutzerorientierung im Versorgungszuschnitt bergen Selektivverträge Risiken. Neben der Einschränkung in der Wahl von Leistungserbringern sind die Modi der Qualitätssicherung und des Leistungszugangs zu hinterfragen. Versicherte sind auf einen transparenten *Qualitäts-* anstatt eines reinen *Preiswettbewerbs* angewiesen, um die richtige Krankenkasse bzw. einen Selektivvertrag wählen zu können. Ebenso ist eine regelmäßige

externe Evaluierung der angebotenen Leistungen bedeutsam (vgl. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD] 2008: 175). Sind diese Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht gewährleistet, erwarten Verbraucherschützer einen „Drang zur billigsten Krankenkasse“ (Micklitz 2008: 30). Ferner besteht die Gefahr, dass sich in bei Krankenkassen verschiedene Güteklassen herausbilden, die, entsprechend der Finanzkraft ihrer Versicherten, selektive Premium- bzw. Rabattverträge mit Leistungserbringern aushandeln. Ein gleicher Versorgungszugang für alle GKV-Versicherten ist unter diesen Bedingungen nicht mehr gegeben (vgl. Bandelow/Schade 2009: 113).

Auch in der Hilfsmittelversorgung sowie in der Arzneimittelversorgung haben Selektiv- bzw. Rabattverträge restriktive Wirkungen auf die Konsumentensouveränität. Krankenkassen, die durch Ausschreibungsverfahren günstige Verträge mit Leistungsanbietern aushandeln, können die freie Produktwahl ihrer Versicherten nicht auf Dauer garantieren (vgl. Kötter/Maßing 2008: 48). Individuelle Qualitätseinbußen sind möglich, wenn z. B. chronisch Kranke in der praktischen Anwendung mit funktional gleichen, jedoch preislich günstigeren Hilfs- oder Arzneimitteln neuer Anbieter schlechter als zuvor zurechtkommen.⁴¹

3.3.6 Zwischenergebnis

Die vorangegangenen Beispiele stehen für eine Intensivierung von Wettbewerb und Kommerzialisierung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens. „Mehr Wettbewerb“ zwischen Leistungsanbietern und die Etablierung einer profitorientierten Gesundheitswirtschaft sind seit dem GSG von 1992 Antriebskräfte aller späteren Reformen, von denen für Nutzer zusätzliche Wahlmöglichkeiten ausgehen. Die Implementierung von Wettbewerbselementen in das deutsche Gesundheitssystem führt zu einem „inkrementellen Wandel“ (Gerlinger/Schmucker 2009). Dieser ist durch die konsekutive Restrukturierung einzelner Teilbereiche des Gesundheitswesens bei fortwährender Dominanz korporatistischer und staatlicher Steuerungslogiken geprägt (vgl. Götze/Cacace/Rothgang 2009: 149 f.; Reiners 2009b: 193 ff.). Die „Entstehung neuer kompetitiver Vertragsstrukturen“ (Bandelow/Schade 2009: 112) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verdeutlicht ferner, dass die Initiierung von Wettbewerb zuallererst ein politisches Steuerungsinstrument ist (vgl. Czada 2000), mit dem nicht automatisch eine Pluralisierung der Wahlmöglichkeiten für Nutzer einhergeht.

⁴¹ Z. B. sind Darmkrebs-Patienten mit künstlichem Darmausgang, sogenannte „Stoma-Beutel-Träger“, auf eine gute Hautverträglichkeit, der verwendeten Stoma-Artikel angewiesen. Produktwechsel führen hier häufig zu Beschwerden (vgl. Interview 14/Zeilen 209–217).

Auf Gesundheitsmärkten adressieren Leistungsanbieter Nutzer vorrangig als Konsumenten, die Leistungen nach persönlichem Bedarf und individuellen Präferenzen *auswählen* sollen. Gesundheit erhält somit den Charakter eines Investitionsgutes, das potentiell allen Nutzern gleichermaßen zu Verfügung steht. Eine optionale Selbstversorgung mit Gesundheitsleistungen birgt für Nutzer jedoch neues Verunsicherungspotential. Insbesondere dann, wenn der Eindruck entsteht, das solidarisch finanzierte Leistungsangebot der GKV reiche für eine optimale Gesundheitsversorgung nicht aus. Bekräftigt wird diese Sorge durch die parallele Ökonomisierung öffentlicher Gesundheitsleistungen sowie durch Debatten über eine notwendige Priorisierung und Rationierung medizinischer Leistungen (vgl. Raspe 2006: 109 ff.; Richter/Rehder/Raspe 2009; Mackmann 2010). Die Parallelität von Ökonomisierung und Vermarktlichung medizinischer Leistungen zwingt Nutzer, anhand von Fragen wie „Welche Leistungen (z. B. Prävention, Rehabilitation, Alternativmedizin, Wellness) sind besonders wichtig für mich?“, „Ist es sinnvoll, eine Zusatzversicherung abzuschließen?“ oder „Über welche Anbieter beziehe ich meinen Bedarf an Arzneimitteln?“ Abwägungen zu treffen.

Die dritte Modernisierungsdimension verortet das Gesundheitswesen als Teil wissensbasierter Dienstleistungsgesellschaften, in dem Nutzer *per definitionem* zu Koproduzenten werden.

3.4 Das Gesundheitswesen als Teil wissensbasierter Dienstleistungsgesellschaften

Die Dimension der Wissensbasierung komplettiert die in diesem Kapitel diskutierten Modernisierungsdimensionen des Gesundheitswesens. Traditionell war medizinisches Wissen die maßgebliche Referenzgröße im Versorgungssystem, insofern ist das Prinzip der Wissensbasierung nicht neu. Zwei für die Bedeutung von und den Umgang mit Wissen wesentliche Aspekte haben sich jedoch verändert: Zum einen greifen moderne Gesundheitswesen parallel auf mehrere Wissenssysteme und Praktiken wie EbM, Managerialismus (z. B. DRG) und standardisierte Behandlungsverfahren (z. B. DMP) zurück. Zum anderen ist der Grat zwischen einer Demokratisierung von gesundheitsrelevantem Wissen, auf dessen Grundlage Nutzer informierte Entscheidungen treffen können, und der *Industrialisierung von Wissen*, d. h. der manageriellen Verwertung von medizinischen und ökonomischen Wissensbausteinen, schmal.⁴² An beiden Polen der Wissensbasierung sind Kompetenz und Koproduktion von Nutzern zentrale Elemente – dies war nicht immer der Fall, wie ein Blick zurück zeigt.

⁴² Der Medizinjournalist Werner Bartens (2011: 18) kommt in diesem Zusammenhang zu der Einschätzung: „Mit dem Erleben und Befinden der Kranken hat das oft nichts mehr zu tun.“

3.4.1 Modernisierung von Medizin und Gesundheit

Der folgende kursorische Rückblick bleibt auf diejenige medizinische Versorgungsrealität Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts beschränkt, deren Strukturen bis heute prägend sind. Wie sahen die Ursprünge öffentlicher Gesundheitssysteme aus? Der Historiker Jürgen Osterhammel (2009: 266) erinnert diesbezüglich an die Bedeutung des Zusammentreffens freier Ressourcen, praxiswirksamen medizinischen Wissens und bürgerschaftlicher Gesundheitsansprüche: „Die Einführung von Gesundheitssystemen setzte dreierlei voraus: (1) eine neue Definition der Aufgaben des Staates und den Willen, Ressourcen für diese neuen Aufgaben des Staates einzusetzen; (2) das Vorhandensein biomedizinischer Kenntnisse einschließlich praktischer Folgerungen daraus; (3) die Entwicklung einer Bürgererwartung an den Staat, dass er sich um Gesundheitsangelegenheiten kümmern möge.“ Von Interesse sind in diesem Abschnitt insbesondere die Modernisierung der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf den Wissensstand in der Medizin, dominierende Krankheitsbilder, Rollenverständnisse von Professionellen und Rollenzuweisungen an Patienten.

Bis zur Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert galt Krankheit als „jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der ärztliche Behandlung erforderlich macht“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR⁴³] 2003: 177). Ärzte genossen das Privileg, Versorgungsprozesse vollständig definieren zu können. Insbesondere die wachsende Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch eine stetig steigende Zahl an Versicherten im Zuge der Einführung des Bismarckschen Krankenversicherungssystems 1883 trug zur Konzentration auf kurativ ausgerichtete medizinische Behandlungsschemata bei (vgl. Hillebrand 2008: 74). Exemplarisch für eine verengende Betrachtung auf Krankheitssymptome und die Medikalisierung von Krankheiten war die Institution des Krankenhauses (vgl. u. a. Bleker 1997; Baecker 2008). Das Krankenhaus als quasi außergesellschaftliche Einrichtung der „medizinischen [...] Vernichtung, Vertilgung und Aneignung des Gefährlichen und Bedrohlichen“ (Baecker 2008: 39) stand für die kontextuelle „Entbettung“ (vgl. Polanyi [1944] 1978) und arbeitsteilige Aufgliederung des menschlichen Körpers sowie das Rationalisieren von Krankheiten. Hospitäler, die vorrangig als Ausbildungsstätte für Mediziner fungierten, waren Orte, an denen „*patients could be controlled and ordered about*“ (Bleker 1997: 24).

Das Krankenhaus war das Fortschrittssymbol der *ersten Gesundheitsrevolution*. Es war ein Ort der Kontrolle und der Eliminierung gesellschaftsbedrohlicher Epidemien. Faktoren der

⁴³ Nachfolgend so zitiert.

individuellen Lebensführung, des sozioökonomischen Status oder gesundheitsrelevanter-Umwelteinflüsse hatten innerhalb der stationären Leistungserbringung kaum Bedeutung. Im Unterschied zur privatärztlichen Praxis (i. d. R. Hausbesuche), in der das Prinzip der individuellen Fürsorge dominierte, zeigten Krankenhausärzte „*little interest in patient's individual disposition*“ (Bleker 1997: 24).⁴⁴ Sie waren Pioniere der wissenschaftlich-technischen Rationalisierung der Medizin. Die Einführung der GKV 1883 förderte die Professionalisierung des Arztberufs. Zudem stärkte die Etablierung der Medizin als anerkannte Wissenschaft den ärztlichen „Autoritätsanspruch“ (Balkhausen 2007: 172), der sich aus sozialmedizinischen Überzeugungen des 19. Jahrhunderts ableitete: „*to benefit the poor and advance medical science*“ (Bleker 1997: 24).

Die *zweite Gesundheitsrevolution* Mitte des 20. Jahrhunderts rückte die Versorgung im Krankheitsfall in den Vordergrund. Mit Potvin und McQueen (2007: 18) bestand die medizinische Herausforderung nunmehr in „*increasing human longevity through the prevention of chronic diseases*“. Neue Wissensgebiete und Behandlungsmethoden dominierten fortan die Medizin und die Ausrichtung ärztlicher Tätigkeit. Die Eindämmung nicht unmittelbar tödlicher, jedoch chronisch verlaufender Krankheiten erfolgte zunächst durch Standardisierung von Versorgungspraktiken und medizinische Spezialisierung. Kardiologen, Diabetologen und Neurologen transformierten das öffentliche Gesundheitswesen. Das Ausdifferenzieren medizinischen Wissens ermöglichte das Weiterleben von Patienten, trotz chronischer Krankheit (vgl. Abschn. 3.4.6).

Ihren vorläufigen Höhepunkt erlangt die Bedeutung von medizinischem Wissen in der *dritten Gesundheitsrevolution*: der „Förderung der Gesundheit in den vielfältigen Lebenswelten des modernen Alltags“ (Kickbusch 2006: 11). Anders als bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und der Kontrolle chronischer Krankheiten setzt die häufig mit dem Begriff „*empowerment*“ versehene dritte Revolution auf lebensstilorientierte Interventionen (vgl. Großkinsky 2009: 20 ff.). Dies geschieht in einem heterogenen und dynamischen Umfeld: Gesundheit wird als eine Querschnittsaufgabe begriffen, an der auch private Gesundheitsanbieter und (zivilgesellschaftliche) Nutzerorganisationen mitwirken. Medizinische Interventionen sind nicht nur kurativ ausgerichtet, sondern sollen als Präventionsleistungen in allen Le-

⁴⁴ Hinsichtlich des Übergangs von ärztlichen Hausbesuchen hin zu Krankenhauseinweisungen und Praxisbesuchen resümiert Balkhausen (2007: 176): „Der Arzt war immer weniger angewiesen auf verbale Kooperation und Kommunikation von Seiten des Patienten. Der Kranke suchte den Arzt auf und alles Weitere lief ohne ihn ab – in weitgehend stummer Darbietung des Körpers.“

bens- und Politikbereichen (Arbeitswelt, Konsum, Umwelt) Geltung erlangen. Leitbildcharakter erhält die Vorstellung einer entgrenzten „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006), in der „jede Entscheidung zugleich eine Gesundheitsentscheidung ist“ (ebd.: 10).⁴⁵

Kritisiert wird das Leitbild der Gesundheitsgesellschaft, in der Gesundheit als „*doability*“ (ebd.: 90) gilt, und zwar aufgrund einer optimistischen Einschätzung menschlicher Gestaltungsoptionen. Kritiker befürchten, dass die Komplexität von gesundheitsrelevantem Wissen, medizinischen Handlungsoptionen und technischen Hilfsmitteln die Unsicherheit von Menschen potenziert. Statt eines *empowerment* und mehr Mündigkeit im Gesundheitswesen drohe die zusätzliche Überforderung von krankheitsbedingt ohnehin benachteiligten Menschen (vgl. u.a. Dieterich 2010; Schmidt 2010). Tatsächlich werden Nutzern von Gesundheitsleistungen in der Gegenwart immer neue Navigationsleistungen und Wahlentscheidungen abverlangt (vgl. Abschn. 3.3). Potvin (2007: 107) weist auf das hierin liegende Krisenpotential für Nutzer hin, indem sie darauf aufmerksam macht, dass mehr individuelles Wissen nicht gleichbedeutend mit mehr Gesundheitskompetenz und Sicherheit ist: *„Thus in public health as in many other techno-scientific endeavours, more knowledge does not necessarily translate into more predictability and control. It often means increasing complexity and uncertainty about the impact of action through unintended consequences and reflexivity”*.

Folgende Bereiche der wissensbasierten Koproduktion in modernen Gesundheitssystemen werden folgend beleuchtet:

- lebensstilorientierte Gesundheitskompetenz,
- Recherche von Gesundheitsinformation im Internet,
- Personalisierung medizinischer Leistungen,
- Modi der Koproduktion im Arzt-Patient-Verhältnis,
- ein interaktiver Ansatz der Chronikversorgung,
- Grenzen der wissensbasierten Nutzeredukation.

Ein Zwischenergebnis komplettiert diesen Teil der Arbeit.

⁴⁵ Kickbuschs Diktum von der „Gesundheitsgesellschaft“ greift Giddens (1991) Überlegungen selbstreflexiver *life politics* auf. Giddens (ebd.: 218) argumentiert, dass der menschliche Körper unter den Bedingungen der späten Moderne zur Projektionsfläche der *Selbstfindung* und -modellierung werde, was insbesondere Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit habe: *„The body was a ‚given‘, the often inconvenient and inadequate seat of the self. With the increasing invasion of the body by abstract systems all this becomes altered. The body, like the self, becomes a site of interaction, appropriation and reappropriation, linking reflexively organized processes and systematically ordered by expert knowledge.“*

3.4.2 Gesundheitswissen als lebensstilorientierte Alltagskompetenz

Individuelle Verhaltensprävention erhält in modernen Gesundheitswesen eine deutliche Aufwertung gegenüber dem Einfluss äußerer Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Prinzipiell gelten gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Lebensstile als individuell realisierbare und steigerbare Ressourcen (vgl. Kickbusch 2006: 10).

Aufgegriffen wird diese Einschätzung von Fürsprechern eines verstärkt auf Eigenverantwortung zu basierenden Gesundheitswesens. Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGBV⁴⁶), ein Verein von Leistungserbringern, Verbänden, Managementgesellschaften, Verbänden, Krankenkassen und Industrie (vgl. DGBV 2011), erkennt im Gesundheitsverhalten von Nutzern „eine immer noch vernachlässigte Ressource“ (Schmid et al. 2008: 165). Die Nutzbarmachung von individuellem Gesundheitswissen und individueller Gesundheitskompetenz enthält demnach die „größten Einsparmöglichkeiten“ (ebd.), wohingegen passives und inkompetentes Nutzerverhalten die Ursache für eine „unsolidarische Überbeanspruchung des [GKV-, B. E.]Systems“ (ebd.: 163) darstellt. Die DGBV möchte daher zu einem gesellschaftlichen Kulturwandel beitragen, in dessen Zentrum der „verantwortliche ‚Gesundheitsbürger‘“ (ebd.: 14) steht: „Wir brauchen dafür ein neues Leitbild vom Bürger, der kompetent und eigenverantwortlich handelt und das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem nur dann nutzt, wenn er eine Situation nicht selber meistern kann (Subsidiarität). Die Hilfe durch den Staat oder die Solidargemeinschaften (Solidarität) muss letztlich ergänzenden Charakter haben.“ (ebd.: 13)

Auch jenseits von ökonomisch motivierten Eigenverantwortungszuschreibungen gilt kompetentes Gesundheitsverhalten zunehmend als individuell zu bewältigende „*doability*“ (Kickbusch 2006: 90). Als anschlussfähig erweist sich hier Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Lebensstile „in komplexen Wechselwirkungen mit Umwelt und genetischer Disposition“ (Großkinsky 2009: 25) die Gesundheit beeinflussen, gilt es, „sich selbst *und* andere zu fordern“ (ebd., Hervorh. i. Orig.). Zum Erlernen einer salutogenesen Lebensführung können im individuellen Coaching, in der begleitenden Beratung und in der Auswahl von Leistungserbringern tätige Gesundheitsberater Unterstützung leisten. So forderte z. B. der Wissenschaftliche Beirat für Verbraucher- und Ernährungspolitik des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) in einem Positionspapier zur Stellung von Verbrauchern und Patienten im

⁴⁶ Nachfolgend so zitiert.

liberalisierten Gesundheitsmarkt „die Einführung eines geprüften Berufs des *Gesundheitsbrokers*, der neutral und kompetent Patienten berät“ (Micklitz 2008: 35, Hervorh. i. Orig.).

Gesundheitsrelevante Entscheidungen sind von Nutzern in der Gegenwart alltäglich zu treffen. Sie umfassen nicht nur den Kernbereich der medizinischen Versorgung, sondern ebenfalls Bereiche der individuellen Lebensführung und Gesundheitshaltung, wie Ernährung oder Freizeitgestaltung. Insbesondere die Ausdifferenzierung der Rollen, in denen Nutzer von gesundheitsnahen und medizinischen Leistungen und Produkten adressiert werden (vgl. Kap. 5), sowie die gesundheitspolitische Forderung nach mehr „Selbststeuerungsleistungen“ (Schaefer/Schmidt-Kaehler 2006: 9) erhöhen den Beratungsbedarf. Die Notwendigkeit, diesen Anforderungen gerecht zu werden, lässt die Bedeutung von Gesundheitswissen und –kompetenz wachsen. Kickbusch (2009: 17) fasst diese Entwicklungsdynamik wie folgt zusammen: „*The expansion of health choices and the complexity of health systems demand an ever higher degree of sophistication and participation, and as a consequence there is a growing offer and demand not only for health information but for advice and knowledge brokering.*”

Dieser Einschätzung folgend ist für eine gesundheitsbewusste Lebensführung die Ausbildung einer „*health literacy*“⁴⁷ notwendig. Der Begriff umfasst neben der kognitiven Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen lesen und verstehen zu können, die Kompetenz, erworbenes Gesundheitswissen auf die eigene Lebenszusammenhänge anzuwenden und somit gesundheitsbewusste Alltagsentscheidungen zu treffen (vgl. Adams et al. 2009: 144). Deutlich wird die anwendungsbezogene Dimension von *health literacy* in der auf Nutbeam (1998: 357) zurückgehenden Definition der WHO: „*Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health.*“

Die Fähigkeit zu einem gesunden Lebensstil, z. B. durch Verzicht auf Tabak und übermäßigen Alkoholgenuss, oder zur Bewältigung von beruflichen, privaten oder umweltbedingten Belastungen, erfordert eine wissensbasierte, aber vor allem auch kritische Interaktion mit Anbietern von Gesundheitsinformationen und Beratungsangeboten (vgl. Nutbeam 2000: 263 ff.). Gesundheitskompetenz, verstanden als „Voraussetzung zur Durchsetzung eigener gesundheitlicher Interessen in einer sich ständig wandelnden Gesellschaft“ (Kahrs 2007: 62), entsteht durch kontextbezogene Anwendung und Reflexion erworbenen Wissens. Erst im Prozess der

⁴⁷ Folgend mit „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet.

Selbstverortung in einem Umfeld von gesundheitsfördernden und -belastenden Faktoren transformiert sich abstraktes Wissen in individuelle Gesundheitskompetenz. Als Baustein der persönlichen Identität ist Gesundheitskompetenz somit gleichermaßen dynamisch wie fragil (ebd.: 71). Bedeutsam ist hierbei die persönliche Auseinandersetzung mit kulturell dominierenden Lebensstildiskursen, wie der zunehmenden Verquickung von Schönheit und Fitness mit Gesundheit. Gesundheitskompetenz verlangt den Umgang mit Widersprüchen, wie sie etwa zwischen der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnis, dass leichtes Übergewicht prinzipiell gesundheitsförderlich sein kann, und der gesellschaftlichen Dominanz des Schlankheitsideals bestehen. Im Ergebnis kann die gesundheitliche Selbstkontextualisierung auch zur Beibehaltung ungesunder Lebensstile und Inkaufnahme eines höheren individuellen Gesundheitsrisikos führen.

3.4.3 Gesundheitswissen im Internet

In modernen Gesellschaften entwickelt sich das Internet zum Schlüsselmedium individueller Wissensaneignung. Dies trifft insbesondere auf den Wissenskomplex „Gesundheit und gesundheitliche Versorgung“ zu. Grundsätzlich wird „der Zugang zu medizinischen und paramedizinischen Informationen“ (Kardorff v. 2009: 267) leichter. Gleichzeitig stellt der Umgang mit online generiertem Gesundheitswissen eine „neue Herausforderung in der Laien-Expertenkommunikation“ (ebd.) dar. „Gesundheitsberatung im Internet“ (Schmidt-Kaehler 2005) dient Nutzern, das zeigen erste empirische Untersuchungen (vgl. Geuter/Weber 2009), vor allem „als Rückversicherung der eigenen Entscheidungen bzw. der von den Ärzten vorgeschlagenen Therapien“ (Kardorff v. 2009: 268). Zwei führende Angebote der internetbasierten Wissensvermittlung in Deutschland werden im Folgenden vorgestellt.

Weisse Liste.de

„Wer krank ist, möchte sich in guten Händen wissen“ (Weisse Liste 2011a, o. S.) – diesem Diktum folgend macht es sich die *Weisse Liste*⁴⁸ zur Aufgabe unabhängige Orientierung bei der Suche nach Gesundheitsanbietern zu bieten, um somit Nutzer zu „aktiven, gleichberechtigten Partnern im Gesundheitswesen“ (Weisse Liste 2011b, o. S.) zu machen. Nutzer werden

⁴⁸ Die *Weisse Liste* (Internetportal) ist ein Anfang 2008 ins Leben gerufenes Projekt der Bertelsmann Stiftung und kooperierender Patientenorganisationen, wie der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. oder dem VdK., unter der Schirmherrschaft des Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Ziel des Projekts ist es, „das Gesundheitssystem für Patienten, Versicherte und ihre Interessenvertreter transparenter zu machen. Bezogen auf den individuellen Behandlungswunsch werden aussagekräftige Informationen über die Angebotsstrukturen und die Versorgungsqualität einzelner Gesundheitsanbieter in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung gestellt. Sie sollen als Entscheidungshilfe für die Wahl einer geeigneten Gesundheitseinrichtung dienen.“ (Weisse Liste 2011b, o. S.).

zunächst aufgefordert anzugeben, welche Krankheit, Behandlung oder Untersuchung sie wünschen. Wer bspw. die Diagnose „Bluthochdruck mit Herzkrankheit“ in die Suchmaske eingibt, wird im Anschluss an die Mitteilung des Wohnsitzes nach eventuell vorhandenen Begleiterkrankungen gefragt. Ziel ist es, ein (wohnortsnahe) Krankenhaus ausfindig zu machen, das neben der Haupterkrankung auch Begleiterkrankungen des Patienten qualitativ hochwertig versorgt. Leidet ein Patient nicht nur an Bluthochdruck mit Herzkrankheit, sondern ebenfalls (wenngleich nicht akut) an einem schlecht einstellbaren Diabetes oder einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung, kann er Krankenhäuser gemäß deren Behandlungshäufigkeit zu diesem Symptombündel priorisieren. Im nächsten Schritt kann sich der Nutzer über die personelle Ausstattung der von ihm vorläufig ausgewählten Kliniken informieren. Auch hier bietet das Portal Entscheidungshilfen, wie die Anzahl vollstationär behandelte Fälle pro Arzt oder Pflegekraft, an. Anschließend kann die Suche durch Heranziehen zusätzlicher Leistungskennzahlen, wie des Anteils des gewählten Behandlungswunsches an allen Behandlungen des Krankenhauses oder der Behandlungshäufigkeit im Krankenhaus im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, präzisiert werden. Der diagnosegeleitete Suchprozess wird mit der Möglichkeit eines Vergleichs nicht-medizinischer Serviceangebote, wie der Ausstattung der Patientenzimmer, des Serviceangebots, der persönlichen Betreuung, der Räumlichkeiten oder Verpflegung, in den einzelnen Krankenhäusern komplettiert. Abschließend wird dem Nutzer eine Ergebnisübersicht, der von ihm im Auswahlprozess in die engere Wahl genommenen Kliniken erstellt. Die generierte Liste an Leistungsanbietern kann nun abermals nach bevorzugten Qualitätskriterien (z. B. der personellen Ausstattung oder bestimmten Leistungskennzahlen) sortiert werden. Ferner ist ein abschließender Direktvergleich präferierter Kliniken möglich. Bemerkenswert ist, dass die *Weisse Liste* Informationssuchende mit dem Hinweis entlässt, dass die Entscheidungshilfen lediglich ergänzend zur bestehenden Arzt-Patient-Beziehung seien, diese jedoch nicht ersetzen. Diese Selbstbeschränkung verdeutlicht die Grenzen wissensbasierter Gesundheitsinformationen im Internet, auf die noch näher eingegangen wird.

Gesundheitsinformation.de

Das IQWiG verfolgt zwei Ziele (vgl. Abschn. 3.2.3): Einerseits soll der Nutzen (Qualität) medizinischer Leistungen im Zusammenhang mit deren Kosten (Wirtschaftlichkeit) evaluiert und bewertet werden. Andererseits informiert das IQWiG die Öffentlichkeit darüber, „was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist“ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] 2011c). Letzteres geschieht vorrangig über die Internetseite *www.gesund-*

heitsinformation.de⁴⁹, die Nutzern eine unabhängige, objektive und geprüfte Sichtung und Aufarbeitung evidenzbasierter medizinischer Informationen auf der Grundlage institutseigener wissenschaftlicher Publikationen verspricht (vgl. Gesundheitsinformation.de 2011, o. S.). Im Unterschied zur *Weissen Liste* konzentriert sich das Angebot ausschließlich auf gesundheitlich relevante Themengebiete. Ein Qualitätsvergleich von Leistungsanbietern erfolgt nicht. Nutzer, die sich z. B. für das Themenfeld „Immunsystem und Infektionen“ interessieren, erhalten zunächst eine kurze Einführung in die Bedeutung des Immunsystems für den menschlichen Körper. Anschließend besteht die Möglichkeit, sich über ausgewählte Infektionskrankheiten (z. B. Grippe oder Allergien) ausführlicher zu informieren. Die Wissensvermittlung erfolgt teilweise interaktiv, d. h. anhand eines Quiz, von Risikokalkulationen (z. B. Rauchen) und Merkblättern, die wissenschaftliche Befunde allgemeinverständlich aufbereiten. Vervollständigt wird das Angebot durch Erfahrungsberichte von Patienten und audiovisuellen Animationen (vgl. Bastian/Knelangen/Zschorlich 2009: 189). Das Portal *www.gesundheitsinformation.de*, dessen Inhalte auch auf Englisch abrufbar sind, soll nach Angaben von IQWiG-Mitarbeitern mittelfristig zur führenden Anlaufstelle für evidenzbasierte Patientennformationen werden: „*The goal is to achieve an evidence-based encyclopaedia with over 2000 information items by the end of 2012 and to keep it reasonably up-to-date.*“ (ebd.: 185).

Beide genannten Internetportale stehen für qualitativ hochwertige, deutschsprachige Angebote von „*e-health*“ (Eysenbach 2001). Die sozialwissenschaftliche Kritik an vergleichbaren Ansätzen ist vor allem grundsätzlicher Natur. Problematisiert wird das zugrunde liegende „*rather naive information paradigm*“ (Felt et al. 2009: 88), das Nutzer primär als rational handelnde Koproduzenten versteht.

Die Konstruktion des „*future e-patient*“ (Felt/Gugglberger/Mager 2009), der online neutrales Gesundheitswissen recherchiert und eigeninitiativ nutzt, blendet andere Entscheidungsressourcen von Nutzern a priori aus. Nutzerpartizipation in (netzbasieren) Frameworks von „*techno-scientific choices*“ (ebd.: 39) tendiert dazu, sich auf die begrenzte Auswahl zwischen „*pre-screened information*“ bzw. zwischen als alternativlos dargestellten „*prescribed medical treatments*“ (ebd.: 38) zu reduzieren. Stattdessen setzt die Nutzung von „*e-health*“-Angeboten (Eysenbach 2001) neue Kompetenzen voraus: den geschulten Umgang mit Medi-

⁴⁹ Das Portal ist um größtmögliche Seriosität bemüht, auch um sich von der Vielfalt anderer Informationsanbieter im Internet abzugrenzen. Ein Beleg hierfür ist die jährliche Überprüfung und Zertifizierung durch die Schweizer Stiftung Health on the Net (HON), deren acht Grundsätze der Sachverständigkeit, Komplementarität, des Datenschutzes, der Zuordnung, des Nachweises, der Transparenz, der finanziellen Aufdeckung und der Werbepolitik *www.gesundheitsinformation.de* befolgt (vgl. Stiftung HON 2011, o. S.).

en und ein Mindestmaß an *health literacy*. Fehlt Letztere, wie z. B. bei vielen Akutpatienten, wird die gelenkte Nutzerpartizipation aufgegeben und „*the system's ,predefined choice' modes are activated*“ (ebd.: 39). Felt, Gugglberger und Mager (2009: 36 f.) schlussfolgern vor diesem Hintergrund, dass zum einen die Bereitstellung und Implementierung neuer Informationstechnologien nicht automatisch zu einer besseren Wissenskultur im Gesundheitswesen und zu partizipativeren Entscheidungsprozessen führe. Zum anderen kritisieren sie, dass die technische Standardisierung von Wissen Nutzungshandeln von vornherein limitiere: „*Yet citizen-patients' choice is by no means open-ended*“ (ebd.). D. h., die Informationssuche von Nutzern beschränkt sich auf ein präformiertes Default an Gesundheitswissen (vgl. Abschn. 4.1).

3.4.4 Personalisierung der Gesundheitsversorgung

Parallel zu neuen Ansätzen des Wissenszugangs lässt sich die Entwicklung hin zu einer Individualisierung und Personalisierung des Versorgungsprozesses beobachten. Dabei sollen die Stufen der medizinischen Leistungserbringung – Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge – möglichst passgenau an den gesundheitlichen Bedürfnissen und Dispositionen einzelner Nutzer oder spezifischer Nutzergruppen ausgerichtet werden. Insbesondere die Gesundheitswirtschaft verspricht sich von der Entwicklung personalisierter Versorgungsformen zukünftig Umsätze (vgl. Kartte/Neumann 2008: 13 ff.). Neue maßgeschneiderte Versorgungsformen zielen auf die Re-Orientierung medizinischer Leistungen und Produkte in vier Bereichen ab:

Erstens gilt es, den Leistungsprozess grundsätzlich zu deregulieren. Kollektivvereinbarungen hinsichtlich des Umfangs und der Erbringung von Leistungen zwischen KVen und GKVen sollen um Selektivverträge mit größeren Wahloptionen für Nutzer ergänzt werden (vgl. Abschn. 3.3.5). Jenseits des kollektivrechtlich verankerten Leistungsanspruchs entstehen somit neue Freiräume für stärker individualisierte Versorgungsmodelle.

Zweitens strebt eine stärker nutzerorientierte Versorgung die sukzessive Absenkung sektoraler Schranken in der Leistungserbringung an. Personalisierte Medizin ist auf integrierte Versorgungssysteme angewiesen, in denen Allgemein- und Fachärzte bspw. in MVZs einzelfallorientiert zusammenarbeiten und koordinierte Dienstleistungen „aus einer Hand“ anbieten (vgl. SVR 2003: 129 ff.).

Drittens verspricht eine stärker personalisierte Gesundheitsversorgung Abkehr von der notfallorientierten kurativen Medizin. Angestrebt ist der Übergang zu einem proaktiven System, das durch Früherkennung von Krankheiten und die Vermittlung von gesundheitsförderlichen Lebensstilen präventiv wirksam ist. „Proaktiv“ bedeutet in diesem Zusammenhang ferner, die systematische Vernetzung medizinischer Kernleistungen mit ergänzenden und präventiven Angeboten anderer Gesundheitsprofessionen voranzutreiben, wie bspw. der Pflege, Physiotherapie oder der Ernährungsberatung – im Sinne einer „*collaborative workforce*“ (ebd.: 59 f.).

Die Veränderung der Gesundheitsversorgung umfasst *viertens* die konkrete Leistungsausgestaltung. Durch Individualisierung und Zielgruppenorientierung medizinischer Versorgungskonzepte sollen eine höhere Genauigkeit von Diagnosen und passgenauere Therapieoptionen erreicht werden. Statt standardisierter Interventionen wird eine differenzielle Behandlung von Krankheitssymptomen angestrebt, die auf Grundlage multifaktorieller Lebensbedingungen und -risiken entwickelt wurde (vgl. Büro für Technologiefolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag [TAB⁵⁰] 2008: 7 ff.).

Die bahnbrechendsten und gleichzeitig umstrittensten Veränderungen sind mit dem Einsatz von genetischen Biomarkern (TAB 2008: 71 ff.), d. h. „genombasierte Informationen über gesundheitsbezogene Merkmale“ (ebd.: 10), verknüpft. Biomarker sollen dazu beitragen, prädiktive Krankheitsdiagnosen im Sinne einer „*precision medicine*“ (*The Economist*, 18. 04. 09, S. 8 ff.) zu treffen. Mittelfristig würde dies die medizinischen Leistungsbereiche Diagnostik und Therapie zusammenführen. In jedem Fall sollen Nutzer durch personalisierte Versorgungsangebote befähigt werden, mehr Verantwortung für ihre Gesundheitssituation zu übernehmen.⁵¹ Als problematisch erscheint die wachsende Diskrepanz zwischen dem medizinisch-technischen Potential an personalisierten Leistungen sowie Produkten und deren Anpassung an tatsächliche Nutzerpräferenzen (vgl. TAB 2008: 249 ff.). Nutzer verstehen unter „individualisierten Gesundheitsleistungen“ bspw. primär den Ausbau psychosozialer Betreuung und Pflege. Personalisierte Medizin, der es gelingt, prädiktive Risikoprofile zu erstellen, kann jedoch zu einer Erhöhung der seelischen Belastung von „zukünftigen Patienten“ führen (ebd.: 22 f.).

⁵⁰ Nachfolgend so zitiert.

⁵¹ Hierbei sollen technische Innovationen zum Einsatz kommen: Mittels des Ausbaus der Gesundheitstelematik (*homecare, eHealth*, elektronische Gesundheitskarte) sollen Nutzer innerhalb ihres Lebensumfeldes Krankheiten bewältigen und ihre Gesundheit fördern (vgl. Hilbert/Paulus/Heinze 2008; *The Economist* 18. 04. 09, S. 13 ff.). Hierdurch entstehen neue Probleme des gesundheitlichen Datenschutzes.

Fürsprecher maßgeschneiderter Versorgungsprogramme und personalisierter Medizin sehen deren Nutzen vorrangig in der Behandlung und Pflege chronisch kranker Menschen und in der Vorbeugung von Krankheiten⁵². Die Bewältigung chronischer Krankheit erfordert die permanente Neuanpassung von Versorgungsformen. Dabei sind die Verlaufsdynamiken von individuellem Nutzungshandeln je nach Gesundheitszustand sehr unterschiedlich (vgl. Abschn. 3.4.6; Schaeffer 2004: 24 ff.). Gerade weil eine Routinisierung der Bewältigerfordernisse nicht möglich ist, hat das Aushandeln und Verständigen zwischen chronisch kranken Nutzern und Leistungsanbietern eine hohe Bedeutung. Inwieweit Arzt-Patient-Verhältnisse Gelegenheiten für eine interaktive Gesundheitskommunikation eröffnen, erörtern die nächsten beiden Abschnitte.

3.4.5 Koproduktion im Arzt-Patient-Verhältnis

Die Notwendigkeit der Einbeziehung von Nutzern in den medizinischen Leistungsprozess ist offensichtlich. Medizinische Dienstleistungen sind exemplarisch für das „Uno-actu-Prinzip“: der zeitgleichen Produktion und des Verbrauchs von Dienstleistungen, bei dem die Leistungsempfänger als Koproduzenten zwingend beteiligt sind (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 24).

Die Leistungskonsumption durch Patienten, sei es ein operativer Eingriff oder die Einnahme von Medikamenten, erfolgt in der Erwartungshaltung, die verordnete Therapie möge zum medizinisch erwünschten Ergebnis führen. Der aktiven Mitwirkung von Patienten kommt bei der Wahl der Therapieoption große Bedeutung zu. In modernen Gesundheitssystemen, in denen für die meisten Diagnosen mehrere medizinische Interventionsformen existieren, erfolgt die Anpassung des medizinischen Versorgungsprozesses an die subjektiven Lebensbedingungen des einzelnen Patienten interaktiv. Die Verknüpfung von persönlichem Laienwissen mit medizinischen Informationen ist eine zentrale Nutzerkompetenz. Von Kardorff (2009: 258) hebt in diesem Zusammenhang hervor: „Sie [die Informationen, B. E.] konditionieren Situationsbewertungen, konfigurieren und kontextualisieren vorhandene Wissensbestände neu, beeinflussen Entscheidungen und können zu einer Neubestimmung biografischer Identitätsentwürfe genutzt werden.“

⁵² So werden von einer personalisierten Medizin im Hinblick auf Diabetes mellitus „wesentliche Beiträge im Hinblick auf die Milderung der damit verbundenen ‚Public Health‘-Probleme erwartet“ (TAB 2008: 171).

Eine reflexive Informationsnutzung setzt vernetzte Wissensressourcen sowie die Passgenauigkeit von Therapiekonzepten voraus. Nutzer übernehmen bereits in der Wissensgenese, d. h. vor der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die Rolle von Koproduzenten. Nutzer sollen Handlungssouveränität in medizinischen Versorgungs- und Behandlungsfragen gewinnen, genügend Selbstsicherheit besitzen, Therapieoptionen und mögliche Leistungsanbieter zu überblicken und diese gemäß eigenen Bedürfnissen auszuwählen. Die interaktiv herbeizuführende Komplexitätsreduktion von prinzipiell zur Verfügung stehenden Leistungsoptionen und -bündeln avanciert dabei zur Schlüsselkompetenz. Gleichwohl gilt: „Eigenverantwortung braucht gesellschaftliche Vorleistungen“ (Kickbusch/Marstedt 2008: 26), d. h. entsprechende Angebote der Nutzerinformation und -unterstützung (vgl. Kap. 6).

Ein wesentlicher Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses ist die Verlinkung von individuellem Hilfebedarf und professionellen Hilfen (vgl. Kardorff v. 2009: 257 ff.). Die Herstellung von Passungsfähigkeit kann dabei mittels unterschiedlicher Aushandlungsmodi erfolgen. Grundlegend für den Umgang mit medizinisch relevantem Wissen im Arzt-Patient-Verhältnis ist das Modell des Informed Consent, das den Patienten zur „letztgültigen Entscheidungsinstanz“ (Giese 2002: 9) nach vorangegangener ärztlicher Aufklärung erklärt. Ob der Zustimmung oder Ablehnung durch den Patienten eine paternalistische oder partnerschaftliche Entscheidungsfindung vorausgegangen ist, bleibt im Handlungsmodell der informierten Zustimmung zweitrangig. An der einseitigen Orientierung an „*neutral and comprehensive information*“ (Felt et al. 2009: 90) manifestiert sich die Kritik am Paradigma des Informed Consent. Ritualisierte Verfahren der Patientenaufklärung dienen, so die Kritiker, der Stabilisierung des medizinischen Systems. Problematisch ist ferner, dass lebensweltliche, situative und vor allem emotionale Entscheidungsgrundlagen von Patienten in rational-formalisierten Verfahren keine Geltung erlangen. Die genannten Autoren (ebd.: 89) betonen daher das Anerkennen von individuellen Kontextfaktoren als Grundlagen der informierten Zustimmung zu medizinischen Therapien: „*Patients’ choice during informed consent is understood as a process of considering one’s specific social location rather than as an exclusive act of rational reasoning.*“

Generell vollzieht sich die Interaktion zwischen Arzt und Patient entlang eines Kontinuums unterschiedlicher Verhaltensmöglichkeiten, dessen gegenüberliegende Pole (autoritativ vs. partizipativ) sowohl paternalistische als auch partnerschaftliche Beziehungsmuster zulassen.

Die Medizinsoziologie kennt vor allem drei Konzepte: „Compliance“, „Adherence“ und „Shared Decision Making“ (SDM).

Das Compliance-Modell markiert den autoritativen Pol und sieht eine strikte Aufgabenteilung zwischen einem aktiv handelnden Arzt und einem folgsamen Patienten vor. Die Therapietreue seitens des Patienten, d. h. das „Ausmaß der Befolgung ärztlicher Anweisungen“ (Scheibler 2004: 13), gilt als Gradmesser der tatsächlichen geleisteten Compliance. Das Scheitern einer verordneten Therapie wird in diesem Modus des Arzt-Patient-Verhältnisses einseitig mit dem Fehlverhalten von Patienten begründet (ebd.: 18). Die Deutungshoheit über medizinisches Wissen obliegt einseitig den behandelnden Professionellen.

Während das Compliance-Konzept die strukturell asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient widerspiegelt und auf der Definitions- und Steuerungsmacht der Professionellen (vgl. Giese 2002: 84) basiert, wird die Patientenrolle im Adherence-Konzept aufgewertet (vgl. Scheibler 2004: 34). Ohne den Ärztstatus prinzipiell infrage zu stellen, betont das Adherence-Konzept die genesungsfördernden Aspekte der aktiven Patientenmitwirkung im Therapieverlauf. Hierzu zählt die fallbasierte Aneignung von medizinischem Wissen. Die Aktivierung der Patienten bezieht sich nicht auf den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung, wie etwa ein Abwägen von Therapiealternativen, sondern auf die individuelle und wissensbasierte Therapiemitarbeit im Sinne einer „engagierten Durchführung von therapeutischen Hausaufgaben“ (Meichenbaum/Turk 1994: 15).

Ausgeweitet wird die Patientenmitwirkung im Konzept des SDM, in dem Patienten die Rolle als „Mitgestalter der gesundheitlichen Versorgung“ (Klemperer 2005) zugeschrieben wird. Arzt und Patient sollen Behandlungsoptionen und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität gemeinsam sondieren und anschließend eine gemeinsame Entscheidung treffen.⁵³ Hierfür ist eine Offenlegung medizinischen Wissens notwendig, wie es die folgende Definition hervorhebt.

Demnach wird SDM durch vier Bedingungen konstituiert: „(1) *that at least two participants – physician and patient be involved;* (2) *that both parties share information;*(3) *that both parties take steps to build a consensus about the preferred treatment;* and (4) *that an agreement is reached on the treatment to implement*“ (Charles/Gafni/Wehlan 1997: 681). Idealerweise

⁵³ Simon und Härter (2009: 159) identifizieren neun Schritte im Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung: „1. Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht, 2. Gleichberechtigung der Partner formulieren, 3. Über Wahlmöglichkeiten informieren („Equipose“), 4. Über Vor- und Nachteile der Optionen informieren, 5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen, 6. Präferenzen ermitteln, 7. Aushandeln, 8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen, 9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen.“

vertritt der behandelnde Arzt in diesem Prozess die Rolle des medizinischen Experten, wohingegen Patienten individuelle Werte, Präferenzen und emotionale Beweggründe mit evidenzbasierten Leitlinien in Einklang bringen sollen. Sennett (2003) attestiert Patienten in diesem Zusammenhang eine eigene, erfahrungsgesättigte Expertenrolle. Als Betroffene wissen sie – im Gegenteil zum behandelnden Arzt – um die lebensweltlichen Konsequenzen einer Krankheit und können diese Kompetenz in die Behandlung mit einbringen. Die Entscheidung für oder gegen eine Therapie wird letztlich zwischen Arzt und Patient gemeinsam getroffen (vgl. Scheibler 2004: 33 ff.). SDM ist dem partizipativen Pol des Kontinuums möglicher Arzt-Patient-Interaktionsmuster zuzuordnen, wenngleich die tatsächliche Realisierung davon abhängt, inwieweit Professionelle bereit sind, ihr Expertenwissen mit den jeweiligen Überzeugungen, Kulturen und Empfindungen von Patienten in Einklang zu bringen (vgl. Thornton 2009: 39).

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient umfasst ferner die Option, dass Letzterer sich bewusst für die Übertragung von Entscheidungsmacht an Professionelle entscheiden – z. B. angesichts der Komplexität des medizinischen Sachverhalts oder weil sie der Expertise *ihres* Arztes vertrauen. Le Grand (2006: 75) beschreibt dieses Patientenverhalten als „*exercising their royal powers by delegating authority to someone else*“. Diese Selbstüberantwortung in die Hände von Professionellen weist auf die übergeordnete Bedeutung des Faktors „Vertrauen“ im Arzt-Patient-Verhältnis hin. Die Herstellung von wechselseitigem Vertrauen fungiert als Grundlage, auf der eine gelungene Interaktion und das Abwägen medizinischer Optionen basieren.

3.4.6 Wissensmanagement in der Chronikerversorgung

DMP für chronisch kranke Patienten bilden eine Schnittmenge von Ökonomisierung und Wissensbasierung als Antriebskräfte moderner Gesundheitswesen (vgl. Abb. 1). Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme zielt auf eine effizientere und zentral gemanagte Versorgung entlang evidenzbasierter Leitlinien ab, in der Doppeluntersuchungen vermieden und Überkapazitäten abgebaut werden sollen (vgl. Abschn. 3.2.2). Zudem verfolgen DMP das Ziel, für Patienten mit chronischen Erkrankungen⁵⁴ ein exakt auf die jeweilige Krankheit abgestimmtes Versorgungsangebot sicherzustellen, dessen Behandlungsmethoden kontinuierlich

⁵⁴ In Deutschland wurden folgende Erkrankungen durch DMP erfasst: Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I und II, Koronare Herzkrankheit (KHK), Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) sowie Asthma bronchiale.

auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist die kontinuierliche Interaktion zwischen Patienten und Leistungserbringern unerlässlich. Ärzte stehen vor der Herausforderung, Chronikern gesundheitsrelevantes Wissen bis hinein in Bereiche, die bisher als medizinisches Fachwissen galten, zu vermitteln. Gleichzeitig entwickeln die Betroffenen eigenes im alltäglichen Umgang mit der Krankheit erprobtes, Wissen, das in der fortdauernden Neujustierung individueller Therapieprogramme und der Organisation der Versorgung zu berücksichtigen ist. Im Folgenden wird zunächst das in der internationalen Versorgungsforschung viel beachtete Chronic Care Model (CCM) (vgl. u. a. SVR 2009: 135 ff.) vorgestellt. Anschließend wird auf vorliegende Erfahrungen mit interaktiven Elementen in deutschen DMPs eingegangen.

Das erstmals 1996 von Edward H. Wagner, Internist und Direktor des Institute for Healthcare Innovation am Center for Health Studies in Seattle, vorgestellte CCM benennt Bausteine einer kohärenten und interdisziplinären Versorgung chronisch kranker Patienten. Wagner, Austin und von Korff (1996: 520) sehen die Notwendigkeit eines „*practice redesign*“ bisheriger Versorgungsstrukturen. Vorausschauendes Handeln und produktive Beziehungen zwischen Nutzern und Leistungserbringern werden als zentrale Elemente benannt. Diese sollen zum einen zu verbesserten Behandlungsergebnissen mittels einer stringent angewandten „*evidence-based, planned care*“ (ebd.: 519) führen, zum anderen gilt es, die Selbststeuerungskapazitäten von Nutzern zu aktivieren, durch gezielte Entscheidungshilfen zu stärken und in den Versorgungsprozess zu integrieren. Die Umsetzung dieses Zielbündels soll im CCM anhand des Zusammenwirkens von sechs Reformbereichen erreicht werden (vgl. Wagner et al. 2001: 67 ff.; Gensichen/Rosemann 2007: 484):

- Organisation und Kooperation in der Gesundheitsversorgung (*health care organization*): Durch die konsequente Zusammenarbeit von Allgemein- und Fachärzten sollen flexible Versorgungspfade entstehen, die an individuelle Bedürfnisse anpassbar sind;
- eine nutzergerechte Gestaltung der Leistungserbringung (*delivery system design*): Ziel ist es, Chronikern fortlaufend die Möglichkeit zu geben, mit den behandelten Ärzten und medizinischem Fachpersonal in Interaktion zu treten, z. B., um Einzelheiten ihrer Therapie zu besprechen oder in der Anwendung von Medikamenten und Hilfsmitteln geschult zu werden;

- Unterstützung des Selbst-Managements (*self-management support*): z. B. durch das Vermitteln von psychosozialen Kompetenzen, die den individuellen Umgang mit der chronischen Krankheit erleichtern;
- Unterstützung beim Treffen versorgungs- und therapierelevanter Entscheidungen (*decision support*): d. h. der Bereitstellung von zielgruppengerecht aufgearbeiteten Informationen, die Nutzern jedoch die Letztentscheidung überlassen;
- Klinische Informationssysteme (*clinical information systems*): Sie sollen von Patienten und Leistungserbringern gleichermaßen genutzt werden. Inhalte entsprechender Register können sowohl Verlaufsdaten und -pläne individueller Behandlungsprogramme als auch Qualitätsdaten hinsichtlich der Leistungserbringung selbst beinhalten;
- Verknüpfung mit dem Gemeinwesen (*community resources*): im Sinne der Einbettung medizinische Leistungserbringer in lokale Unterstützungsstrukturen, wie gemeindenahe Dienste, Selbsthilfeangebote und Gesundheitsinitiativen.

Am CCM zu kritisieren ist zum einen, dass in der Konzeption des Modells Familien und Angehörige als für viele Chroniker aus emotionalen Gründen wichtigste sowie aus pragmatischen Gründen (Erreichbarkeit, Kosten) unmittelbarste Unterstützungsressource unerwähnt bleiben. Zum anderen ist grundsätzlich zu fragen, ob in standardisierten Behandlungsprogrammen spezifische Versorgungsbedarfe, die sich aus individueller Krankheit und Bedürftigkeit ergeben, angemessen kommuniziert werden können bzw. ausreichend Relevanz erlangen. Insbesondere DMPs (vgl. Abschn. 3.2.2) erscheinen in diesem Kontext als industrialisierte Wissenscluster, in denen medizinische und ökonomische Referenzgrößen strategische Allianzen mit gesundheitlichen Verhaltensimperativen an Nutzer bilden bzw. in denen objektive Leitlinien wirkmächtiger als subjektives Leiden sind. Das CCM lässt sich wie folgt abbilden (vgl. Gensichen et al. 2006):

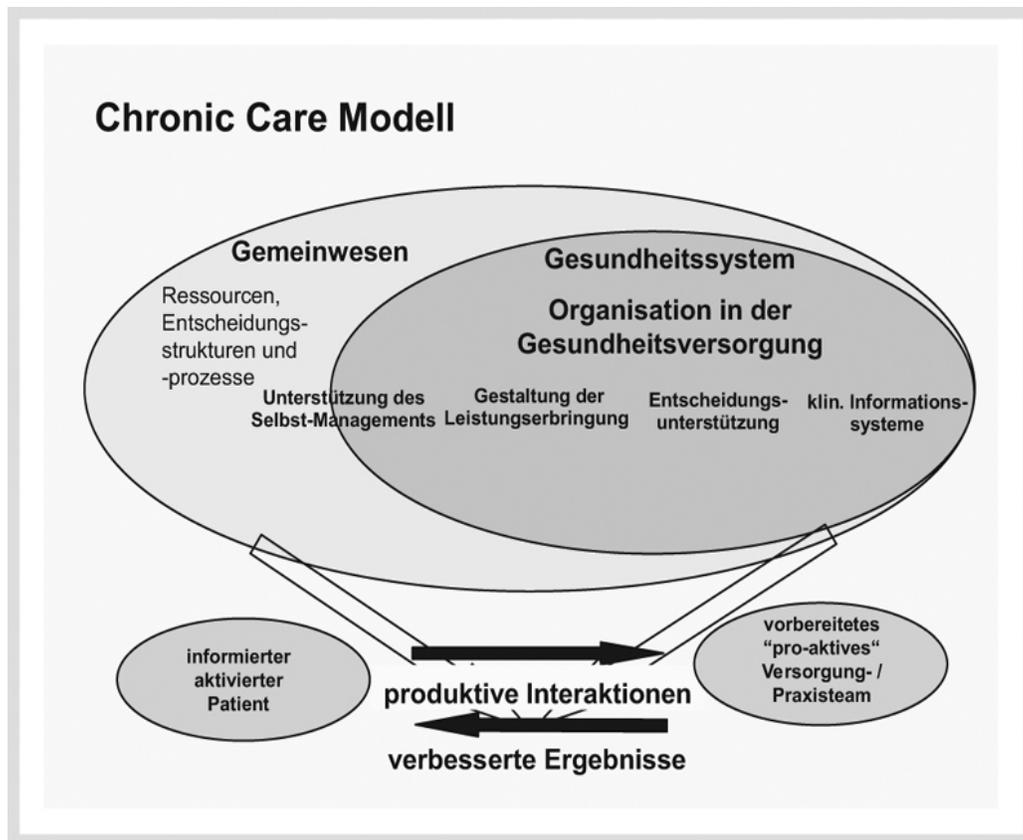


Abbildung 2: Das *Chronic Care Model* (CCM) in deutschsprachiger Adaption

Die Analyse des Versorgungsgeschehens innerhalb des CCM erfolgt vor dem Hintergrund einer oft *lebenslangen* Situation, während der Chroniker mit dem Gesundheitswesen konfrontiert sind. Eine *Gesundheitsversorgung in Permanenz* ist notwendigerweise auf wechselseitige Aktivierung von interdisziplinären Leistungserbringern und Nutzern, einen zielgruppenorientierten Zugang zu krankheitsspezifischen Informationen und eine lokale Einbettung und Vernetzung des Gesundheitssystems angewiesen. Die Wahl von Therapiepfaden bei chronischer Krankheit ist gemäß dem CCM ein kontingentes Ergebnis verschiedener Koproduktionsprozesse. Vorgegeben sind der institutionelle Rahmen, in dem Nutzer mit Leistungsanbietern in Interaktion treten, und Ressourcen zur Unterstützung individueller Entscheidungs- und Kompetenzbildung. Die Ausgestaltung individueller Versorgungspakete und Leistungsinhalte ist hingegen behandlungsspezifisches Wissen bereithaltenden Professionellen und mit eigenem Erfahrungswissen ausgestatteten Nutzern überlassen.

Nutzern ist im CCM die Doppelrolle des Wissenskonsumenten und -produzenten zugeschrieben, während medizinische Leistungserbringer eine nutzerorientierte Mittlerrolle einnehmen sollen: Sie sind Experten hinsichtlich Diagnose und Therapiewahl, jedoch gleichzeitig „citi-

zen professionals“ (Kuhlmann 2006: 15), die Chroniker unterstützen, das medizinische Versorgungssystem bestmöglich zu nutzen, und diese motivieren, Kompetenzen zur Bewältigung ihrer Krankheitssituation zu erwerben. Eine gute Chronikerversorgung beruht in diesem Sinne auf einem koproduktivistischen Vertrauensverhältnis zwischen Nutzern und Leistungserbringern.

Dennoch ist Skepsis hinsichtlich des Potentials der Nutzerorientierung in der Chronikerversorgung angebracht: Fraglich ist zum einen, inwiefern die Mitarbeit von Chronikern auf Dauer kognitiv und sozial vorausgesetzt werden kann, gerade dann, wenn diese „lange Zeit mit chronischer Krankheit und ihren Konsequenzen leben, diese in ihr Leben integrieren und ihren Lebenslauf darauf abstellen“ (Schaeffer 2009: 8) müssen. Zum anderen verkennt eine bruchlose Umdeutung des chronisch kranken Patienten zum umsichtigen Koproduzenten dessen grundsätzliche Schutzbedürftigkeit (vgl. Badura 2009: 38). Vorstellungen von Nutzersouveränität und Mündigkeit speisen sich im CCM aus parallel verlaufenden Modernisierungsdiskursen hinsichtlich Patientenrechten und -aufklärung sowie Struktur- und Finanzierungsfragen (vgl. Dieterich 2006: 25 ff.). Dabei besteht die Gefahr der Konstruktion eines unrealistischen Nutzerbildes, dass „Schmerzen, körperliches und seelisches Leiden oder Behinderung – Eigenschaften, die üblicherweise mit dem Patientenstatus assoziiert werden“ (ebd.: 52), ausblendet und die Möglichkeiten von Nutzerorientierung überschätzt (vgl. Badura 2009: 31–40).

3.4.7 Grenzen der Koproduktion

Mit Blick auf die Primärversorgung im deutschen Gesundheitssystem attestierte unlängst ein interdisziplinäres Ärzteteam: „Die Zukunft ist chronisch“ (Gensichen et al. 2006). Zur Behandlung entsprechender Krankheiten, wie Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz, existieren in Deutschland seit 2004 DMPs. Ergänzend hierzu sieht § 140 a–d SGB V Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung vor (vgl. Graf 2006: 10 ff.). Beide Ansätze zentrieren den Versorgungsbedarf chronisch kranker Patienten um Allgemeinmediziner, die eine Schnittstellenfunktion innerhalb des Gesundheitswesens einnehmen und somit Wegbereiter verzahnter und interdisziplinär ausgerichteter Behandlungskonzepte sein sollen. Bisherige Evaluationen deutscher DMPs zeigen, dass ihr Erfolg im Sinne besserer Behandlungsergebnisse maßgeblich von der organisatorischen und kulturellen Verinnerlichung der Handlungsanforderungen sowie intensiven Kooperationsbeziehungen zwischen Nutzern und Leistungserbringern abhängt. Innere Haltung, Zeit für Kommunikation, Aufklärung und Transparenz sowie medizi-

nische Schulung sind entscheidend für einen Wandel eingeschliffener Therapiekulturen. Formale Elemente von DMP, wie evidenzbasierte Leitlinien, Qualitätssicherung und sektorübergreifende Koordination, sind lediglich hinlängliche Rahmenbedingungen und äußere Anreize für Koproductio. Als wesentliche Ressource zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist zudem der Grad an Vertrauen von Nutzern in *ihren* Hausarzt zu nennen, wobei der individuelle Informationsgrad, die Koproductionsbereitschaft sowie die subjektiv erlebte Zufriedenheit steigen, je höher das Vertrauen in den Hausarzt ist (vgl. Graf 2008: 136).

Bestätigt wird dieser Befund durch Untersuchungen dazu, nach welchen Kriterien Chroniker stationäre Leistungserbringer auswählen. Zur Bewältigung von Navigationsleistungen trotz krankheitsbedingter „Dauerkrise“ (Schaeffer 2004: 27) stehen Chronikern eine Vielzahl an Quellen zu Verfügung. Es konnte nachgewiesen werden, dass Ansätze des rein kognitiven Wissenszugangs, über (vergleichende) Qualitätsberichte zu Leistungsanbietern und internetbasierte Patienteninformationen, Nutzern zwar eine erste Orientierung geben, jedoch nicht „emotional anschlussfähig“ (Geuter/Weber 2009: 83) sind. Versorgungsrelevantes Wissen erlangt hingegen Bedeutung, wenn es dialogisch vermittelt worden, d. h. Bestandteil des wechselseitigen Erfahrungsaustauschs mit anderen Chronikern oder der Arzt-Patient-Kommunikation ist (ebd.: 46 ff.). Der Schlüsselerkenntnis „Vertrauen bauen Patienten zu Personen auf, nicht zu Institutionen“ (ebd.: 85) folgend, ist die interaktive Dimension des Wissenserwerbs in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Nutzer zentral für deren Autonomiespielraum.

Welche Rückschlüsse lassen sich aus den dargestellten Nutzerimplikationen in der Chronikerversorgung ziehen? In der Zusammenschau zeigt sich, dass eindimensionale Nutzerzuschreibungen, wie die des „Patienten“, dann an Plausibilität verlieren, wenn die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen zum Dauerzustand wird und ihren singulären, kurativ ausgerichteten Charakter verliert. In der wechselhaften Verlaufsdynamik chronischer Krankheit sind Nutzer unentwegt herausgefordert, subjektive Lebensvorstellungen, Werte und Interessen mit der Neujustierung ihres Versorgungsbedarfs in den Einklang zu bringen. Borgetto (2009: 256) beschreibt diese Form der individuellen Patientenforderung wie folgt: „Auch den chronisch Kranken wird damit biografische Verantwortlichkeit und die Möglichkeit und der Druck zur Individualisierung der Lebensplanung zugeschrieben.“

Innerhalb dieses Bewältigungsprozesses entstehen zwangsläufig intensive Interaktionsbeziehungen zu Leistungsanbietern, in denen Nutzer auf eine Vielzahl an Identitätselementen zurückgreifen. Emotionale und biographische Aspekte, wie sie bei Koproduzenten zur Geltung kommen, haben i. d. R. einen größeren Einfluss auf individuelle Versorgungsentscheidungen als rational zu verarbeitendes Gesundheitswissen. Medizinische Informationen zu Diagnosen und Therapien werden für chronisch kranke Nutzer erst durch die persönliche Kontextualisierung, d. h. eine lebenspraktische Einordnung, entscheidungsrelevant. Hieran sollen Nutzer aktiv durch ein Formulieren und Einfordern von Bedürfnissen und Interessen mitwirken: Anforderungen, die ein gewachsenes Vertrauensverhältnis zu Leistungserbringern voraussetzen.

3.4.8 Zwischenergebnis

Die Rolle des passiven Leistungsempfängers oder des unmündigen Patienten erscheint in modernen Gesundheitssystemen antiquiert. Der klassische Ansatz Parsons (1951), der auf einer funktionalen Arbeitsteilung zwischen Professionellen und Kranken beruht, unterscheidet sich deutlich von partnerschaftlichen Interaktionsprozessen, deren Ziel die gemeinsame Genese von medizinischem Wissen und therapeutischen Entscheidungen ist. Parson hingegen betont vor allem *„the importance of the ‚sick role‘ for the patient“* (Edwards/Elwyn 2009: 3) und entlastet Patienten vollständig von der Mitwirkung an Behandlungsprozessen. Mit dem klassischen Patientenstatus ging das Privileg der temporären Befreiung von jeglichen Rollenerwartungen einher. Das Befolgen von ärztlichen Expertisen hatte uneingeschränkt Vorrang (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 162). Nicht-Wissen und Passivität seitens des Patienten wurden durch die Überzeugung legitimiert, dass dieser *„keine Verantwortung für seine krankheitsbedingte Devianz trägt“* (ebd.: 166).

Seit Parson haben sich das Verständnis von Professionen und Patienten sowie die Definitionen von Gesundheit und Krankheit grundlegend gewandelt. Die Rahmenbedingungen, in denen sich Arzt-Patient-Interaktionen vollziehen, haben sich in eine Richtung verändert, in der *„individuelles Handeln als zentrale ‚Stellschraube‘ verstanden wird“* (Dieterich 2010: 152). Gesundheitsförderliche Lebensstile und aktive Mitarbeit der Betroffenen rücken als individuell nutzbare Ressource in standardisierten Behandlungsprozessen stärker in den Fokus. Dagegen gilt Passivität als Mit-Ursache von lebensstilbedingten Krankheiten. Die Bereitschaft zum (proaktiven) Wissens- und Kompetenzerwerb – kritisch als *„Mitwirkungs- und Autonomiezwang“* (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006: 9) bezeichnet – wird allgemein voraus-

gesetzt. Sie gilt als individuelle Vorleistung, um Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Kompetente Nutzer, so die leitende Vorstellung, denen „gleichermaßen Verantwortungsbeusstsein, Lernfähigkeit und eine Handlungsorientierung an rationalen Entscheidungskriterien zugeschrieben werden“ (Dieterich 2010: 148), treffen vernünftiger Gesundheitsentscheidungen.

Neben der Einbeziehung von Nutzern als Koproduzenten hat sich zudem das in der Gesundheitsversorgung relevante Wissen verändert. Dieses speist sich nicht länger allein aus „klinischen Urteilen“, sondern rekurriert verstärkt auf ökonomische Inhalte (vgl. Hartzband/Groopman 2011: 1372). Entsprechend von übergeordneten Effizienzzielen moduliertes und codiertes Wissen dient in Verfahren der Patientenbehandlung (DMP) und -kategorisierung (DRG) vorrangig der Systemstandardisierung, die wenig Raum für Individualität und Normabweichungen lässt. Kurzum: In wissensbasierten Gesundheitssystemen gewinnen vor allem diejenigen Wissenssysteme an Bedeutung, die „industriell verwertbar“ sind, wohingegen Laien- und Erfahrungswissen im Versorgungsgeschehen tendenziell aus dem Blickfeld geraten. In den vorangegangenen Abschnitten wurden allerdings erste Hinweise darauf gegeben, dass technisch-industriell aufgearbeitetes Medizin- bzw. Versorgungswissen Nutzern zwar eine erste Orientierung bietet, die Entscheidung für einen bestimmten Leistungserbringer oder eine Therapie jedoch i. d. R. auf vorherigen vertrauensbasierten Interaktionen mit Experten, Angehörigen bzw. Mitmenschen beruht (vgl. Geuter/Weber 2009; Kap. 7). Zur Unterstützung der Wissensbewertung und Kompetenzbildung von Nutzern tragen „Brückeninstanzen und eine Professionalisierung von Drehpunktpersonen“ (Kardorff v. 2009: 270) bei, wie z. B. unabhängige Nutzerorganisationen (vgl. Kap. 6). Inwieweit es diesen gelingt, *kollektives Nutzerwissen* als Gegenpol in den gesundheitspolitischen Diskurs einzubringen, ist u. a. Gegenstand des empirischen Teils der Arbeit (insbesondere Abschn. 7.3).

In welcher Beziehung stehen die im gegenwärtigen Kapitel diskutierten Modernisierungsdimensionen zueinander? Welche generalisierenden Aussagen lassen sich hinsichtlich neuer Anforderungen an Nutzer von Gesundheitsleistungen treffen? Beide Fragen werden in einer Zusammenschau erörtert.

3.5 Zusammenschau der Modernisierungsdimensionen

Zu Beginn dieses Kapitels wurden historische Motive der kollektiven Nutzerbeteiligung rekapituliert. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen

(z. B. die DAH) den „sozialen Charakter“ von Gesundheit und Gesundheitsversorgung, d. h. die lebensweltliche Bedeutung und praktische Ausgestaltung des Gesundheitswesens, mitgestaltet. Nutzerorganisationen hatten und haben zu unterschiedlichen Zeiten und Entwicklungsphasen des deutschen Gesundheitssystems die Rollen von selbsternannten „Sorgeberechtigten“ und moralischen Fürsprechern, politischen Aktivisten, schützenden Anwälten und praktischen Kompetenzvermittlern ihrer jeweiligen Klientel inne. Derartige „Formen bürgerschaftlichen Engagements im Gesundheitswesen“ (Matzat 2010b: 547), die z. T. hauptamtliche Berufe und professionelle Unterstützungsstrukturen hervorgebracht haben (vgl. Kap. 6), stehen in Wechselwirkung zu den zuvor diskutierten Modernisierungsdimensionen. Nutzerorganisationen werden durch managerielle Prozesse, Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen sowie eine Pluralität der Wissenssysteme, die in der medizinischen Versorgung Relevanz erlangen, herausgefordert, Strategien der Interessenvertretung und Unterstützungsangebote neu auszurichten. Im Folgenden sind zunächst die zentralen Merkmale der Modernisierungsdimensionen für Nutzeraktivierung zusammengefasst und es ist nach den sich ergebenden Konsequenzen für Nutzer und Nutzerorganisationen gefragt.

Konzepte der Nutzerorientierung und -aktivierung

Die deutsche Gesundheitspolitik identifiziert Nutzerorientierung seit Mitte der 1990er Jahre als wichtige „Stellschraube“ von Gesundheitsreformen. In einem 1997 fertiggestellten Gutachten im Auftrag des nordrheinwestfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurden vor allem „unzureichende Annahmen über die Kernprozesse im Gesundheitswesen“ (Badura/Hart/Schellschmitt 1999: 16) bemängelt. Die von den Gutachtern empfohlene Trias „Selbstbestimmung, Schutz und Beteiligung“ (ebd.: 18) zielt darauf ab, Bürger, Versicherte und Patienten als *Produktivkräfte* eines qualitativ hochwertigen und gleichzeitig ökonomisch effizienten Gesundheitswesens zu stärken. Bezogen auf die in diesem Kapitel diskutierten Dimensionen und Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme – Ökonomisierung, Vermarktlichung und Wissensbasierung – ergibt sich eine Vielfalt an Konzepten, Barrieren und Irrwegen von Nutzerorientierung und -aktivierung.

Zwar zielen die drei vorgestellten Antriebskräfte gleichermaßen auf Aktivierung von Nutzern, d. h. auf deren vielfältige Koproduktionsleistungen, ab (vgl. Abb. 1). Gleichwohl entstehen neue Partizipationszwänge, wie Dieterich (2006: 28) hervorhebt: „Der mündige Patient kann nicht nur verantwortlich handeln, er ist auch verpflichtet, dies zu tun.“ Entscheidend ist daher, anhand welcher übergeordneten Steuerungsziele und Interessen sowie mittels welcher Instru-

mente Nutzer aktiviert werden.⁵⁵ Zur Sicherstellung von Autonomie und Selbstbestimmung von Nutzern gilt es, deren Rechte und Pflichten zu präzisieren. Bezogen auf die diskutierten Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme ergeben sich folgende Mitwirkungs*imperative*, in denen, isoliert betrachtet, jeweils utopische Nutzerkonzeptionen eingeschrieben sind:

- **Ökonomisierung:** Für die Gesundheitspolitik geht medizinischer Fortschritt zwangsläufig mit Problemen der Finanzierung und der gerechten Teilhabe aller Bürger einher. In diesem Zusammenhang gilt: „[C]ost containment is the most powerful policy driver for change.“ (Kuhlmann 2006: 61) Priorität besitzt das Austarieren des Verhältnisses zwischen medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit. Betrachtet man die in diesem Kapitel vorgestellten Ökonomisierungsbeispiele, wird die fortwährende Dominanz abstrakter Vorstellungen von Nutzern als kostenverursachende Bezugsgröße deutlich. Ziel ist es demzufolge, das Nutzungsverhalten durch managerielle Behandlungs-, Versorgungs- und Abrechnungssysteme sowie finanzielle Anreize effizienter zu steuern (vgl. Rüb 2003: 269 ff.). Nutzerbeteiligung reduziert sich im Kontext einer „patientenorientierten Kostendämpfungspolitik“ (Gerber 2006: 59) auf die Optimierung des individuellen Gesundheitsverhaltens vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Ressourcen und auf eine finanzielle Selbstbeteiligung bei in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Ökonomisierungsprozesse wirken sich folglich restriktiv auf den Pool an möglichen Entscheidungsoptionen in Interaktionsprozessen zwischen Leistungserbringern und Nutzern aus. Ein an ein bestimmtes Budget gebundener Arzt agiert als „Rationierungsagent der Gesellschaft“ (Kliemt 2006: 98), der die Reichweite der Nutzerbeteiligung ökonomisch verantworten muss. Die spezifische Gefahr des Ökonomisierungsdiskurses liegt darin, alle Akteure des Gesundheitswesens und insbesondere Nutzer undifferenziert als rational agierende Nutzenmaximierer, also nur entsprechend dem Homo-oeconomicus-Modell zu begreifen.
- **Vermarktlichung:** Als Folge eines effizienzorientierten Gesundheitssystems werden zunehmend Angebotsbereiche der finanziellen Selbstverantwortung von Nutzern überantwortet. Auf Gesundheitsmärkten agieren Nutzer als „Einkäufer unterschiedlicher im Angebot befindlicher Leistungen“ (Etgeton 2009a: 257). Dies geschieht i. d. R. ohne die Unterstützung von Professionellen oder Beratern. *Konsumenten* sollen Wahloptionen nutzen und eigenen Versorgungspräferenzen auf Gesundheitsmärkten Ausdruck zu verleihen. Verglichen mit der Ökonomisierung von Gesundheitsleistun-

⁵⁵ Eine kritische Leitfrage lautet somit: „Wem nutzt Nutzerorientierung?“ (Bauer/Rosenbrock/Schaeffer 2005: 191)

gen ist die Vermarktlichung des GKV-Portfolios (in den beiden Bereichen „Kassenwahl“, „Zusatzversicherungen und Wahltarife“) gering. Jenseits der Regelversorgung entstehen marktbasierende Angebotsstrukturen: Zum einen werden Nutzer mit IGeL umworben; zum anderen resultieren immer neue Angebote aus der Vermischung von Gesundheit, Medizin, Lebensstil und Ästhetik (z. B. kosmetische Medizin, Ernährungsberatung, Sportmedizin, Wellnessangebote). In der einseitigen Adressierung von Nutzern als *souveräne Konsumenten* liegt somit das Risiko der Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen.

- Wissensbasierung: Der Bedeutungsgewinn wissensbasierter Interaktionen zwischen Leistungserbringern und Nutzern resultiert primär aus der Entwicklungsdynamik der Medizin selbst. Die Komplexität medizinischer Behandlungsoptionen macht die Einbeziehung von Patienten in Entscheidungsprozesse zwingend erforderlich. Medizinisches Wissen ist nicht länger im exklusiven Besitz der Professionen, sondern hat einen „propositionalen Charakter“ (Beck/Giddens/Lasch 1996) angenommen, d. h., es kann ebenso von Laien transportiert, erlernt und hinterfragt werden. Zudem ist eine angemessene Behandlung i. d. R. erst durch die Verknüpfung von medizinischem Fachwissen und persönlichem Erfahrungswissen möglich. Gesundheit und Medizin sind somit Elemente jener abstrakten Wissenssysteme, in denen Entscheidungen kontingent, d. h. nur durch das „aktive Engagement des einzelnen“ (ebd.: 167) zu treffen sind. Nutzer wenden Gesundheitswissen reflexiv an, etwa indem sie sich für einen risikoreichen oder gesundheitsförderlichen Lebensstil entscheiden oder mit Ärzten Therapieoptionen sondieren. Moderne Medizin beruht maßgeblich auf der individuellen Kontextualisierung von medizinischem Wissen und setzt somit die Koproduktion von Nutzern voraus.⁵⁶ All das hat Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Interaktion: „[D]as Verhältnis von Laien zu Experten wird komplexer und komplizierter.“ (Kardorff v. 2009: 259) In der Annahme, Nutzer seien unentwegt fähig und willens, Komplexität im Stile von *cleveren Koproduzenten und Lebensplanern* zu reduzieren, liegt das utopische Moment der intensivierten Wissensbasierung des Gesundheitswesens.

Nutzeraktivierung besitzt, wie in diesem Kapitel gezeigt wurde, vielfache Konnotationen. Je nach Kontext werden unterschiedliche Nutzerrollen – z. B. die des kostenbewussten Patienten, des Konsumenten auf Gesundheitsmärkten oder des Koproduzenten von Gesundheit – adressiert und mobilisiert.

⁵⁶ Hierzu zählt auch der Übertragung von individueller Entscheidungsvollmacht auf den behandelnden Arzt (vgl. Abschn. 3.4.2).

Welche Anforderungen ergeben sich für Nutzer und Nutzerorganisationen?

Fragen der Einflussnahme von Nutzern im deutschen Gesundheitssystem werden in dieser Arbeit sowohl aus der Perspektive des Individuums als auch aus derjenigen von kollektiven Organisationen betrachtet. Die in Abbildung 1 dargestellten Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme haben Einfluss auf das Handeln von Nutzern und Nutzerorganisationen. Für Letztere, deren Partizipationsbegehren quer zu Ökonomisierung, Vermarktlichung und Wissensbasierung liegen, geht es vor allem darum, kollektive Nutzerinteressen – wie etwa eine Zertifizierung von Leistungen, Transparenz von GKV-Tarifen oder eine laienverständliche EbM – zu vertreten. Die Partizipationsanforderungen für Nutzerorganisationen sind, wie im ersten Abschnitt dieses Kapitels gezeigt wurde, vielfältig: Sie umfassen die Mitwirkung in Gremien, in denen über Strukturen, Erbringungsformen und Qualitätskontrolle von medizinischen Leistungen entschieden wird, eine effektvolle Öffentlichkeitsarbeit, der es gelingt, der kollektiven Stimme von Nutzern Gewicht zu verleihen, sowie vor allem wirksame Formen des gesundheitlichen Konsumentenschutzes, der Nutzerberatung und -edukation (vgl. Abschn. 3.1; Kap. 6).

Individuell stehen Nutzer angesichts der dargestellten Modernisierungsprozesse in einem spannungsvollen Dreiecksverhältnis, in dem ihnen Folgebereitschaft (Compliance), die Bewältigung von Krankheit und der Komplexität des Versorgungssystems (*coping*) sowie Kompetenzerwerb (*capability building*) zur gleichen Zeit abverlangt werden. Gleichwohl besteht eine Diskrepanz zwischen dem Grad an Nutzeraktivierung und den tatsächlichen Gestaltungsoptionen von Nutzern. Diesbezüglich stellen Bauer, Rosenbrock und Schaeffer (2005: 199) fest: „Die Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen ist als gesundheitspolitische Forderung konsensfähig. Ihre praktische Ausgestaltung ist indes längst nicht bewerkstelligt.“ Das Stärken individueller Handlungsspielräume und Selbstverantwortung geht über eine bloße Nutzerorientierung hinaus (ebd.). Im Hinblick auf die diskutierten Formen der Nutzeraktivierung lassen sich drei Anforderungsstufen für Nutzer differenzieren:

Erstens gilt es, hinreichend *Gesundheits- und Systemwissen* zu erwerben, um ein mündiger Nutzer zu werden. Gesundheitswissen umfasst Kenntnisse über organische Zusammenhänge des eigenen Körpers und die Wechselwirkungen zwischen physischer und psychischer Gesundheit, Wissen über Krankheitsbilder sowie Arzneimittel und Präventionsmaßnahmen. Systemwissen bezieht sich auf Institutionen, Akteure und deren Interessen im Gesundheitswesen. Nutzer benötigen demnach ein Grundverständnis zum Prinzip der GKV, zur korporatistischen

Selbstverwaltung, zu gesetzlichen Leistungsansprüchen sowie Zuständigkeiten in Konfliktfällen.

Zweitens stehen Nutzer vor der Herausforderung, eine eigene *Gesundheitsverantwortung* auszubilden. Wiederum sind zwei Ebenen zu trennen: die Pflege und Gesunhaltung von Körper und Seele sowie die Organisation von Versicherungsschutz und privater Gesundheitsvorsorge. Die erste Ebene beinhaltet lebensstilabhängige Verhaltensfaktoren, wie Ernährung, Bewegung und Stressregulation (vgl. Hurrelmann 2006: 21 f.); die zweite Ebene zielt auf die Eigenverantwortung von Nutzern ab, sich gemäß ihrer gesundheitlichen Dispositionen und ihren Risiken zu versichern und entsprechende Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Drittens ist für ein möglichst autonomes Nutzerhandeln eine individuelle *Gesundheitskompetenz* nötig. Hierzu zählt die intuitive Fähigkeit, im Krankheitsfall in der Interaktion mit Leistungserbringern, aber auch bezüglich der Vertretung eigener Interessen, selbstbestimmt zu agieren⁵⁷, d. h. vor allem, Anforderungen des Gesundheitswesens mit eigenen Wertpräferenzen und emotionalen Versorgungsbedürfnissen zu kontrastieren. Für den Kompetenzerwerb sind eine unabhängige Beratung (vgl. Dehlinger 2005; Schaeffer/Dierks 2006) sowie Angebote der praxisbezogenen Gesundheitsbildung und -schulung (vgl. Dierks 2009; Dierks/Seidel 2009; Vries, de/Petermann 2005) eine wichtige Unterstützung.

Die Ausbildung persönlicher Gesundheitskompetenz, als Teil eines breiteren Prozesses der Gewinnung von Einfluss, erscheint angesichts einer Nutzeraktivierung mit „variierenden Inhalten“ (Dieterich 2006: 50) zentral. Ohne die individuelle Kontextualisierung von Gesundheits- und Systemwissen sowie Eigenverantwortungszuschreibungen laufen Nutzer Gefahr, potentielle Autonomiespielräume gegen neue Formen der kollektiven Fremdsteuerung einzutauschen. Eine autonomiesichernde „Selbstkompetenz“ (Kranich 2004: 951) ist auf *informativ* (Wissen über Qualität und Angebot von Gesundheitsleistungen), *politische* (institutionalisierte demokratische Mitbestimmungsrechte), *rechtliche* (Schutz persönlicher Daten und der Privatsphäre) und *kulturelle* (wechselseitige Kooperationsbereitschaft) Voraussetzungen angewiesen. Darüber hinaus sind vertrauensbasierte Interaktionsbeziehungen, in denen Nutzer emotionale Entlastung und Unterstützung finden (vgl. Schaeffer 2004: 269 f.), von entscheidender Bedeutung. Während die drei Antriebskräfte eines modernen Gesundheitssystems

⁵⁷ Kranich (vgl. 2004: 951 ff.) differenziert die Inhalte und Bezugsdimensionen von Gesundheitskompetenz weiter aus: 1. Selbstkompetenz, 2. Beziehungskompetenz, 3. Sozialkompetenz und 4. Demokratiekompetenz. Dierks (vgl. 2009: 97) differenziert zwischen Gesundheits-, Bewältigungs- und Systemkompetenz.

primär isoliertes Nutzerhandeln (hinsichtlich der Wissensproduktion, Kosteneffizienz und Marktauswahl) einfordern, gilt es, in Arzt-Patient-Verhältnissen die *relationalen* Dimensionen von Nutzerautonomie sichtbar zu machen und zu stärken (vgl. Bauer/Rosenbrock/Schaeffer 2005: 190 f.).⁵⁸

Entsprechende Konzepte einer „gestützten Autonomie“ (Geisler 2004: 454) basieren auf der Dialektik von Selbstbestimmung und Fürsorge. Letztere hat in diesem Kontext einen genuin befähigenden Charakter: Medizinische Versorgung und Pflege, aber auch Informations- und Beratungsangebote sollten am freien Willen und den jeweiligen Wertpräferenzen von Patienten ansetzen und somit helfen, deren Selbstbestimmtheit zu verwirklichen (ebd.: 456). Das Ziel einer „nicht dominierten Vertrauensbeziehung“ (Sibbel 2011: 198) ist es, eine fortlaufende Balance zwischen Fürsorge und Autonomie zu erzeugen. Nutzer werden in diesem Zusammenhang als sozial vernetzte und kommunikativ begabte Menschen begriffen. Ihre Handlungsmotive sind nicht nur rational erklärbar, sondern werden in individuellen Verortungsprozessen innerhalb von Beziehungsverhältnissen ausgebildet (vgl. Kap. 5). So verstanden, beinhaltet Nutzungshandeln im Gesundheitswesen auch die Fähigkeit, Unterstützung und Schutz von außen anzunehmen, um eigene Ansprüche und Bedürfnisse in zunehmend komplexeren Versorgungsprozessen gemäß ihrer Relevanz zu priorisieren.

Als Überleitung zum vierten Kapitel sollen die bisherigen Analyse- und Argumentationsebenen der Arbeit kurz rekapituliert werden. In Kapitel 1 wurden neuere sozialpolitische Leitbilder aufgegriffen, die gewissermaßen das theoretisch-konzeptionelle Korsett jüngerer Reformen des Gesundheitssystems bilden. Daran anknüpfend widmete sich Kapitel 2 den traditionellen Steuerungsprinzipien des deutschen Gesundheitswesens. Kapitel 3 analysierte Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem. Folglich war der Fokus in den Kapiteln 1–3 auf Veränderungen der gesundheitspolitischen Makroebene gerichtet. Dies geschah mit Blick auf die Nutzer. In Kapitel 4 wird nun der entgegengesetzte Zugriff gewählt: Vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt eine Diskussion von Modellen der Wahl- und Mitspracheoptionen für Nutzer.

⁵⁸ Hierzu dies. (ebd.: 190): „Die Vorstellung individueller Nutzerautonomie ist von Beginn an unterkomplex. Sie übersieht durchgängig, dass die individuelle Verhaltenssteuerung – und hierzu gehört auch das Nutzungshandeln – mit Kontextfaktoren der lebensweltlichen Einbindung des Handelnden verknüpft ist.“

4 Reformperspektiven für Nutzer: Wahl- und Mitspracheoptionen im Gesundheitswesen

Einleitende Überlegungen

Die theoretische Grundlage dieser Arbeit besteht in der Dynamisierung von Nutzerrollen. Den Kern bildet die Analyse dreier paralleler und sich gegenseitig durchdringender Modernisierungsprozesse (Ökonomisierung, Vermarktlichung und Wissensbasierung) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems (vgl. Kap. 3), von denen unterschiedliche Rollenanforderungen für Nutzer ausgehen und vor deren Hintergrund Nutzer multiple Identitäten ausbilden (vgl. Kap. 5). Wie lassen sich die Optionen für Nutzer, innerhalb des Gesundheitssystems eigene Ansprüche geltend zu machen, Kritik zu äußern oder politisch Einfluss zu nehmen, unterscheiden?

Neue Partizipationspotentiale versprechen einerseits partnerschaftlich ausgerichtete Arzt-Patient-Beziehungen (z. B. SDM), andererseits die stärker wettbewerbsbasierte und marktwirtschaftliche Steuerung des medizinischen Leistungsgeschehens. Von Letzterer sollen neue Wahloptionen sowie eine höhere Sensibilität der Leistungserbringer für die Versorgungsbedarfe der Nutzer ausgehen. Die Aufwertung von Marktmechanismen strebt zum einen mehr Effizienz und Qualität im Prozess der Leistungserbringung an; zum anderen werden Anreize geschaffen, um die (finanzielle) Eigenverantwortung von Nutzern in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen.

Signifikant an einer derartigen Modernisierung des deutschen Gesundheitssystems ist eine Re-Adressierung der vormaligen Leistungsempfänger als aktive Nutzer. Theoretisch ist die Orientierung am Nutzer als Koproduzent und Konsument von Gesundheitsleistungen anhand unterschiedlicher Strategien denkbar. Die folgenden Abschnitte greifen zum einen, das, den *behavioral economics* entspringende, Konzept des *libertarian paternalism* auf, das Konsumenten durch kluge Entscheidungsarchitekturen zur richtigen Wahl verhelfen möchte. Zum anderen wird Hirschmans (1970) Konzept von *exit*, *voice* und *loyalty* als mögliches *toolkit* von Nutzerverhalten im Gesundheitswesen vorgestellt. Anschließend ist nach der prinzipiellen Kompatibilität beider Ansätze mit den Funktionslogiken des deutschen Gesundheitssystems gefragt.

4.1 Libertarian paternalism

Mehr Gesundheit durch die richtigen *nudges*? Lassen sich kluge Wahlentscheidungen im Gesundheitswesen durch präformierte „Entscheidungsarchitekturen“ (Thaler/Sunstein 2009: 118) herbeiführen? Vertreter der (ökonomischen) Theorie des *libertarian paternalism* sind davon überzeugt. Ihnen zufolge, ist die Wahl des „richtigen“ Krankenversicherungsschutzes die Konsequenz eines *nudge*, d. h. eines „kleinen Schubs“ (ebd.: 13) von Nutzern in die gewünschte Richtung (ebd.: 15): „Unter Nudge verstehen wir [...] alle Maßnahmen, mit denen Entscheidungsarchitekten das Verhalten von Menschen in vorhersagbarer Weise verändern können, ohne irgendwelche Optionen auszuschließen oder wirtschaftliche Anreize stark zu verändern.“ *Nudges* sind in modernen Gesundheitswesen in allen Bereichen anwendbar, wo Nutzer zwischen mehreren Versorgungsoptionen eine Entscheidung treffen müssen. Dabei gilt (ebd.: 239): „Je größer die Auswahl und je komplexer die Situation, desto wichtiger ist eine vernünftige Entscheidungsarchitektur.“

Um von personalisierten Versorgungspfaden zu profitieren, müssen Nutzer die richtigen Wahlentscheidungen treffen. Die Kehrseite von Nutzerorientierung in der Gesundheitsversorgung ist somit eine höhere Verantwortung von Nutzern hinsichtlich der Form und Ausgestaltung „maßgeschneiderter“ Leistungsangebote. Das Nudge-Konzept – angewandt auf disparate Gesundheitsmärkte und -leistungen – sieht in diesem Zusammenhang die Vorstrukturierung komplexer Entscheidungen für Nutzer vor, nicht mit dem Ziel, deren Entscheidungsfreiheit a priori zu limitieren, sondern um den Nutzen und die Güte getroffener Entscheidungen zu optimieren (vgl. ebd. 2009: 132 ff.).

Nutzer wählen Ärzte und Krankenhäuser nicht völlig autonom, sondern vor dem Hintergrund des gegebenen Gesundheitssystems aus. Doch welche Faktoren prägen Versorgungsentscheidungen im Speziellen? Und wie lassen sich Wahlakte von Nutzern intelligent steuern und rahmen? Die (neoklassischen) Wirtschaftswissenschaften verweisen angesichts derartiger Fragen auf den rational kalkulierenden *Homo oeconomicus*. Das Verhalten von Konsumenten auf Märkten sei demnach voraussehbar: „Diese Modellwelt unterstellt Wirtschaftssubjekte, die zukunftsorientiert in dem Sinne handeln, dass sie ihre Ressourcen (inklusive Humankapital) über ihre gesamte (erwartete) Lebenszeit rational im Sinne der Erwartungsnutzentheorie einsetzen, entsprechend sensitiv auf Veränderungen der Umfeldbedingungen reagieren und alle verfügbaren relevanten Informationen verarbeiten.“ (Oehler/Reisch 2008: 2)

Libertäre Paternalisten rücken von diesem monistischen Menschenbild ab und plädieren dafür, „menschliche“ Verhaltensweisen wie das Begehen von Fehlern, Passivität und Überforderung angesichts komplexer Sachverhalte bereits in der Konzeption von Entscheidungsarchitekturen zu berücksichtigen.

„Paternalistisch“ ist der Ansatz insoweit, als dass er die Festsetzung von Standardoptionen (sogenannten *default options*) durch Dritte legitimiert. Diese greifen, wenn Nutzer keine eigenständige Wahl treffen: „*The inevitability of paternalism is most clear when the planner has to choose default rules.*“ (Thaler/Sunstein 2003: 177) „Libertär“ hingegen ist der Ansatz insoweit, als dass er grundsätzlich nicht darauf abzielt, die Entscheidungsfreiheit einzugrenzen: „*[C]hoices are not blocked or fenced off*“ (Sunstein/Thaler 2003: 1162). Weil es jedoch viele Lebensbereiche gibt – z. B. Finanzanlagen, Versicherungsfragen oder Rechtsschutz –, in denen „*people's preferences are labile and ill-formed*“ (ebd.: 1201), sei die (zwangsläufig paternalistische) Bereitstellung automatisch greifender Standardoptionen notwendig, um Menschen vor „falschen“ Entscheidungen zu schützen (ebd.: 1163): „*The false assumption is that almost all people, almost all of the time, make choices that are in their best interest or at the very least are better, by their own lights, than the choices that would be made by third parties.*“

In der GKV existiert traditionell eine „*nudge*-ähnliche“, fürsorgliche Nutzersteuerung, indem der für gesetzlich Versicherte zugängliche Leistungskatalog standardisiert und versicherungsunabhängig ist. Entscheidungswillige oder -unfähige Nutzer können sich grundsätzlich auf die *default options* der GKV verlassen. Schwieriger wird die Ausgangssituation allerdings dann, wenn GKVen, analog zur PKV, zunehmend selektive Wahl- und Zusatztarife anbieten, die sich in ihren Leistungskomponenten unterscheiden.⁵⁹ Ähnliches gilt für die freie Wahl des passenden Arztes oder Krankenhauses. Noch bedeutsamer wird die Entscheidung, wenn Patienten zwischen verschiedenen therapeutischen Maßnahmen wählen sollen. Gemeinsam ist den genannten Entscheidungssituationen ihre Komplexität, zumal einzelne Wahloptionen, etwa Versicherungstarife, hinsichtlich ihrer Komponenten schwer bis gar nicht zu vergleichen sind. Libertäre Paternalisten erkennen die hierin liegende inhärente Überforderungsgefahr an. Die Lösung sehen sie in klugen und wohlmeinenden Vorauswahlen – wie der „intelligenten

⁵⁹ Thaler und Sunstein (2009: 21) empfehlen auch in diesem Fall einen *nudge*: „Und wenn man Ihnen 50 Krankenversicherungen mit jeweils unterschiedlichen Konditionen zur Auswahl anbietet, sind sie wahrscheinlich dankbar für eine kleine Hilfestellung.“

Zuordnung“ (Thaler/Sunstein 2009: 234) zu einer Krankenversicherung, die den persönlichen Versorgungsbedarf optimal abdeckt.

Nach einem vergleichbaren Prinzip funktioniert in Deutschland das Internetportal *Weisse Liste* (vgl. Abschn. 3.4.3), das Patienten diagnosegerechte Hilfestellungen bei der Krankenhauswahl anbietet. Die freie Anbieterwahl soll dabei nicht aufgehoben, sondern durch das Priorisieren der bestehenden Wahloptionen gemäß individuellen Versorgungsbedürfnissen vorderstrukturiert und damit erleichtert werden. Idealerweise orientiert sich die Vorauswahl (Default) am „empirischen Wesen“ (Oehler/Reisch 2008: 57) von Nutzern und nicht an abstrakten Leitbildern. Der neuralgische Punkt des Nudge-Konzepts ist somit die Default-Setzung, insbesondere für Nutzer, die angesichts der Angebotsvielfalt keine Entscheidung treffen (wollen oder können). Die Autoren (ebd.: 72) resümieren: „Letztlich muss immer wieder die Frage gestellt werden, wer (Staat, Wirtschaft, gesellschaftliche Institutionen, die Verbraucher selbst) aus welchen Motiven und mit welchem Ziel das institutionelle Design und damit den Kontext der Entscheidungssituationen maßgeblich beeinflusst.“

Wie sind libertär-paternalistische Entscheidungsarchitekturen im Gesundheitswesen aus Nutzersicht zu beurteilen? Das dem Nudge-Konzept innewohnende Versprechen einer nutzerfreundlichen Reduzierung von Wahlmöglichkeiten auf „Premiumoptionen“ scheint für den dynamischen und innovativen Bereich der Gesundheitsversorgung geeignet. Die Schattenseite von „Nutzerorientierung“, die einen „normativen (Erwartungs-)Druck oder Zwang sich als Nutzer zu verhalten erzeugt und [gemäß dem, B. E.] Nutzerverhalten eine Art ‚Bringschuld‘ wird“ (Braun 2009b: 33), kann durch sinnvolle Defaults minimiert werden. Am offensichtlichsten ist dies in Bezug auf medizinische Therapieentscheidungen: Hier wünschen sich Patienten zwar zunehmend mehr Mitsprache und Anerkennung ihres krankheitsbezogenen Erfahrungswissens, gleichzeitig sind sie aber auf eine Vorauswahl an passgenauen Behandlungsmöglichkeiten durch Ärzte angewiesen (vgl. Abschn. 3.4.5). In diesem Fall kann ein professioneller *nudge* – etwa die Hierarchisierung der Therapieoptionen nach ihrem jeweiligen Risikograd – für den Patienten besonders entlastend sein.

Gänzlich anders gestaltet sich die Ausgangslage indes, wenn die Motive für ein bestimmtes Design von Entscheidungsarchitekturen für Nutzer intransparent bleiben.⁶⁰ Krankenkassen und Professionelle können etwa per *nudges* versuchen, Nutzer für einen bestimmten Versiche-

⁶⁰ Ein Beispiel hierfür ist die sogenannte „*hidden option*“, d. h. eine Defaultkonfiguration, die Nutzern nur eine Option bereitstellt, obwohl andere existieren (vgl. Goldman et al. 2008: 103).

zungstarif oder ein besonderes Versorgungsprogramm zu gewinnen, der/das vorrangig ihren eigenen ökonomischen Interessen entspricht.⁶¹ Bspw. können selektive Versicherungsverträge, die Nutzer an bestimmte Leistungsanbieter binden, zwar finanziell lukrativ (sowohl für den Versicherer, der z. B. mit einem MVZ Rabattverträge ausgehandelt hat, als auch für den Versicherten, der niedrigere Prämien zahlt), jedoch aus medizinischen Versorgungsaspekten nachteilig sein. Gleiches gilt für Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehalttarife, die den temporären Verzicht auf medizinische Leistungen bonifizieren. In beiden Beispielen dient ein *nudge* nicht der Optimierung der Nutzerversorgung, sondern einer übergeordneten ökonomischen Rationalität: einer höheren Effizienz bzw. Einsparungen in der Leistungserbringung. Eine Strategie der Gesundheitsförderung, die sich dem Leitsatz „*Making healthier choices easier*“ (Department of Health 2007, o. S.) verpflichtet, ist allein durch *nudges* nicht zu verwirklichen. Insbesondere dann nicht, wenn Entscheidungsarchitekturen in der GKV sich am Homo oeconomicus als dem maßgeblichen Nutzersubjekt orientieren (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009).

Zu kritisieren ist der Ansatz des *libertarian paternalism* auch unter dem Gesichtspunkt der Nutzerpartizipation. Partizipative Aspekte, wie Mitsprache, Mitgestaltung und Koproduktion im Prozess der Leistungserbringung, finden im Nudge-Konzept, das gewissermaßen das Paradigma des aktiven Nutzers (wieder) durch das des tendenziell eher trägen, überforderten und bedürftigen Nutzers ersetzt, kaum Beachtung. Zwar weisen die Vertreter des Ansatzes darauf hin, dass die Option der defaultunabhängigen, „freien“ Entscheidungen von Nutzern, gewahrt bleibe, darüber hinausgehende Vorschläge zur niedrighschwelligen Nutzereinbindung und -mitentscheidung machen Sunstein und Thaler jedoch nicht, obgleich in den Wirtschaftswissenschaften die Option partizipativer „*personalized defaults*“ (Goldman et al. 2008: 104) bzw. „*smart defaults*“ (Smith/Goldstein/Johnson 2009) grundsätzlich bekannt ist.⁶² Gerade im Gesundheitswesen scheint die koproduktivistische Aushandlung von Defaults – z. B. bei der Ausgestaltung von Versicherungstarifen oder DMPs – grundsätzlich sinnvoll, um individuellen Ansprüchen in weitestgehend standardisierten Versorgungssettings Geltung zu verleihen. Offen bleibt somit die Frage, wie Arrangements aussehen können, die das Nudge-Prinzip mit Elementen der Nutzerpartizipation kombinieren.

⁶¹ Bezogen auf Warenmärkte stellen Goldman et al. (2008: 105) hierzu fest: „*It's true that some unprincipled companies can (and do) use defaults to exploit customers.*“

⁶² Goldman et al. (2008: 104) verweisen auf die Möglichkeit „*adaptable*“ Defaults: „*They update themselves based on current (often real-time) decisions that a customer has made.*“

Hirschmans (1970) klassische Studie zu *exit*, *voice* und *loyalty*, die im Folgenden auf den Gegenstand der Arbeit angewandt wird, widmet sich ebenfalls dem Verhältnis zwischen Leistungsanbietern und Nutzern. Im Vergleich zum Nudge-Konzept entwirft Hirschman ein differenzierteres *toolkit* an Interaktionsmodi zwischen beiden Akteuren.

4.2 Hirschmans Triade aus *exit*, *voice* und *loyalty*

Der amerikanische Ökonom und Soziologe Albert O. Hirschman entwarf 1970 eine vielbeachtete Theorie der Ko-Steuerung von Dienstleistungssystemen durch das Marktverhalten von Konsumenten. Im Folgenden werden Hirschmans grundlegenden Annahmen aus der Studie *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States* (1970) rekapituliert. Anschließend ist zu prüfen, inwiefern der Ansatz auf das deutsche Gesundheitssystem anwendbar ist.

Hirschmans zentrale Intention ist es, systeminterne Mechanismen zu identifizieren, die in Zeiten einer wirtschaftlichen oder organisations- und/oder unternehmensinternen Krise eine Erholung „von innen heraus“ initiieren. Eine Schlüsselrolle nimmt für Hirschman in diesem Prozess der Konsument und Nutzer von (öffentlichen) Gütern und (sozialen) Dienstleistungen ein. Dieser steht als Koproduzent und „*quality-maker*“ (Hirschman 1970: 99) in einem dialogischen Verhältnis zu den Produzenten entsprechender Leistungen. Im Zentrum von Hirschmans Steuerungsansatz stehen *exit*, *voice* und *loyalty* (Abwanderung, Widerspruch und Loyalität) als denkbare Reaktionsweisen von Nutzern auf eine Leistungsverschlechterung. In Hinblick auf den Gegenstand dieser Arbeit ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass soziale Dienste auf die Einbindung von Nutzern qua Mitsprache (*voice*) bauen, während für private Dienstleistungen die mögliche Abwanderung zu einem Konkurrenzanbieter (*exit*) konstitutiv ist. Hirschmans Triade entfaltet ihre systemkorrigierende und „heilende“ Wirkung aus einem dynamischen Wechselverhältnis heraus. Hirschman setzt gezielt auf eine Kombination der drei Mechanismen.

Exit ist als „*one of the principal virtues of the ,free enterprise system*“ (ebd.: 21) die direkteste Art, Unzufriedenheit mit der Qualität einer bestimmten Leistung oder der Performanz einer Organisation zu zeigen. Unzufriedene und enttäuschte Nutzer wandern ab. Sind Nutzer auf die Konsumtion des jeweiligen Gutes angewiesen, wählen sie (falls verfügbar) einen alternativen Leistungsanbieter. Als Alternative zur Abwanderung bietet der Voice-Mechanismus Nutzern die Möglichkeit zur Interessenartikulation bzw. Beschwerde (ebd.: 33): „*Voice*

has the function of alerting a firm or organization to its failings.“ *Voice* ist *exit* insofern überlegen, als dass ihren Unmut äußernde Nutzer die Möglichkeit wahren, Einfluss auf die Leistungsanbieter auszuüben. „*Exit*“ hingegen bedeutet die vollständige Abkehr von einem Leistungsanbieter. Hirschman betont die Komplementärfunktion von *voice* zu *exit*. Die Effektivität von zeitaufwendigen und bedingungsvollen Partizipationsverfahren⁶³ ergibt sich u. a. aus dem prinzipiellen Vorhandensein der *Exit*-Option (ebd.: 36 ff.). Inwieweit Organisationen für Nutzer Gelegenheiten vorhalten, auf etwaige Qualitätsverluste interaktiv zu reagieren, hängt von institutionellen Vorkehrungen ab. Hirschman sieht diejenigen Leistungsanbieter im Vorteil, die in die „*art of voice*“ (ebd.: 43) investieren, um eine hohe Responsivität gegenüber Nutzeranliegen zu entwickeln.

Im Falle eines Leistungsabfalls kann ein organisationsinterner „*elusive optimal mix of exit and voice*“ (ebd.: 120) eine Erholung herbeiführen.⁶⁴ Eine dynamische Balance zwischen beiden Mechanismen wird Hirschman zufolge insbesondere durch die Sensibilisierung für das Wechselspiel von *exit* und *voice* und die gezielte Stärkung des innerhalb eines organisatorischen Zusammenhangs schwächeren Mechanismus erreicht (ebd.: 126). Im Vergleich zum Konzept des *libertarian paternalism*, das Nutzern keine institutionalisierten Partizipationsoptionen einräumt, sieht Hirschman gerade hierin eine Innovationskraft. Ferner hat auch Hirschman tendenziell passive Konsumenten im Blick, wenn er auf eine dritte Reaktionsweise verweist: *loyalty*.

Loyalty bildet innerhalb der Theorie Hirschmans eine „Residualgröße“ (Greß/Rothgang 2008: 11), aus der Organisationen soziales Kapital an akkumuliertem Vertrauen schöpfen. „*Too many exits and voices would jeopardize the existence of organization*“ (Vollaart 2009: 2) – daher sind Organisationen ebenfalls auf loyale Nutzer angewiesen, die ihnen ausreichend Zeit und „*chances for recuperation*“ (Hirschman 1970: 36) einräumen. Während *exit* und *voice* rationale Verhaltensweisen sind, basiert *loyalty* trotz Unzufriedenheit auf persönlichen „guten“ Gründen, die mit einem rationalistischen Konzept nicht zu erfassen sind. Loyales Verhalten beruht auf längerfristigen Identifikationsprozessen und Investitionen in be-

⁶³ Die Ausübung von *voice* kann individuell in Form von Beschwerden, informellem Erfahrungsaustausch oder der institutionalisierten Mitwirkung an Organisationsentscheidungen erfolgen (vgl. Greß/Rothgang 2008: 13). Kollektiver Widerspruch umfasst u. a. Protestaktionen und Kampagnen als Mittel zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung (vgl. Hirschman 1970: 30).

⁶⁴ Die notwendige Voraussetzung hierfür ist nach Hirschman die Erhöhung der Opportunitätskosten von *exit* bei gleichzeitiger Senkung derjenigen von *voice*.

stimmte Organisationen (Dowding et al. 2000: 476 ff.), das über eine rein rationale Abwägung von (temporären) Produkt- und Leistungsqualitäten hinausgeht.

Hirschman (1970: 79) hingegen konzipiert eine Nutzerloyalität, die auf der Überzeugung gründet, dass Organisationen langfristig die in sie gesteckten Erwartungen erfüllen werden, als „*enormous dose of reasoned calculation*“. Die bewusste Entscheidung zur Nicht-Abwanderung erhöht die Bereitschaft zur konstruktiven Kritik (*voice*) und zeugt i. d. R. von einer wert- und vertrauensgestützten Unterstützung von Organisationen. Allerdings kann Loyalität ebenso die Folge von intransparenten Organisationsabläufen und Produktqualitäten sein. In diesem Fall verhalten sich Nutzer loyal, weil ihnen notwendige Informationen über die Performanz von Marktteilnehmern fehlen. Sie besitzen nicht die informellen Voraussetzungen zur Wahrnehmung von Exit- und Voice-Optionen.

Hirschmans Konzept verdeutlicht, wie voraussetzungsvoll eine *responsive* Leistungserbringung ist. Drei Erkenntnisse sind besonders hervorzuheben:

Erstens gilt Hirschmans Interesse vorrangig der Suche nach „*mechanisms of recuperation for avoiding social losses as well as human hardship*“ (Hirschman 1970: 3). Zur Erreichung des Primärziels der organisatorischen Erholung identifiziert Hirschman mit *exit*, *voice* und *loyalty* drei unterschiedliche Reaktionsweisen, deren Balance und Zusammenspiel entscheidend ist.

Zweitens ist Hirschmans Triade bewusst als *sozialer* Mechanismus konzipiert, der auch ineffizientes Verhalten von Produzenten und ökonomisch irrationales Verhalten von Konsumenten berücksichtigt (ebd.: 10). Aufseiten der Nutzer fungieren Vertrauen und (langfristig gewachsene) Loyalität gegenüber Leistungsanbietern als Barrieren gegen eine rein rational motivierte Entscheidung zur Abwanderung sowie als Motiv, von Voice-Mechanismen Gebrauch zu machen.

Drittens schreibt Hirschman der institutionellen Ausgestaltung von *exit*, *voice* und *loyalty* eine besondere Bedeutung zu. Praktische Voraussetzung für deren Wirksamkeit ist ein elastisches Spannungsverhältnis zwischen den drei Reaktionsweisen, wenngleich ein kontextuelles Wirkungsverständnis auf „*fine-grained analysis and deep knowledge of the relevant cases*“ (Vollaart 2009: 8) angewiesen ist. Positive Wirkungseffekte verlangen somit die sorgsame Einbettung und Verzahnung der Mechanismen innerhalb politischer Systeme und sozialer

Strukturen. Insbesondere gilt es, praktikable Voice-Verfahren zu finden, da diese im Verhältnis zur Exit-Option i. d. R. weniger entwickelt sind (vgl. Hirschman 1970: 33). Niedrigschwellige und dennoch effektive Mechanismen der Nutzermitsprache sind voraussetzungsvoll: Krankenkassen, die ihre Mitglieder langfristig binden wollen, müssen in die Entwicklung von Feedback-Schleifen (z. B. qua kostenlose Kundentelefondienste) investieren, deren Etablierung begleiten und vor allem Glaubwürdigkeit im Umgang mit *voice* ausstrahlen, um Mitglieder von einem Kassenwechsel abzuhalten.

Nach der Rekapitulation von Hirschmans Konzept beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit zeitgenössischen Varianten des Exit-Verfahrens: dem *users' choice* innerhalb sozialpolitischer Arrangements.

4.3 Choice als Versprechung moderner Sozialpolitik

In der jüngeren Sozialpolitik ist Hirschmans Theorie Ausgangspunkt und Inspirationsquelle von Reformansätzen, in deren Mittelpunkt der Adressat von Sozialpolitik steht (vgl. u. a. Clarke et al. 2007; Le Grand 2006, 2007; Taylor-Gooby 2009). Der Rückgriff auf Hirschman ist vielversprechend: Die Kombination von rationalem Marktverhalten (Abwanderung unzufriedener Konsumenten, Wahl eines anderen Anbieters) und *voice* als „*political action par excellence*“ (Hirschman 1970: 16) birgt die Chance zum konstruktiven Ausgleich zweier voneinander getrennter Sphären. Hirschman liefert somit das begriffliche Instrumentarium für aktivierende Sozialpolitiken, die Nutzer nicht nur als leistungsempfangende Sozialbürger, sondern auch als aktive Nachfrager marktgängiger Sozialleistungen adressieren (vgl. Kap. 1). Taylor-Gooby (2009: 185) sieht insbesondere in der Verantwortungsüberschreibung an Nutzer die zentrale sozialpolitische Veränderung: „*The idea that citizens are responsible for choosing, managing, and funding a greater proportion of their social provision is gaining ground.*“

Dieser steuerungspolitische Ansatz gewinnt Legitimation dadurch, dass Souveränität und Autonomie von Nutzern innerhalb sozialpolitischer Versorgungsarrangements auf der kollektiven Ebene aufgewertet werden: „*It emphasizes that people can be in control of their public services rather than being serviced as clients by a rule-driven bureaucracy.*“ (Dowding/John 2008: 288) Vor dem Hintergrund erhöhter Wirtschaftlichkeitsanforderungen wächst darüber hinaus das Interesse an einer optimalen Distribution von Sozialleistungen, deren Bedeutung und Wert als Investitionsgüter steigt. Zentral für das Konzept des „*welfare consume-*

risim“ (vgl. u. a. Baldock 2003; Newman/Vidler 2006; Evers 2010a: 55 ff.) ist vor allem der Zuwachs an individuellen Wahloptionen im Bereich öffentlicher Dienstleistungen, die in Analogie zu Konsummustern und -praktiken auf privaten Märkten geschaffen werden. Den angelsächsischen Diskurs dominiert die Kontroverse hinsichtlich der Einführung von Choice-Instrumenten auf staatlich regulierten Sozialmärkten. *Choice* ist hier zunächst einmal als moderne Erweiterung von Hirschmans Exit-Option zu verstehen – im Sinne der Abwanderung von qualitativ minderwertigen Leistungsanbietern und der Wahl eines alternativen Anbieters (vgl. Haarmann/Klenk/Weyrauch 2010: 215 f.).

Die Anwendungsgebiete des Wahl-Instruments lassen sich innerhalb staatlich regulierter Wohlfahrtsmärkten jedoch noch weiter differenzieren: „*There are a variety of different kinds of choice that users make in the context of public services: where, who, what, when and how.*“ (Le Grand 2007: 39) Demzufolge beschränkt sich die Wahlfreiheit von Nutzern nicht auf die einmalige Wahl des medizinischen Leistungsanbieters (*where?*), sondern umfasst weitere Dimensionen, wie die Wahl der ärztlichen Profession (*who?*), die Wahl der Behandlung bzw. des Therapieregimes (*what?*), die Wahl des Behandlungszeitpunktes (*when?*) sowie die Wahl des Mediums der Arzt-Patient-Beziehung (*how?*) (ebd.: 39 f.). Bezogen auf das Sozialsystem Großbritanniens kommt Le Grand (ebd.: 38 ff.) zu dem Schluss, dass so unterschiedliche Zieldimensionen, wie universeller Zugang zu Sozialleistungen, eine hohe Leistungsqualität und deren effiziente Verteilung sowie soziale Gerechtigkeit, am besten durch Versorgungsstrukturen erreicht werden, die individuelle Wahlfreiheit (*choice*) und Anbieterwettbewerb (*competition*) kombinieren.

Für Le Grand sind *choice* und *competition* zentrale Bedingungen, um die Autonomie und Versorgungsqualität von Nutzern sozialpolitischer Arrangements zu erhöhen. Hiermit verbundene Ziele, wie eine stärkere Ausrichtung des Leistungsgeschehens an den Vorstellungen der Nutzer, sind durch einen Qualitätswettbewerb zwischen Leistungsanbietern zu erreichen. Dieser Logik folgend führt ein minderwertiges Leistungsangebot oder mangelnde Responsivität von Anbietern automatisch zu einem Verlust an *Kunden* (vgl. ebd. 44). Vorschläge hinsichtlich neuer Formen von (politischer) Mitsprache (*voice*) unterbreitet Le Grand mit seinem Ansatz nicht. Die Aufwertung von Nutzerinteressen wird stattdessen als logische Konsequenz partiell marktgesteuerter Sozialsysteme begriffen. Le Grand argumentiert, dass auf Märkten konkurrierende Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ein genuines Eigeninteresse

daran haben, zu erfahren, welche Dienste Nutzer sich wünschen, um einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Anbietern zu erlangen (ebd.: 38).

Le Grands Priorisierung von Wahlfreiheit zwischen miteinander im Wettbewerb stehenden Leistungsanbietern kann am Beispiel des britischen NHS erklärt werden: Das staatliche Gesundheitssystem Großbritanniens verspricht Bürgern zwar eine universelle Absicherung, sah jedoch in der Vergangenheit kaum Möglichkeiten vor, auf Anbieter und deren Leistungsangebote Einfluss zu nehmen. Die Beteiligung von Nutzern in der Governance der medizinischen Versorgung sowie die Eingrenzung der „*professional power*“ (ebd.: 104) wurden ab 1997 durch New Labour vorangetrieben (vgl. Prime Minister's Strategy Unit 2006). Grundsätzlich bedeutete die Einführung von *choice* und *competition* für britische Patienten einen Zuwachs an Optionen in der individuellen Gesundheitsversorgung, insbesondere angesichts der Tradition eines, die Arzt- und Krankenhauswahl steuernden, *gatekeeper system* (vgl. Newman/Kuhlmann 2007: 100 ff.).

Funktion und Wirkung von Marktprinzipien variieren je nach politischem System. Daher ist eine genaue Analyse der jeweils angewandten Steuerungsinstrumente zur Erreichung im Vorfeld definierter Ziele bedeutsam. Mechanismen wie *exit*, *choice* oder *voice* können, je nach institutionellem Setting und Politikfeld, unterschiedlichen Steuerungszielen dienen. Dies wird im Folgenden am Beispiel des deutschen Gesundheitswesens gezeigt.

4.4 Auswirkungen von mehr *choice* im deutschen Gesundheitswesen

In Deutschland nahmen Nutzerbeteiligung und Anbieterwettbewerb im Gesundheitswesen seit Anfang der 1990er Jahre zu. Die damit verbundenen politischen Intentionen waren jedoch andere als in Großbritannien. Welche Auswirkungen hat die Stärkung von Marktmechanismen im korporatistischen Gesundheitssystem Deutschlands? Und welche Steuerungseffekte ergeben sich für die hiesigen Nutzer von Gesundheitsleistungen?

Im Unterschied zu Nutzern des britischen NHS begreifen GKV-Versicherte die freie Wahl zwischen Ärzten und Krankenhäusern als ein „*taken-for-granted right*“ (ebd.: 106; vgl. Abschn. 2.2). Mit der PKV steht Versicherten zudem die Option des vollständigen *exit* aus dem GKV-System offen. Gleichzeitig steigt für GKV-Versicherte die Anzahl von *Opting-out*-Möglichkeiten in Form von privaten Zusatzversicherungen und zusätzlichen Gesundheitsleistungen.

Mehr Wahlmöglichkeiten für GKV-Versicherte jenseits des Portfolios an Leistungen der GKV sind nicht gleichbedeutend mit der Initiierung eines GKV-internen „*recuperation mechanism*“ im Sinne Hirschmans. Stattdessen transformiert die sukzessive Aufsplitterung des kollektivvertraglichen Leistungsvolumens in kompetitive Vertragsformen die freie Anbieterwahl. In einem von selektiven Vertragsmodellen durchzogenen Versicherungssystem verliert die Möglichkeit des Anbieterwechsels und der Leistungswahl (*exit/choice*) zunehmend den Charakter eines *freiwilligen* Rechts (vgl. Abschn. 3.3.1), das unzufriedene Versicherte wahrnehmen, sofern sie sich nicht aus Loyalität für den Verbleib, z. B. bei einem Arzt, entscheiden und/oder ihren Unmut kommunizieren.

Die Herausbildung von Selektivverträgen zwischen GKVen und einzelnen Leistungserbringern (z. B. Hausärzten und Krankenhäusern) und Modellen der Leistungserbringung (z. B. Integrierte Versorgung und DMP), als „wettbewerbliche Entsprechung am Leistungsmarkt“ (Cassell et al. 2008: 101) komplementär zum System der freien Kassenwahl, nimmt Versicherte zunehmend in die *Wahlpflicht*. Die Inanspruchnahme von Wahloptionen wird für Nutzer angesichts des sich ausdifferenzierenden Angebots von Versicherungsformen und Leistungsarten zur Schlüsselqualifikation. Der individuelle Anspruch auf medizinische Versorgung wird erst durch die Wahl des Versicherungstarifs, von Leistungspaketen und behandelnden Ärzten geltend gemacht. Taylor-Gooby (2009: 187) charakterisiert die veränderten Instrumente und Ziele einer derartigen auf Vorleistungen der Adressaten setzenden Sozialpolitik wie folgt: „[P]romotion of opportunity and individual responsibility rather than outcome and redistribution as the goals of policy.“

Innerhalb des GKV-Systems führt die spezifische Wirkung der Steuerungsinstrumente *choice* und *competition* zur Entstehung neuer Versorgungsformen, bei gleichzeitiger Einschränkung der vorhandenen Wahlmöglichkeiten. Versicherte, die sich innerhalb ihrer Krankenkasse für eine selektivvertragliche Leistungserbringung, wie etwa für Versorgungsangebote eines MVZ, entscheiden, sind fortan an dessen ärztliche Dienste gebunden und verzichten auf die Exit-Option. Diese freiwillige Selbstbindung auf Zeit⁶⁵ bzw. Selbstbeschränkung soll durch attraktivere Leistungsangebote belohnt werden (vgl. Cassell et al. 2008: 64 f.). Folgt man Hirschmans Überlegungen zum Wechselspiel von *exit* und *voice*, reduzieren sich in Selektiv-

⁶⁵ Die Regelungen hinsichtlich der vertraglichen Ausgestaltung von selektiven Leistungspaketen variieren. So sehen Selektivverträge mit Leistungserbringern im Rahmen sogenannter „Modellvorhaben“ (SGB V; § 63, Abs. 5) vor, dass Details wie Vertragsziele und -dauer in den Satzungen der jeweiligen Krankenkassen festzulegen sind. Anders ist die Situation bei Hausarztverträgen. Diese haben eine gesetzliche Laufzeit von einem Jahr, können aus „triftigen Gründen“ jedoch vorher gekündigt werden (vgl. Cassell et al. 2008: 75).

verträgen nicht nur die individuellen Wahlfreiheiten, sondern ebenso die Möglichkeiten der effektiven Interessenartikulation. De facto endet die Wahlfreiheit der Versicherten mit der einmaligen Wahl eines i. d. R. mit kurzfristigen Boni, wie Beitragsrabatten oder Zuzahlungsbefreiungen, beworbenen Leistungspakets. Zwar können Versicherte als Vertragspartner ihre Unzufriedenheit während der Vertragslaufzeit – z. B. aufgrund von mangelhafter Leistungsqualität oder Leistungsverschlechterungen – durch formale Beschwerden zum Ausdruck bringen, die Wirkung des Voice-Mechanismus bleibt in diesem Fall allerdings schwach, da „selektiv versicherte“ Kunden nicht mit der Abwanderung zu einem Konkurrenzanbieter drohen können.

Generell ist der Spielraum für eine Erweiterung an Wahloptionen innerhalb des GKV-Systems beschränkt. Individuell zu beanspruchende Leistungsarten sind gemäß § 11 SGB V festgelegt und mit Ausnahme von behinderten und chronisch kranken Menschen für alle Versicherten gleich. Folglich bezieht sich – wie am Beispiel von Selektivverträgen erläutert – die Ausweitung von Wahloptionen nur auf neue Modelle der Leistungserbringung.

Ein Zuwachs an wählbaren medizinischen Leistungen und Produkten ist hingegen auf dem „zweiten Gesundheitsmarkt“ (Kartte/Neumann 2008) möglich. Dort bieten Ärzte, Krankenversicherungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zusätzliche Leistungen an, wie IGeL oder private Zusatzversicherungen für im GKV-Leistungskatalog begrenzte oder nicht enthaltende Bereiche (z. B. Zahnersatz, Sehhilfen). Mit Verweis auf Hirschmans Theorie ist davon auszugehen, dass die Wahl von privat angebotenen Gesundheitsleistungen indirekte Folgen für die GKV hat. Die partielle Abwanderung von Nutzern in das Leistungsangebot des privaten Sektors kann einen Mechanismus freisetzen, den Hirschman (1970: 104) als „*voice from without (after exit)*“ beschreibt. Theoretisch denkbar sind in diesem Zusammenhang mehrere Wirkungen:

- Die verstärkte Inanspruchnahme von Privatleistungen kann zu einer Anpassung des Leistungsvolumens der GKV führen, sofern sich die entsprechenden Leistungen als medizinisch wirksam und wirtschaftlich erweisen. Das Exit-Verhalten von Nutzern wäre demnach ein Seismograph hinsichtlich dringender medizinischer Versorgungsbedarfe der Versicherten, die von der GKV nicht abgedeckt werden.
- Angesichts der prekären Finanzlage des öffentlichen Gesundheitswesens ist es wahrscheinlicher, dass die wachsende Bereitschaft von Versicherten, ihre individuelle Ge-

- sundheitsversorgung durch Privatangebote zu ergänzen, zur Privatisierung von weiteren Leistungsbereichen führt. Zu Ende gedacht würde dies die sukzessive Entstehung einer gesetzlichen Basisversicherung bedeuten, zu der ergänzend zusätzlicher Versicherungsschutz für bestimmte Gesundheitsrisiken gemäß dem Bausteinprinzip *privat eingekauft* werden kann.
- Vorstellbar ist ferner eine allmählich einsetzende Abwertung und Legitimationskrise der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung. Nutzer können den Eindruck gewinnen, dass qualitativ hochwertige Leistungen auch einen hohen Preis haben. Da die Qualität medizinischer Leistungen schwer beurteilbar ist, verleiten äußerlich wahrnehmbare Indikatoren privater Gesundheitsleistungen, wie z. B. ein guter Service, Freundlichkeit und kurze Wartezeiten, dazu, diesen per se einen höheren Wert beizumessen als der eventuell stärker standardisierten medizinischen Versorgung innerhalb der GKV.

Choice-Optionen haben *präformierende* Effekte. Das System der GKV erfährt eine doppelte Perforation durch ursprünglich atypische Funktionslogiken. Zum einen führt die wettbewerbliche Steuerung von Leistungserbringern und Kostenträgern in der GKV zu einem *inkrementellen* Wandel des korporatistischen Institutionengefüges (vgl. Gerlinger/Schmucker 2009), indem primär Anreize für unternehmerisch motivierte und kosteneffiziente Versorgungsstrukturen gesetzt werden. Dies spiegelt sich auf der Ebene der Nutzer in kleinteiligeren und bedarfsgerechteren Versorgungsformen und mehr Eigenverantwortung bei der Wahl und Ko-Finanzierung der Leistungsangebote wider. Zum anderen ist die GKV zunehmend als solidarisch finanzierter Nukleus innerhalb eines hybriden Gesundheitswesens zu begreifen, in dem sektorale Grenzen permeabel werden und in dem sowohl korporatistische als auch privatwirtschaftliche Akteure Leistungen und Produkte anbieten. Kurzum: Nicht nur die wettbewerbliche Re-Konfiguration des korporatistischen Gesundheitssystems, sondern auch die von privaten Gesundheitsmärkten ausgehende Dynamik verändern „*the behaviour of both service providers and service users*“ (Taylor-Gooby 2008: 169).

Die hier zugrunde gelegte Annahme lautet demnach (ebd.: 173): „*[T]he institutional framing of choices may also influence the normative framework in which people assess options.*“ Markttypische Wahloptionen belohnen vor allem kurzfristige Interessen und Bedürfnisse und basieren auf Werten wie persönliche Freiheit, Kontrolle der eigenen Lebensführung und Nutzenmaximierung (Taylor-Gooby 2008: 178). Dowding und John (2008: 288) heben in diesem

Zusammenhang treffend hervor: „*Choice also fits nicely with the idea of freedom as control which has greater modern resonance than the terms of equality of welfare.*“ Nutzer des Gesundheitssystems stehen vor der Herausforderung, die für sie bedeutsamen Wahlkriterien für sich zu klären und zu benennen. *Wahlbeeinflussend* sind hierbei – neben dem Zugang zu Informationen, Peergroups und zielgruppengerechten Beratungsangeboten – i. d. R. sozioökonomische Ressourcen als Voraussetzung, um überhaupt auf privaten Gesundheitsmärkten investieren zu können. *Wahlentscheidend* ist hingegen vor allem das jeweilige Loyalitäts- und Vertrauensverhältnis zwischen Nutzern und Professionellen.

Um die besondere Bedeutung von *loyalty* in Bezug auf Gesundheitsleistungen zu verstehen, gilt es, die Ursachen von Nutzerunzufriedenheit zu rekapitulieren. Mit Ausnahme von chronisch kranken Patienten sind Laien selten ausreichend kompetent und willens, die Qualität medizinischer Behandlungen eigenverantwortlich zu definieren. Sind Nutzer mit der ihnen zur Verfügung stehenden Gesundheitsversorgung unzufrieden, liegt dies i. d. R. an äußeren und behandlungsunabhängigen Faktoren, wie zu kalkulierenden Wartezeiten, Freundlichkeit des medizinischen Personals, geographische Distanz der Leistungserbringer zum Wohnort und etwaigen finanziellen Eigenbeteiligungen (vgl. Vollaart 2009: 3). Im Umkehrschluss ist anzunehmen, dass Nutzer ein großes Interesse an einem vertrauensvollen Verhältnis zu Professionellen haben, die Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen partnerschaftlich mit ihnen treffen und denen sie die Entscheidungsverantwortung teilweise übertragen können. Der häufig geäußerte Wunsch nach einem „guten Arzt“ impliziert in diesem Kontext das Verlangen nach persönlicher Entlastung. Medizinische Leistungserbringer *nicht* wechseln zu müssen, d. h. auf den Gebrauch der Exit-Option verzichten zu können, bedeutet für sehr viele Nutzer das Optimum an Versorgungssicherheit und -komfort. Nutzer schreiben der potentiellen Möglichkeit des *exit* zwar einen übergeordneten Wert zu, z. B. um Zweitmeinungen zu Diagnosen und Therapien einzuholen; bei der tatsächlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. innerhalb der Arzt-Patient-Interaktion wird die Genese von Vertrauen und Loyalität jedoch zur eigentlichen Zielgröße.

Die Zunahme an markttypischen Wahlleistungen ist angesichts des spezifischen Loyalitätsverhältnisses von Nutzern zu Leistungserbringern zwiespältig. Was bedeutet es etwa für das akkumulierte Vertrauen in Arzt-Patient-Verhältnissen, wenn Patienten als Konsumenten adressiert werden? Wie lassen sich Loyalitätsbindungen in einem Gesundheitswesen generieren, das Nutzern einen ökonomischen und rationalen Umgang mit öffentlichen Gesundheits-

leistungen und, parallel dazu, die Investition in private Gesundheitsmärkte empfiehlt? Und welche Voice-Mechanismen sind robust und anwendungsfreundlich genug, um Nutzerinteressen im Prozess der Leistungsauswahl Geltung zu verschaffen? Derartige Fragen werden in Kapitel 7 unter Einbeziehung empirischer Befunde aufgegriffen.

4.5 Zwischenergebnis

Vor dem Hintergrund des Konzepts des *libertarian paternalism* und Hirschmans Triade aus *exit*, *voice* und *loyalty* wurden mögliche Implikationen der Steuerungsinstrumente innerhalb des deutschen Gesundheitswesens eruiert. Dabei ging es u. a. um die Möglichkeiten von Nutzern, sich kollektive und individuelle Wahlmöglichkeiten zu erschließen. Zentrale Erkenntnis ist, dass Hirschmans Konzept Nutzern prinzipiell mehr Partizipationsoptionen einräumt als der Ansatz der „gelenkten Entscheidung“ mittels vorgegebener Entscheidungsarchitekturen. *Nudges* orientieren sich im Gesundheitswesen nicht unbedingt an der Pluralität von Nutzerinteressen, sondern neigen dazu, ökonomische Anreize absolut zu setzen. Auch wenn die Idee einer *nutzerfreundlichen Vorauswahl*, angesichts schwer zu vergleichender Leistungsmerkmale (z. B. bei Versicherungstarifen), als prinzipiell Nutzen stiftend erscheint, bleibt Grund zur Skepsis, sofern die Default-Setzung seitens der Leistungsanbieter selbst vorgenommen wird. Dies trifft bspw. auf Selektivverträge zu, die Versicherte temporär an bestimmte Leistungsanbieter binden.

Hirschmans Ansatz von *exit*, *voice* und *loyalty* erweist sich in der theoretischen Anlage als partizipativer, weil er die Frage kollektiver *choices* mit einbezieht. Bspw. entstehen durch die Initiierung von Anbieterwettbewerb in einem traditionell auf *command-and-control* ausgerichteten Gesundheitswesen (wie dem britischen NHS) neue Wahloptionen für Nutzer, die ebenfalls neue Mitspracherechte beinhalten können (in Großbritannien wurden z. B. sogenannte „*health boards*“ eingerichtet, in denen Nutzerorganisationen als Stakeholder vertreten sind). Für Deutschland könnte das z. B. bedeuten, speziellen Nutzerorganisationen (z. B. Patientenorganisationen oder Selbsthilfeverbänden) zu gestatten, stellvertretend für ihre Mitglieder und vor dem Hintergrund versorgungsrelevanter, nicht allein ökonomischer Kriterien (z. B. Verträglichkeit und Kontinuität von Leistungen), Versicherungsleistungen und Anbieter auszuwählen. Für Nutzer wäre eine derartige Auswahl durch bevollmächtigte Stellvertreter nicht nur eine Komplexitätsreduktion, angesichts der zunehmenden Unüberschaubarkeit des Versorgungsgeschehens, sondern ebenfalls eine Form der Qualitätsgarantie.

Darüber hinaus sind die Wirkungen von Exit- und Voice-Verfahren *innerhalb* eines etablierten Systems (wie der GKV) von Wirkungen zu unterscheiden, die sich durch Möglichkeiten des Opting-outs auf privaten Gesundheitsmärkten ergeben, und von denen Leistungsanbieter aus finanziellem Eigeninteresse zunehmend Gebrauch machen.⁶⁶ In diesem Zusammenhang wurde die Annahme formuliert, dass die markttypische Konnotation von Wahloptionen (im Gegensatz zum demokratischen Recht der freien Anbieterwahl) *präformierende Effekte* hinsichtlich der Funktionslogik von Versorgungsstrukturen sowie des realen Nutzverhaltens evoziert. Die Implementierung von Anreizen für Versicherte, sowohl selektive Gesundheitsleistungen gemäß dem eigenen Budget auszuwählen als auch in private Zusatzleistungen zu investieren, zielt auf eine stärker individualistisch organisierte „Optionsvorsorge“ (Grözinger/Maschke/Offe 2006: 32) ab.

Mit der Pluralisierung von wählbaren Leistungsformen erhält die „*agency aspect*“ of the individual“ (Sen 1999: 18) von Nutzern eine zentrale Bedeutung. Sie soll „egalitär verteilte Chancen und Optionen“ (ebd.: 36) in der Gesundheitsversorgung identifizieren und bedarfsgerecht nutzen. Im Fortgang der Arbeit wird die quasi verpflichtende Aufgabe von Nutzern, *die richtige Wahl zu treffen* näher betrachtet, insbesondere im Hinblick auf die spezifischen Interaktions- und Loyalitätsbeziehungen von Nutzern zu Leistungserbringern (vgl. Abschn. 7.2.6, 7.2.7).

Das folgende Kapitel entwickelt ein Konzept zur Analyse der multiplen Identitäten von Nutzern: als Bürger, Patienten und Konsumenten .

⁶⁶ Ein derartiges Anbieterverhalten ist ein gutes Beispiel für eine zumindest fragwürdige Anwendung des *nudge*-Konzepts: Versicherte und Patienten werden bewusst aus dem GKV-finanzierten Versorgungsbereich heraus gedrängt und angehalten sich „mehr Versorgungsqualität“ privat hinzuzukaufen. Hier wird „aus einem kleinen Schubs ein Stoß“ (Thaler/Sunstein 2009: 330).

5 Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen: Nutzer als Bürger, Patienten u. Konsumenten

5.1 Pluralisierung von Nutzerrollen

„Boundaries are also ‚fuzzy‘ or fluid, and there are reasons why this is necessarily so – I, like you, am simultaneously citizen, neighbour, worker and consumer, and the qualities developed in one of these roles spill over into the others, one hopes with positive effects.“ (Edwards 2004: 24)

Das dem Kapitel vorangestellte Zitat verdeutlicht, dass die Wirklichkeit keine Aneinanderreihung von unverbundenen Lebens- und Handlungsräumen ist, in denen Menschen isolierte Rollen innehaben. Vielmehr weist der amerikanische Zivilgesellschaftsforscher und -aktivist Michael Edwards auf die wechselseitige Durchdringung von gesellschaftlichen Rollen hin. Wie ist die Gleichzeitigkeit verschiedener *Ichs* zu erklären?

Der Sozialphilosoph Michael Walzer (1996: 56) erinnert in seinen Überlegungen zu Verteilungsgerechtigkeit, die für ihn in der gegenseitigen Verständigung auf unterschiedliche soziale Bedeutungen von Gütern und jeweils zur Anwendung kommende Verteilungsmodi besteht, daran, ebenso den Pluralismus innerhalb eines Individuums anzuerkennen: „In Wirklichkeit ist das Selbst nicht weniger differenziert als die Gesellschaft, an der es teilhat.“ Das „geteilte Selbst“ ist definiert als „ein Bürger, ein Elternteil, ein Arbeiter, Akademiker oder Kaufmann [...] Lehrer oder Schüler, Arzt oder Patient“ (ebd.: 111). Es spiegelt demnach die Komplexität seiner Lebensumwelt wider und reproduziert sie gleichermaßen. Walzer (1992: 63) plädiert dafür, die Dualität zwischen Handeln und Struktur anzuerkennen: „Wenn Männer und Frauen ihre verschiedenen sozialen Rollen schätzen, ist es auch wahrscheinlicher, daß sie die Handlungsräume achten, in denen die Rollen gespielt werden.“ Die Übernahme verschiedener sozialer Rollen in verschiedenen Handlungsräumen geschieht jedoch nicht mechanisch, sondern vor dem Hintergrund ebenso vielfältiger Identitätsressourcen, wie Familie, Peergroups, Religion, politische Überzeugungen oder Traditionen, „die gewissermaßen in ein umfassenderes Selbstsein eingebunden sind“ (ebd.). Komplettiert wird die Teilung des Selbst durch die Übernahme von mehreren „moralischen Stimmen“, d. h. der menschlichen Fähigkeit, Lebensumwelten, Verwirklichungschancen, aber auch „sich selbst“, anhand eines Pluralismus an Grundsätzen und Werten zu beurteilen bzw. sich an diesen zu orientieren (ebd.: 112).

Das Anerkennen einer „inneren Differenziertheit“, die Walzer (1996) generell für den Menschen, dessen Handeln und seine sozialen Bezüge in den verschiedenen Sphären des Lebens einfordert, soll in dieser Arbeit auf Nutzer des Gesundheitswesens übertragen werden. Eine solche Vorgehensweise trägt zur differenzierteren Betrachtung „des Selbst“ im *Handlungsraum* „Gesundheitssystem“ bei, der gleichsam ein Mikrokosmos und spezifischer Ausschnitt der Pluralität an menschlichen Lebenswelten ist. Im Folgenden wird daher der Fokus nicht auf alle menschlichen Rollen und Identitäten gerichtet, sondern auf bestimmte Dimensionen, die im Gesundheitsbereich Handlungsrelevanz erlangen, z. B. die Identität des gesundheitspolitisch interessierten Bürgers, des von einer (chronischen) Krankheit Betroffenen oder des Anhängers und Konsumenten bestimmter Therapiemethoden und Arzneimittel. Die Teilung des Selbst – so die leitende Vorstellung – setzt sich in der spezifischen Nutzung des Gesundheitssystems fort. Mehrdimensionale Nutzerbilder entstehen demzufolge angesichts der inneren Differenziertheit des Menschen und vor dem Hintergrund sich teilweise überlappender Rationalitäten und Logiken im Gesundheitssystem, etwa im Arzt-Patient-Verhältnis, in der Interaktion mit der Krankenkasse oder dem Apotheker oder in der Selbsthilfegruppe sowie im Rückgriff auf individuelle Identitätsressourcen, wie Erfahrungen mit Professionellen oder erlernten Gesundheitskompetenzen.

Im Folgenden soll ein Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ entwickelt werden. Nutzer des Gesundheitswesens nicht eindimensional zu betrachten, sondern im Sinne des vorangestellten Zitats von Michael Edwards als vielschichtige Persönlichkeiten, bietet den Vorteil, Anforderungsbündel im Versorgungsgeschehen des Gesundheitswesens differenzierter analysieren zu können. Hieran ansetzend kann eine Gesundheitspolitik, die die Vielschichtigkeit von Nutzern und Nutzungskontexten „versteht“, effektiver intervenieren. Gleiches gilt für Nutzerorganisationen, die auf der Suche nach geeigneten Unterstützungsangeboten und -zugängen sind. Zunächst werden entlang dieser einleitender Überlegungen die Ursachen der Pluralisierung von Nutzerrollen skizziert; anschließend werden grundsätzliche Begründungen für ein Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ zusammengetragen (vgl. Abschn. 5.2) und vor dem Hintergrund verwandter sozialpolitischer Diskurse diskutiert (vgl. Abschn. 5.3). Der Darstellung des Forschungsstandes zur Figur des Nutzers im Gesundheitswesen (vgl. Abschn. 5.4) folgt die Darlegung des dieser Arbeit zugrunde liegenden Spektrums an Identitätsdimensionen von Nutzern (vgl. Abschn. 5.5). Ferner wird erörtert, welche Identitätsdimensionen in Realkonflikten innerhalb des deutschen Gesundheitswesens zum Tragen kommen (vgl.

Abschn. 5.6). Ein Zwischenergebnis bettet die gewonnenen Erkenntnisse in den Forschungsrahmen der Arbeit ein (vgl. Abschn. 5.7).

Bestand die Herausforderung, bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen verschiedene Identitätsdimensionen zu mobilisieren, nicht zu jeder Zeit? Die Frage führt zurück zu sozialpolitischen Leitbildern. Auszumachen ist auch im Gesundheitswesen eine Reformulierung der Begründungsmuster und Wirkungsabsichten von Sozialpolitik (vgl. Kap. 1). Ökonomische, sozialinvestive und aktivierende Perspektiven und Elemente dominieren zunehmend die konkrete Ausgestaltung von sozialpolitischen Programmen und Leistungen (vgl. Evers 2008: 231 ff.). Moderne Sozialpolitik ist als multi-dimensionale Querschnittsaufgabe zu begreifen, die viele Interventionsformen und -instrumente sowie Steuerungsziele kennt. Im Bereich des Gesundheitswesens spiegelt sich die Parallelität von Zielen in der Betonung des wirtschaftlich produktiven Charakters von gesundheitsnahen Diensten, Produkten und Leistungen wider, wie dies im Begriff der Gesundheitswirtschaft deutlich wird. Die Legitimität von Investitionen in die Gesundheitsversorgung basiert auf der Annahme ihrer positiven Effekte für eine wachstumsorientierte Gesundheitswirtschaft (vgl. Heinze 2006: 197 ff.), statt lediglich auf traditionellen sozialpolitischen Kriterien, wie verbrieften Leistungsansprüchen und kollektiver Mitsprache in einem solidarisch organisierten Gesundheitswesen. Wie in den Abschnitten 3.1 und 3.2 dargestellt wurde, gewinnen zwei Steuerungsprinzipien an Bedeutung: einerseits die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen, d. h. die Schaffung von markttypischen Wahlmöglichkeiten innerhalb der GKV sowie auf privaten, konsumorientierten Gesundheitsmärkten, andererseits wird die öffentliche Gesundheitsversorgung ökonomisiert – u. a. durch prospektiv vereinbarte Budgets, Fallpauschalen, Kosten-Nutzen-Evaluationen und die Standardisierung und Industrialisierung von Leistungen. Das Gesundheitssystem und insbesondere die von Nutzern wahrgenommene Leistungsebene sind somit von konfligierenden Rationalitäten durchzogen: Neben die solidarischen Grundprinzipien der GKV treten Marktmechanismen, wie Anbieter- und Vertragswettbewerb, und Effizienzkriterien in der Leistungserbringung. Die Inkorporation und Aufwertung von dem klassischen korporatistischen Gesundheitssystem fremden und weniger dominanten Steuerungselementen evoziert eine Neuausrichtung der intermediären Akteure des Gesundheitswesens.

Warum handelten in der Vergangenheit Ärzte und Krankenkassen vorrangig ihrer professionellen Standards und bürokratischen Logik zufolge? Bis Anfang der 1990er Jahre ließen sich im Gesundheitswesen relativ stabile sektorale Grenzen ausmachen. Die Gesundheitspolitik

verzichtete, den Prinzipien einer solidarischen Krankenversicherung folgend, weitestgehend darauf, Leistungen markttypisch anzubieten; zugespitzt formuliert wirkte vor allem die Rationalität der Umverteilung bzw. Zuteilung von Leistungen und Mitteln, auf die jeder versicherter Rechtsbürger im Bedarfsfall Anspruch hatte. Die medizinischen Professionen fungierten ihrerseits als privilegierte „Vollzugsbeamte“ dieses staatlichen „Schutzdispositivs“ (Kaufmann 2005: 17), wobei der Ausgabenseite des professionellen Handelns wie auch der Einbeziehung der Patienten und Klienten eine untergeordnete Rolle zukam. Ähnliches galt für die GKV-en, deren staatlicherseits zugewiesene Aufgabe sich auf Kostendeckung des Leistungsgeschehens beschränkte.

Gleichwohl kannte das traditionelle Rollen- und Aufgabengefüge Abweichungen (vgl. in Bezug auf Ärzte: Hillebrand 2008: 85–97): Z. B. spezialisierten sich Ärzte auf neue Fachgebiete und teilten Regionen so untereinander auf, dass das wirtschaftliche Einkommen langfristig gesichert blieb; ebenso brachte das Recht auf freie Arztwahl Patienten und Versicherte seit jeher in eine Position, in der sie direkten Einfluss auf die Art und den Ort der Leistungserbringung ausüben konnten. Das Bestehen dieser Ausnahmereiche änderte indes nichts an den dominierenden Rollenmustern; zumindest war ihre reale Bedeutung zu gering, um signifikante Schnittmengen zwischen den Berufsbildern von Ärzten und Unternehmern sowie Managern identifizieren oder Patienten als Konsumenten auf Gesundheitsmärkten betrachten zu können. Mit der Verschränkung von gesundheits- und wirtschaftspolitischen Zielen sowie der Anwendung managerieller Logiken in der Gesundheitsversorgung (vgl. u. a. Gerlinger/Stegmüller 2009; Rothgang/Preuss 2008) verlor die Ebene der Leistungserbringung und -inanspruchnahme ihre Sonderstellung. Diese bestand lange Zeit gewissermaßen in der Immunisierung vor nicht-medizinischen Prinzipien – d. h., Maximen, die nicht im Dienst der Patientenfürsorge standen und sich nicht durch professionelle Standards begründen ließen, hatten keinen (spürbaren) Einfluss auf das Arzt-Patient-Verhältnis.

Vor dem Hintergrund komplexerer Anforderungen passen Gesundheitsprofessionen, Krankenhäuser, aber auch Krankenkassen ihr Profil den veränderten Realitäten des Gesundheitswesens an. Dies zeigt sich in einer Pluralisierung der Handlungslogiken und -felder: Ärzte werden aufgefordert, ökonomisch und unternehmerisch zu agieren, z. B. durch die Einhaltung strikter Budgetvorgaben und durch Bereitstellung innovativer Angebote, wie selektive Versorgungsleistungen für chronisch kranke Patienten oder etwa durch Schaffung von „Versorgungsketten aus einer Hand“ in netzwerkbasierten MVZ (vgl. Munte/Froschauer 2008). Paral-

lel dazu rücken die Praktiken der ärztlichen Leistungserbringung in den Fokus. Als Voraussetzung medizinisch erfolgreicher (aber auch ökonomisch effizienter) Behandlungen werden partnerschaftliche Interaktionsmuster zwischen Arzt und Patient gesehen (vgl. Edwards 2009; Kremer/Tonkens 2006). Ärzte übernehmen hier idealtypisch die Funktion von „*switchboards and enablers*“ (Kuhlmann 2006: 8), die den Wandel hin zu einer nutzerorientierten und einer auf mehr Eigenverantwortung basierenden Gesundheitsversorgung vorantreiben und gesellschaftlich vermitteln sollen.

Krankenkassen passen ihr Aufgabenprofil dahingehend an, dass sie ihr ursprüngliches Image als Bürokratien gemäß den Charakteristika moderner Dienstleistungsunternehmen erneuern. GKVen nehmen direkten Einfluss auf die Leistungsebene, indem sie Selektivverträge mit Leistungserbringern schließen, die sich exklusiv an bestimmte Versichertengruppen richten. Des Weiteren ko-finanzieren Krankenkassen Angebote zur Gesundheitsprävention (z. B. in Kooperation mit Sportvereinen, Fitnessstudios und Reiseveranstaltern), konzipieren Bonusprogramme (vgl. Scherenberg/Greiner 2008) und entwickeln neue Strategien der Information und Beratung von Versicherten (Hanker/Vauth/Schulenburg v. d. 2008). In Anlehnung an Forschungsergebnisse zu sozialen Dienstleistungsunternehmen (vgl. Evers/Laville 2004; Brandsen/Donk, van de/Putters 2005) ist eine Hybridisierung des professionellen Rollenbilds von Ärzten und des organisatorischen Profils von Krankenkassen zu beobachten. Hierbei verändert sich die relative Gewichtung der Handlungsprinzipien. Ferner kommt es zu einer Öffnung für neue Logiken und Rationalitäten (vgl. Evers/Ewert 2010: 120). Mit der Erosion einer „monolithisch“ (Abschn. 7.2.7, Interview 6/532⁶⁷) organisierten Gesundheitsversorgung, in der Rollen und Aufgaben von Professionen und Kostenträgern sowie Ansprüche von Leistungsempfängern weitestgehend einheitlich definiert waren, und der Entstehung von „Grauzonen [...] einer für manche gewiss noch recht unsortierten, bunt schillernden Neuinszenierung der zweifellos hochentwickelten Möglichkeiten des Gesundheitswesens“ (Kray 2011: 7) pluralisieren sich gleichzeitig die mit der Figur des Nutzers assoziierten Charakteristika. Nutzer werden nicht länger als in ihren Bedürfnissen und Interessen einheitliches Kollektiv adressiert, sondern in differenzierten Rollen angesprochen, gefördert und in die Pflicht genommen.

Gerd Billen (2009: 93 f.), Vorsitzender des vzbv, kommentierte die Komplexität der gewandelten Ausgangssituation unlängst wie folgt:

⁶⁷ Nachfolgend sind Bezugnahmen auf verschriftlichte Experteninterviews nur mit Kennungen dieser Art versehen; auf den Zusatz „Interview“ ist verzichtet.

„Die Verbraucher nehmen in diesem System ständig neue Rollen an. Gegenüber den Versicherungen sind sie Beitragszahler, beim Arzt Patienten oder gelegentlich auch Kunden, etwa bei den sogenannten „individuellen Gesundheitsleistungen“. Gibt es Krankengeld, werden sie Leistungsempfänger, in der Apotheke sind sie Kunde.“

Die entstandene Pluralität von Rollenzuweisungen an Nutzer im Gesundheitswesen erfährt Unterstützung durch langfristige Individualisierungs-, Säkularisierungs- und Modernisierungsprozesse. Der Erfolg staatlicher Sozialpolitik – „*the welfare state having helped produce consumerism, through investment in education, health, employment and poverty relief*“ (Baldock 2003: 66) – manifestiert sich demnach in selbstbewussteren und anspruchsvolleren Nutzern. Indizien für diese Entwicklung sind u. a.: informierte Patienten, die behandelnden Ärzten (teilweise) „auf Augenhöhe“ begegnen, die Einforderung von Transparenz und Qualität, die Bewertung medizinischer Leistungen sowie die wachsende Bereitschaft des Einzelnen, in „mehr Gesundheit“ zu investieren. „Gesundheitliche Versorgungssicherheit“ hieß noch in den 1950er Jahren für die Mehrheit der Bevölkerung, prinzipiell Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern zu haben. Überspitzt formuliert wurden die Leistungen im Bedarfsfall in Demut und Dankbarkeit in Anspruch genommen. Ein halbes Jahrhundert später werden Teilhabe und Nutzung qualitativ hochwertiger öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen als selbstverständliches soziales Recht erachtet – quasi als natürliches Äquivalent zum Wahlrecht (vgl. Crouch 2008: 104 f.). Die garantierte medizinische Grundversorgung erweiterte die persönliche Freiheit im Umgang mit Gesundheitsleistungen, was seinerseits zu Kritik an (überholten) Machtstrukturen und Mitbestimmungsansprüchen hinsichtlich tradierter Versorgungsformen innerhalb des Gesundheitswesens führte und Patienten zum Zusammenschluss in „Betroffenenengemeinschaften“ (entlang von Krankheitsbildern) motivierte. Die *Emanzipation* von Nutzern – als gleichermaßen gesundheitspolitisch interessierte Bürger sowie mündige Patienten, Koproduzenten von Gesundheitsleistungen und Gemeinschaftsmitglieder in informellen Unterstützungsnetzwerken – ist demnach auch als sozialpolitisch geförderter Emanzipations- und Entwicklungsprozess zu verstehen.

Wie in Abschnitt 3.4 gezeigt wurde, veränderte sich das Verhältnis zwischen medizinischen Leistungserbringern und Nutzern darüber hinaus maßgeblich durch einen gesellschaftlich induzierten Wandel: Medizinisches Wissen verliert an Exklusivität, neue Leitbilder der Arzt-Patient-Interaktion entstehen; zudem werden wissensbasierte Einbeziehung, eigenständige

Wissensgenese und individuellen Mitverantwortung von Patienten zunehmend zur Therapievoraussetzung.

Von einem strukturellen Pluralismus zur realen Dominanz von Nutzerrollen

Wie eingangs dieses Kapitels erläutert, ist es für die Analyse ein Gewinn, die Nutzerfigur als Vernetzung von multiplen Identitäten zu verstehen. Gleichwohl gilt es, reale Diskurse und Nutzungsarrangements auf dominante und sozial erwünschte Nutzerbilder hin zu untersuchen. Dabei zeigt sich, dass die Entstehung multipler Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen und die selektive Adressierung bestimmter Nutzertypen, wie die des *mündigen Patienten* oder des *souveränen Konsumenten*, kein Widerspruch ist. Analog zur Figur des mündigen Patienten (vgl. Dieterich 2006: 9 ff.) umfasst auch die Bezeichnung „multiple Nutzeridentitäten“ heterogene Konzepte. Die verschiedenen Lesarten teilen lediglich die Gemeinsamkeit einer dezidierten Nutzerorientierung, d. h., sie richten sich an Adressaten des Gesundheitswesens und rücken deren Interessen, Handlungen, Bedürfnisse und Selbstverantwortung in den Mittelpunkt. Hingegen werden in beiden Begriffen Machtstrukturen im Gesundheitswesen zunächst einmal ausgeblendet. Der Kern des Konzepts „multipler Nutzeridentitäten“ ist die strukturelle Pluralität von Nutzern und Nutzerhandeln. Dass tatsächliche Identitätsausprägungen das Ergebnis realer Aushandlungsprozesse und von Rollenkonflikten sind, ist für die theoretische Aufspaltung der Nutzerfigur erst einmal zweitrangig.

In der realen Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsarrangements durchdringen sich beide Dimensionen. Dies kann mit Giddens' (1992: 34) Theorem der „Dualität von Struktur“ erklärt werden (vgl. Abschn. 1.6). Den strukturell vermacheten Handlungsrahmen bilden hier die Gesundheitspolitik sowie die institutionelle Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Nutzer sind in ihrer Handlungsfreiheit und ihren Verwirklichungschancen abhängig von den Institutionen des ihnen zur Verfügung stehenden Gesundheitssystems. Die Möglichkeit des vollständigen Exits aus dem öffentlichen Gesundheitswesen und dessen Leistungen ist nicht gegeben; es sei denn, Nutzer „*leave the community by which they provided*“ (Hirschman 1970: 100). Ein derartiger Rückzug ist in Deutschlands seit der Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht 2007 unmöglich (vgl. Bode 2008: 204).

Anbieter (öffentlicher) Gesundheitsleistungen präformieren das Gesundheitswesen „*by producing public goods or public evils*“ (Hirschman 1970: 104). Hiervon gehen auch für diejenigen Nutzer, die keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, Effekte hinsichtlich der Ein-

bettung in eine bestimmte kulturell imprägnierte medizinische Versorgungskultur aus. Von strukturell präformierten Handlungsräumen und Beziehungsmustern – wie etwa dem Verhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten oder der Arzt-Patient-Interaktion – leiten sich explizite Rollenzuschreibungen und Aktivierungsanrufungen an Nutzer ab. Bspw. umwerben Versicherungen Zielgruppen als potentielle Konsumenten, die rational und souverän maßgeschneiderte Versorgungspakete auswählen sollen. Ärzte erklären gemäß dem Leitbild der gemeinsamen Entscheidungsfindung (SDM) Patienten zu Partnern im Behandlungsprozess, d. h., sie setzen zunehmend die Kompetenz und die Bereitschaft voraus, medizinische Entscheidungen (mit) zu treffen. Die „Dualität der Struktur“ im Gesundheitswesen verdeutlicht die Diskrepanz zwischen äußeren Rollenzuschreibungen und tatsächlichem Nutzerhandeln. Welche Handlungsmotive Nutzer innerhalb der GKV tatsächlich geltend machen, ist nicht vorherzusagen. Giddens spricht in diesem Zusammenhang von der individuellen Freiheit, vorgefundene Handlungsrahmen selbstbestimmt durch kreative Nutzerpraktiken zu transformieren. Dies setzt sowohl ein individuelles Vermögen an Fähigkeiten (*capabilities*) als auch die Bereitschaft zum Handeln (*agency*) voraus (vgl. Abschn. 5.2.2; Lamla 2003: 51 f.). Inwieweit sich Handlungsrahmen real transformieren lassen, hängt jedoch maßgeblich von deren Vermachtung und den in ihnen wirksamen Leitbildern ab. Für den Bereich der GKV bedeutet das: Adressieren Krankenkassen Nutzer vorrangig als clevere Konsumenten, sind schutzbedürftige Versicherte, die sich ein fürsorglicheres Versicherungssystem wünschen, systemisch benachteiligt.

Die Unterscheidung zwischen rollenspezifischen Verhaltenszuschreibungen, die in realen Versorgungskontexten dominieren, und tatsächlichen Handlungsmotiven von Nutzern ist für das Verständnis multipler Nutzeridentitäten zentral. Der Spielraum an potentiellen Handlungsoptionen für Nutzer erschließt sich erst, wenn die strukturelle Pluralität von Identitätsmerkmalen beim Individuum selbst ansetzt. Im Folgenden werden daher philosophische und demokratiepolitische Begründungen für ein Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ erörtert. Das Problem der strukturellen Vermachtung des Gesundheitswesens und der selektiven Adressierung von bestimmten Nutzertypen wird in Abschnitt 5.6 erneut aufgegriffen.

5.2 Ursprünge multipler Nutzeridentitäten

Individuen pluralistisch zu begreifen, anstatt monistisch und „monolithisch“, d. h. als in ihrer Identität, ihren Denk- und Verhaltensweisen, Interessen und Bedürfnissen nicht auf einheitliche Muster beschränkt, erscheint unmittelbar plausibel. Walzer (1996: 58) sieht in der Aner-

kennung „verwickelte[r] Lebenspläne, in denen das Selbst sich sozusagen in die Sphären teilt“ eine konstitutive Voraussetzung für eine gerechte Gesellschaft, die z. B. Arbeit nach einem anderen Modus verteilt als gesundheitliche Hilfe. Gefragt nach formalen und emotionalen Zugehörigkeiten, nennen Menschen i.d.R. spontan mehr als nur eine Gruppe, Assoziation etc. Amartya Sen beschreibt die Existenz pluraler Zugehörigkeiten anschaulich in *Die Identitätsfalle* (2007: 33 f.), indem er für sich persönlich 16 identitätsstiftende Kategorien identifiziert. Die relative Bedeutung einzelner Zugehörigkeiten ist abhängig von verschiedenen Kontexten und Situationen, wobei der Mensch jeweils selbst entscheidet, „welche Bedeutung er den verschiedenen Zugehörigkeiten beimißt“ (ebd.: 44).

Wie ist die vermeintliche Selbstverständlichkeit multipler Identitäten innerhalb eines Individuums philosophisch zu begründen und wie lässt sich die Koexistenz kontrastierender Identitäten, d. h. hinsichtlich ihrer Rationalitäten und sozialer Praktiken konträrer Zugehörigkeitsmuster und deren wechselseitige Verschränkung, erklären? Im Folgenden werden zunächst Anknüpfungspunkte vorgestellt, die auf die politisch-philosophische Theorie des Pragmatismus zurückgehen. Daran anschließend werden die bereits in Kapitel 1 eingeführten Begriffe *capability* und *agency* erneut aufgegriffen und in den Kontext multipler Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen gestellt.

Grundannahmen des philosophischen Pragmatismus

Nutzer von Gesundheitsleistungen sind ebenso wenig ausschließlich hilfsbedürftige Patienten wie lediglich Vertreter des Homo-oeconomicus-Modells: „Die These der singulären Zugehörigkeit erscheint angesichts der ständigen Präsenz verschiedener Kategorien und Gruppen, denen man angehört, wenig plausibel“ (ebd.) – doch wie sind multiple Identitätsdimensionen und Handlungsoptionen theoretisch zu erklären? In Bezug auf praktische Politik (hier die Gesundheitsversorgung) anschlussfähige Antworten hält die philosophische Konzeption des Pragmatismus bereit. Wesentliche Kernelemente pragmatischen Denkens werden im Folgenden erläutert, wobei aus forschungspragmatischen Gründen nur ein cursorischer (zwangsläufig unvollständiger) Einblick in die Philosophie des Pragmatismus gegeben werden kann.

Schubert charakterisiert den Pragmatismus in seinem Band *Innovation und Ordnung*⁶⁸, der für die folgenden Ausführungen maßgeblich sein soll, als eine „Philosophie des UND“, die monistische bzw. statische Weltbilder und Handlungstheorien ablehnt (2003: 31). Ausgehend

⁶⁸ Die Studie trägt den konzeptionellen Untertitel: *Grundlagen einer pragmatischen Theorie der Politik*.

von einer prinzipiell heterogenen und offenen Realität ist der Pragmatismus als eine konstruktive Suchbewegung in Permanenz zu verstehen, in der immer wieder aufs Neue mit den vorgefundenen gesellschaftlichen Gegebenheiten kompatible Verbesserungsansätze entworfen und erprobt werden (ebd.: 19). In der Perspektive des Pragmatismus existieren Wirklichkeiten nur föderativ, d. h. als vernetzt zu denkende Teilwirklichkeiten. Anhand des Gesundheitswesens ist diese Einsicht anschaulich zu exemplifizieren: Hier lassen sich einerseits unterschiedliche, den Grad der individuellen Einbindung präformierende, Teilsegmente ausfindig machen, wie Gesundheitspolitik, Krankenversicherungsschutz, ambulante und stationäre Versorgung, Prävention und gesundheitliche Aufklärung oder auch der Pflegebereich. Andererseits existiert eine Vielzahl konfligierender Akteure und Interessen, angefangen bei staatlicher Steuerpolitik, Ärzten und Krankenhäusern, Krankenkassen, Unternehmen der pharmazeutischen Industrie, Nutzer- und Patientenorganisationen bis hin zum versicherten Bürger (vgl. Abb. 5). Der sich hieraus ergebende *Pluralismus* an Handlungsräumen und Beziehungsdimensionen, um ein Kernelement des Pragmatismus aufzugreifen, schafft innerhalb des Gesundheitswesens nebeneinander existierende Teilwirklichkeiten, in denen jeweils eigene Rationalitäten dominieren.⁶⁹

Angesichts der Koexistenz pluraler Wirklichkeiten bestehen im Gesundheitswesen, wie in den übrigen Lebenswelten auch, multiple „Möglichkeiten der Verknüpfung von ‚Einzelnen‘ [hier: Politik, Ärzten, Krankenkassen, Unternehmen, Patientenorganisationen und Nutzer, B. E.] zu Konfigurationen von immer Neuem, Werdendem, Innovativem“ (ebd.: 34). Beziehungs- und handlungsstrukturierende Rationalitäten sind demnach als innerhalb eines mehrdimensionalen Spannungsfeldes zu denken, in dem es (situativ bedingte) Überlagerungen und Überlappungen von Akteursinteressen ebenso gibt wie Widersprüche und Unvereinbarkeiten. In einer pragmatischen Perspektive lässt sich diese inhärente Vielfalt an (assoziativen) Beziehungen, Handlungsoptionen sowie an einzelne Relationen prägenden Rationalitäten innerhalb multidimensionaler Handlungsräume wie folgt zusammenfassen (ebd.: 50): „In modernen Gesellschaften werden Individuen kaum mehr in einer Bezugsgruppe sozialisiert, sondern entwickeln ihr ‚self‘ in einer Vielzahl von Bezügen und Situationen, wobei sie mit unterschiedlichen, z. T. auch konfligierenden Rollen und Anforderungen konfrontiert werden.“

⁶⁹ Steuerungspolitisch zentral ist in der Gesundheitspolitik sicherlich das ökonomische Prinzip (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009). Die Frage der Effizienz und Eindämmung von Kosten konturiert das Binnenverhältnis zwischen Staat und korporatistischen Akteuren, aber auch Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern (vgl. Abschn. 3.2). Die hier erzeugte, rationalistisch imprägnierte, Wirklichkeit des Gesundheitswesens spiegelt gleichwohl nur *eine* (partikuläre) Wahrnehmung wider.

Mead traf in diesem Zusammenhang bereits in den 1920er Jahren folgende lakonische Feststellung (ebd.: 51): „*A multiple personality is in a certain sense normal.*“ Die Anerkennung multipler, d. h. paralleler, sich überlappender („intersubjektiver“) Sozialisationsmuster innerhalb eines Individuums führt allerdings erst dann zu einer pragmatischen Handlungsstrategie, wenn Individuen eine relationale und selbstreflexive Haltung in den mannigfaltigen Beziehungen zu ihrer Umwelt einnehmen. Hierunter ist die menschliche Fähigkeit zu verstehen, flexibel, konstruktiv und anhand eigener Wertmaßstäbe, anstatt nur reaktiv, mit äußeren Strukturen und Anforderungen umzugehen. In Übereinstimmung mit Giddens' Vorstellung der „Dualität von Struktur“ wird auch in der pragmatischen Denkschule die grundsätzliche Handlungs- und Gestaltungsfreiheit von Menschen in Hinblick auf vorstrukturierte gesellschaftliche Handlungsräume betont. Individuelles Handeln ist zwar „nicht ‚frei von‘ den konkreten Bedingungen und Beziehungen denkbar“ (ebd.: 35) – gleichwohl ist es möglich, je nach Kontext unterschiedliche Aspekte der eigenen „vernetzten“ Identitäten geltend zu machen.

Der skizzierte Pluralismus an koexistierenden und konfligierenden Wirklichkeiten, in denen kollektive Akteure und Individuen relational und kontextuell assoziiert und vernetzt sind⁷⁰, erzeugt eine kontinuierliche evolutionäre Dynamik. Dabei gilt: „Agent und Motor dieser Veränderungen ist immer das Individuum“ (ebd.: 91). Die pragmatische Philosophie – hier liegt Anknüpfungspotential für reale Politik – kombiniert einen dynamischen und prozessualen Handlungsbegriff mit einer mehrdimensionalen Vorstellung des demokratischen Individuums. Treffen unterschiedliche Akteure aufeinander, entstehen Kontingenzen, d. h. „Hemmnisse und Widerstände“ (ebd.: 68), die im Sinne des Pragmatismus Ausgangspunkt von dynamischen und offenen, an Handlungswissen und -erfahrungen orientierten, Lösungen sein können.

⁷⁰ Auf die Notwendigkeit, den vorhandenen Pluralismus in modernen Gesellschaften anzuerkennen, weist im Kontext einer philosophischen Begründung des Subsidiaritätsprinzips auch Kallscheuer (2008: 10, Hervorh. i. Orig.) hin: „*Never underestimate the de facto pluralism in modern societies – especially at the bottom of the overlapping and competing social, political, functional hierarchies of society.*“

Exkurs B: Pragmatisches Handeln am Beispiel von DMP

Chronisch kranke Patienten, als dauerhafte Nutzer des Gesundheitswesens, sind an einer hohen Versorgungsqualität interessiert (vgl. Elkeles et al. 2008). Demgegenüber sind Krankenkassen, als ökonomisch-rationale Akteure, per se keine Fürsprecher von medizinisch kostspieligen Versorgungsleistungen für Chroniker. Gleichwohl besteht die Möglichkeit – u. a. durch Intervention von Politik, Nutzerorganisationen oder Chronikern selbst – GKVen stärker für bestimmte chronische Krankheitsbilder und neue Versorgungsmodelle zu sensibilisieren. Idealerweise geschieht dies durch die Entwicklung von sogenannten „strukturierten Behandlungsprogrammen“, an deren Ausgestaltung die Betroffenen von vornherein mitwirken. Pragmatisches Handeln zeigt sich am Beispiel interaktiv konzipierter Disease-Management-Programme (DMP) (vgl. Abschn. 3.2.2) u. a. in der Bereitstellung von Beratungs- und Schulungsangeboten. Gleiches gilt für (integrierte) Versorgungsprogramme, die Betroffenen den Zugang zu miteinander kooperierenden, etwa auf Diabetes spezialisierten, Ärzten erleichtern und jährliche Vorsorgeuntersuchungen bonifizieren (vgl. Graf/Ullrich/Marschall 2008: 29). Aus Sicht der GKVen besteht „Grund zur Annahme, dass DMP-Versicherte kurz-, mittel- und langfristig deutlich wirtschaftlicher versorgt werden“ (ebd.). Dieses Ziel verlangt jedoch von Krankenkassen und Chronikern eine dezidiert pragmatische Grundhaltung – gerade wegen der äußerst inkongruenten Interessenlage: Beide Seiten müssen zur Selbstreflexion bereit sein, d. h. das eigene Handeln und die dahinter stehenden Rationalitäten „von außen“ betrachten. Ferner gilt es, die Wert- und Handlungsmotive des Gegenübers zu akzeptieren und in der eigenen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. In DMPs setzt dies einerseits informierte und alerte Krankenkassen voraus, die eine Vorstellung hinsichtlich der „Dauerkrise“ (Schaeffer 2004: 27) und der Notwendigkeit einer permanenten Neujustierung der medizinischen Versorgung von chronisch kranken Patienten haben. Andererseits wird Chronikern (d. h. auch ihren Angehörigen und sie vertretenden Nutzerorganisationen) ein hohes Maß an Gesundheitssystemwissen sowie Entwicklung eines Bewusstseins für die Kosten medizinischer Leistungen abverlangt. DMP stehen somit für den Versuch eines pragmatischen Handelns im Gesundheitswesen: Sofern DMP als lernende Systeme konzipiert werden, beabsichtigen sie, gewissermaßen „kontingente Ereignisse“ (Schubert 2003: 71) – das Aufeinandertreffen von i. d. R. mehrfach erkrankten Patienten und medizinischen Versorgungsstrukturen – in „zukunftsfähige Lösungen“ (ebd.) zu transformieren. Eine experimentelle Herangehensweise bedeutet, bezogen auf DMP, diese auch dann zu re-konzipieren, wenn teilnehmende Chroniker Qualitätsverschlechterungen rückmelden – z. B. die Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zum Hausarzt, aufgrund eines als unangemessen wahrgenommenen Drucks, die vorgegebenen Behandlungsziele einzuhalten, – oder aber eigene Verbesserungsmöglichkeiten einbringen, wie etwa die Integration von psychosozialen Versorgungsangeboten in bestehende Programme. Letzteres geht allerdings u. U. mit einem Anstieg der Versorgungskosten für Krankenkassen einher und ist somit ein Wettbewerbsnachteil, denn bis dato gilt: „Grundsätzlich haben nur DMP eine Überlebenschance, die kosteneffektiv sind.“ (Straub/Dietrich 2008: 33).

Pragmatisches Handeln ermöglicht grundsätzlich ein „Denken in Möglichkeitsräumen“ (ebd.: 93), in denen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeiten, Interessen, Bedürfnisse und Motive heterogene Persönlichkeiten mehrere Handlungsoptionen und -alternativen zu Verfügung stehen. Die relative Freiheit des Einzelnen, sein Umfeld an sozialen Versorgungsarrangements gemäß eigenen Wertvorstellungen aktiv mitzugestalten und zu nutzen, wird im Folgenden anhand des Capability-Ansatzes (CA) von Sen weiter ausgeführt.

Verwirklichungschancen und persönliche Kompetenzen

Unter welchen Bedingungen kann das im vorherigen Abschnitt beschriebene Potential an pragmatischen Problemlösungen und Innovationen von Nutzern realisiert werden? Der hieraus entstehenden Handlungsdynamik vorgeschaltet ist die bereits im demokratischen Individualismus des Pragmatismus zum Ausdruck kommende Überzeugung, dass Menschen zu jeder Zeit die Autoren ihres Lebens sind (sein sollen). Die Freiheit, über die Art und Weise sowie die Ziele der eigenen Lebensführung zu entscheiden, setzt allerdings voraus, dass Individuen über ausreichend Verwirklichungschancen im Sinne realisierbarer Handlungsoptionen verfügen: *„The freedom to lead different types of life is reflected in the person’s capability set.“* (Sen 1993: 33) Auch Sens CA ist somit an der Pluralität individueller Möglichkeiten der Lebensgestaltung – im Sinne *„alternative combinations of things a person is able to do or be“* (ebd.: 30) – ausgerichtet.⁷¹ Grundsätzlich zwischen verschiedenen Handlungsoptionen wählen zu können, erachtet Sen (1999: 75) als eine Freiheit sui generis: *„Capability is thus a kind of freedom: the substantive freedom to achieve alternative functioning combinations (or, less formally put, the freedom to achieve various lifestyle).“*

Sens Fokus richtet sich daher explizit auf Verwirklichungschancen (*capabilities*) – „sämtliche tatsächlich möglichen Handlungen und Zustände, für die sich eine Person mit guten Gründen entscheiden kann“ (Abel/Schori 2009: 53) – von Menschen innerhalb der sozialen Arrangements, in die sie eingebettet sind. Real herbeigeführte Handlungen und Zustände bezeichnet Sen (1993: 31 f.; 1999: 75) als *„functionings“*, die „in Abhängigkeit von eigenen Lebensplänen und Präferenzen ausgewählt werden“ (Arndt/Volkert 2006: 9). Plurale Zugehörigkeiten und Identitäten innerhalb pluralistisch organisierter Gesellschaften und individuelle Vorstellungen von Lebensqualität werden hier als konstitutive und unabdingbare Aspekte individuel-

⁷¹ Sen weist Freiheit somit einen intrinsischen Wert zu. Vgl. hierzu auch Scholtes (2005: 25): „Der CA erweitert also den Wert der faktischen Handlungsergebnisse um den Eigenwert der Freiheit, denn er will berücksichtigen, dass Menschen, die zu etwas frei sind, auch die Freiheit selbst – jenseits ihrer instrumentellen Verwendung – schätzen.“

ler Freiheit erachtet (vgl. Sen 1999: 13 ff.; 2007: 33 ff.; 2009: 225 ff.). Sens „breite“ Sichtweise auf Identitäten von Individuen stößt aber auf Kritik. So stellen Teschl und Derobert (2008: 127) fest: „*People may have multiple identities, but they do not see themselves as multiple identities.*“ Den Autoren zufolge bedarf es einer Unterscheidung in *social*, durch Zugehörigkeiten und soziale Umwelten geformte Identitäten, und reflexiv entlang individueller Lebensvorstellungen erzeugter *personal identities*. Letztere Identitätsdimension hat für die Autoren Vorrang, weil sie das eigene „Ich“ prägt und stabilisiert (ebd.: 136): „*The aim of a person is not to choose different social identities but to create or to choose her own personal identity.*“

In Hinblick auf die öffentliche Gesundheitsversorgung hebt eine an persönlichen Verwirklichungschancen orientierte Sichtweise vor allem die damit verbundene Freiheit hervor, gesundheitliche Versorgungsangebote nach eigenen Überzeugungen zu nutzen: „*The importance of having some kind of a guarantee of basic healthcare is primarily concerned with giving people the capability to enhance their state of health. If a person has the opportunity for socially supported healthcare but still decides, with full knowledge, not to make use of that opportunity, then it could be argued that the deprivation is not as much of a burning social concern as would be the failure to provide the person with the opportunity of healthcare.*“ (Sen 2009: 238)

Soziale Arrangements – hier ein öffentliches Gesundheitswesen – versorgen Menschen mit Verwirklichungschancen. Gleichwohl liegt die Nutzbarmachung (Aktivierung) gesellschaftlich vorhandener Handlungsoptionen in der Verantwortung der Individuen; sie *können* diese ergreifen, um multiple Identitäten und eigene Wertvorstellungen zur Geltung zu bringen. Anschließend an die Vorstellung des Pragmatismus von grundsätzlich unbegrenzten Interaktions- und Assoziationsmöglichkeiten des Einzelnen innerhalb plurale Handlungsräume stellt sich die Frage: Wie funktioniert die Umsetzung von Handlungsoptionen sowie persönlichen Vorstellungen von Lebensqualität prozessual? Welche „gesellschaftlichen Umwandlungsfaktoren“ (Arndt/Volkert 2006: 10) sind bei der Realisierung von Verwirklichungschancen von Relevanz? Grundlegend erscheint Sens (1999: xii) Einsicht: „*There is a deep complementarity between individual agency and social arrangements.*“ Danach ist die Erweiterung der persönlichen Freiheit ein „soziales Produkt“, das durch das permanente Wechselspiel nutzungs-freundlicher sozialer Arrangements und das reale, auf strukturelle Verwirklichungschancen bezogene, Nutzerhandeln von Individuen entsteht (ebd.: 31).

Um ein Wirkungsverständnis von Gelegenheitsstrukturen, die Menschen kontinuierlich Chancen bereithalten, „*various combinations of functionings that we can compare and judge against each other*“ (Sen 2009: 233), zu erlangen, gilt es, das Wechselverhältnis von *individual agency*⁷² und *social arrangements* genauer zu betrachten (vgl. Wendt 2010: 23 f.). Materielle Ressourcen, wie Wohlstand und gesellschaftlich distribuierte Sozialleistungen, sind hierbei ein „hinreichender Grundstock“ (Abel/Schori 2009: 53) zur generellen Genese von Verwirklichungschancen. Für die Wahrnehmung von Chancen ist ein Freiheitsverständnis, das allein auf materielle Grundsicherung von Menschen gründet, jedoch unzureichend; entscheidend für „*the agency role of the individual*“ (Sen 1999: 19; vgl. Abschn. 1.6) sind ebenfalls persönliche Kompetenzen – z. B. „aktives, zielgerichtetes und wertbasiertes Streben“ (Abel/Schori 2009: 54) – anhand derer selbstgewählte Lebensstile⁷³ verwirklicht werden können, sowie „spezifische Kontextbedingungen“ (ebd.), d. h. die konkrete Beschaffenheit sozialer Arrangements, die individueller *agency* „Spielraum“ (Wendt 2010: 24) verleihen können. Sen (2009: 253) bettet seinen Ansatz somit bewusst in einen größeren Zusammenhang ein und entkoppelt diesen von der Sphäre der Ökonomie: „*The capability approach focuses on human lives, and not just on the resources people have, in the form of owning – or having use of – objects of convenience that a person may possess.*“

Die starke Betonung von menschlichen Entwicklungsfähigkeiten, die mit einer relativen Abwertung der Bedeutung materieller Ressourcen (z. B. Einkommen) und struktureller Ungleichheiten (z. B. Schichtzugehörigkeit und Geschlecht) einhergeht, ruft Gegenstimmen hervor. Otto und Ziegler (2010: 232) kritisieren u. a. Sens „*pretension of substantially autonomous subjectivity*“. Die Autoren sehen die Gefahr, dass der CA zur Legitimierung von Blame-the-Victim-Strategien aktivierender Sozialpolitik missbraucht wird. Um eine Umkehrung der eigentlichen Absicht des CA zu vermeiden, sei eine Verzahnung mit komplexen Bildungsprozessen notwendig. Fehle das Verständnis dafür, wie Individuen sich hinsichtlich ihres Selbst und ihrer soziokultureller Verortung vergewissern, fungiere der CA letztlich „*as a vehicle for an individualising ‚pedagogisation‘ of social policy*“ (ebd.).

⁷² Der Agency-Diskurs kann als Wegbereiter multipler Identitäten begriffen werden, die sich im Wechselspiel von Dualität und Struktur herausbilden: „In der Agency-Perspektive ist der Mensch ein rationales Subjekt, das sein Leben selber produziert und gestaltet, auch wenn es in seinem Handeln nicht unabhängig von den Aktivitäten anderer Personen und von den Einflüssen seiner Umwelt ist.“ (Wendt 2010: 16)

⁷³ Scholtes (2005: 31, 33; Hervorh. i. Orig.) spricht in diesem Zusammenhang von „Agency-Zielen“, denen Sen einen höheren normativen Wert als dem Streben nach materiellem Wohlstand und Sicherheit (*well-being*) beimesse.

Diese Kritik aufgreifend ist zu klären, wie soziale Arrangements und *Bildungsprozesse* auszugestalten sind, um Menschen tatsächliche Verwirklichungschancen zu ermöglichen. Das zentrale Kriterium lautet hier: Die mit den Chancen verbundenen Ziele und die Art ihrer Wahrnehmung sollen der Freiheit des Individuums obliegen und nicht abstrakten Endzwecken (etwa einer effizienten Gesundheitsversorgung; siehe Exkurs C) untergeordnet werden (vgl. Scholtes 2005: 31 f.). Auf die mögliche Präformierung von Handlungsoptionen weist auch Sen (2009: 233) hin: „*The assessment of societies and social institutions can be deeply influenced by the information on which the approach focuses.*“ Demnach wird eine durch eigene Werte und Ziele motivierte Nutzung von sozialen Arrangements durch informelle Anreize erschwert, die ein bestimmtes, „sozial erwünschtes“, Nutzungsverhalten selektiv belohnen – mittels Vorgabe einer „*specific formula about how that information may be used*“ (ebd.: 232) – und die das Potential von Verwirklichungschancen von vornherein einschränken.

In welchem Zusammenhang stehen diese Erkenntnisse zum Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ im Gesundheitswesen? Der hier vorgestellte Ansatz wurde gewählt, weil er der Freiheit von Nutzern, in unterschiedlichen Kontexten und Relationen zu Akteuren plurale Motive und Ansprüche geltend zu machen, einen intrinsischen Wert beimisst. „*Acting freely and being able to choose*“ (Sen 1993: 39) ist folglich sowohl ein übergeordneter Zielwert als auch die unabdingbare Voraussetzung zur Erlangung einer individuell definierten Lebensqualität, wobei insbesondere das konzeptionelle Design von Verwirklichungschancen – „*the elements of a capability set*“ (ebd.: 44) – über das Spektrum der zu Verfügung stehenden individuellen Handlungsoptionen entscheidet. Einerseits ist hier die Qualifizierung von Nutzern von Belang, die sich im Gesundheitswesen in mannigfaltigen Fertigkeiten der bedarfsgerechten Nutzung (und reflexiven Bewertung) von Gesundheitsleistungen, wie etwa Gesundheits-, Beziehungs- und Interaktionskompetenz, ausdrückt, andererseits bedarf es ausreichend *ermöglichender* sozialer Arrangements.

Exkurs C: Wahltarife in der GKV als Beispiel präformierter Verwirklichungschancen

Die GKVn dürfen seit dem 01. 04. 2007 Wahltarife mit Selbstbehalt bzw. Beitragsrückerstattung für alle Versicherte anbieten (vgl. Abschn. 3.2.1). Beide Versicherungsmodelle sollen den GKVn „die Möglichkeit zur Profilbildung im Wettbewerb“ (Cassell et al. 2008: 65) bieten, wobei Versicherten „eine Erweiterung individueller Wahlmöglichkeiten und damit ein höherer Grad an Versichertenautonomie“ (ebd.) versprochen wird. Die freiwillige Selbstbindung an einen derartigen Versicherungstarif geht mit einem „(partiellen) Verzicht auf die ansonsten freie Wahl von Leistungserbringern“ (ebd.: 64) einher.

Warum sind diese Versicherungsmodelle beispielhaft für ökonomisch präformierte Verwirklichungschancen im deutschen Gesundheitswesen? Signifikant ist zum einen die ökonomische Rahmung der Tarife, die individuelles Nutzerhandeln automatisch in einen monetären Bezug stellt: Bei Selbstbehaltstarifen erhalten Versicherte eine Prämie, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres alle anfallenden Behandlungskosten bis zu einem bestimmten Betrag selbst zahlen; Beitragsrückerstattungstarife prämiieren den Leistungsverzicht oder die eingeschränkte Leistungsanspruchnahme am Jahresende durch die Rückzahlung eines Teils des Krankenversicherungsbeitrags (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009: 147). Zum anderen steigern Wahltarife, die den ökonomischen Umgang von Versicherten mit Versorgungsleistungen positiv sanktionieren, die Wettbewerbsfähigkeit von GKVn, da sie den Versicherungen erlauben, „Leistungsmengen zu vereinbaren und diese dann mit bestimmten Leistungspreisen zu verknüpfen“ (Cassell et al. 2008: 64). Die Wahl- und Handlungsfreiheit von Versicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird dem Ziel einer effizienten Kontrolle des Versorgungsgeschehens untergeordnet. Wahltarife belohnen ausschließlich einen ökonomisch-rationalen Umgang mit Gesundheitsleistungen; andere Zielgrößen, wie etwa das Solidarprinzip der GKV, werden vernachlässigt und unterminiert: Schließlich ist die „Privatisierung von Krankheitsrisiken“ (Gerlinger/Stegmüller 2009: 147) mittels einer *Wette auf die eigene Gesundheit*, „insbesondere für junge und gesunde Versicherte finanziell interessant, die davon ausgehen können, dass ihr Beitragsnachlass höher ausfällt als der tatsächlich zu zahlende Selbstbehalt“ (ebd.). Gleiches gilt für Selektivverträge, in denen Versicherten zwar nicht auf Leistungen verzichten, jedoch nur Zugang zu bestimmten Leistungsanbietern und -paketen haben. Auch diese Angebote orientieren sich am normativen Ziel der „Ausgaben- und Mengenbegrenzung“ (Gerlinger 2009d: 12) in der GKV und sind zudem beispielhaft für die Aktivierung von „marktwirtschaftlichen“ Nutzereigenschaften, wie ein souveränes Kundenverhalten und die Bereitschaft zur Investition in „Premiumangebote“.

Die freie und vielfältige Selbstverwirklichung innerhalb vorhandener Möglichkeitsräume wird dann eingeschränkt, wenn sich individuelles Handeln „*in the light of someone else (the principal's) goals*“ (Sen 1999: 19), d. h. vor dem Hintergrund äußerer Zielsetzungen, vollzieht. Ein derartig präformiertes *capability set* setzt einer selbstwirksamen (auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittenen) Nutzung sozialer Wahl- und Handlungsoptionen einen engen Rahmen, wie Sen (ebd.: 284) verdeutlicht: „*There is a difference between ‚nannying‘ an individual's choices and creating more opportunity for choice and for substantive decisions for individuals who can then act responsibly on that basis.*“ Auf die Frage, inwiefern Sens Ideal nicht-

präformierter Wahlmöglichkeiten für den Bereich des Gesundheitswesens realistisch ist, wird in Abschnitt 5.6 eingegangen werden.

Sens CA resümierend ist dessen Orientierung an gesellschaftlichen Verwirklichungschancen (deren tatsächliche Umsetzung in der Verantwortung des Individuums liegt) hervorzuheben. Der CA hat Anschluss an das Welt- und Menschenbild des Pragmatismus: Beide Zugänge stehen in einem ergänzenden Verhältnis zueinander: Während die Philosophie des Pragmatismus vor allem Begründungsmuster für die prinzipielle Offenheit und Pluralität realer Handlungsräume bereithält, in denen vernetzte Individuen mit ebenso pluralen Motiven und Interessen immer neue Relationen eingehen, rückt die Auseinandersetzung mit sozialen Arrangements und daraus resultierenden Verwirklichungschancen die Dialektik zwischen gesellschaftlichen (Gelegenheits-)Strukturen und Individuum ins Blickfeld. Sens CA, der bei den Voraussetzungen für ein freiheitsorientiertes Handeln von Menschen ansetzt, lässt sich in mehrfacher Hinsicht auf die Modernisierung der deutschen Gesundheitsversorgung beziehen (vgl. Exkurs C).

Im Anschluss an die theoretische Fundierung des Konzepts „multipler Nutzeridentitäten“ werden im Folgenden Schnittmengen und Unterschiede zu verwandten sozialpolitischen Diskursen herausgearbeitet.

5.3 Die Nutzerfigur im Spiegel sozialpolitischer Diskurse

Die Durchdringung der klassisch sozialpolitischen Sphäre mit der von Ökonomie und Markt spiegelt sich in Theorien zur Entstehung von „Wohlfahrtsmärkten“ (Taylor-Gooby 1999; Nullmeier 2002, 2004) und neuen Formen der Wohlfahrtsproduktion wider (vgl. u. a. Evers/Olk 1995; Evers 2008; Heinze 2009: 61–82). Dies geschieht ebenso in Studien zu Rollenveränderungen von Professionellen des Gesundheitswesens (vgl. Kremer/Tonkens 2006; Kuhlmann 2006, 2008) und Bürgern sowie in neuen Konzepten von *social citizenship* (vgl. Clarke et al. 2007; Taylor-Gooby 2008, 2009). – Inwieweit geht das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ über bisherige Rahmungen und Zuschreibungen hinaus bzw. konfligiert mit diesen? Die Kurzantwort hierzu lautet: Übereinstimmungen existieren insoweit, als dass Vorstellungen zum Sozial- und Gesundheitssystem als „monistische[m] Block“ (Schubert 2003: 32) sowie von „monolithischen“ Nutzerrollen zugunsten von differenzierteren Betrachtungen aufgegeben werden. Unterschiede bestehen hingegen, was die Identifizierung von Sphären

angeht, die sich auf ein gewandeltes Nutzerhandeln auswirken und die überhaupt Handlungsrelevanz erlangen.

Greift man etwa Nullmeiers (2003, 2004: 497) Überlegungen zum „Bürgerengagement in der Marktgesellschaft“ oder zur „Erziehung zur Marktlichkeit“ auf, so ist festzustellen, dass für Nutzer möglicherweise ebenso relevante Prägefaktoren jenseits von Wohlfahrtsmärkten, wie etwa die soziale Gemeinschaft und das lokale Umfeld, in die ihr Handeln eingebettet sind, kaum Beachtung finden. In bewusster Zuspitzung skizziert Nullmeier (ebd.) die Ablösung des bisherigen Abhängigkeitsverhältnisses anspruchsberechtigter Rechtsbürger zum Wohlfahrtsstaat durch ein Kunden- bzw. Verbraucherverhältnis eigenverantwortlicher Nutzer zu wettbewerbsorientierteren Leistungsanbietern. Die hierfür notwendige „Umformung der Individuen, ihres Denkens, Handelns und Verhaltens“ (ebd.) sei ohne umfangreiche Anstrengungen einer sozialpolitischen Verbraucherpolitik (vgl. Nullmeier 2002: 278 ff.) nicht zu gewährleisten. Andere Sozialisationsinstanzen und Sphären, die Nutzerhandeln ebenfalls beeinflussen, als solche des Marktes, dessen Reichweite zumindest in der GKV zwar weiter zunimmt, jedoch bis dato noch relativ überschaubar geblieben ist (vgl. Abschn. 3.3), werden bei Nullmeier nicht analysiert.

Hier ist die angelsächsische Literatur zu Wohlfahrtsmärkten weiterführender: Zwar stehen auch dort die Implementierung von Marktmechanismen sowie die (steuerungspolitische) Adressierung von Nutzern als Konsumenten im Vordergrund (vgl. Clarke et al. 2007); die damit einhergehenden Inkongruenzen zur erlebten Nutzerwirklichkeit und thematischen Ausblendungen der Konsumentenfigur werden jedoch benannt und kontrovers diskutiert. So weist etwa Taylor-Gooby (2008: 173) – in Übereinstimmung mit Sen (vgl. Abschn. 5.2) – darauf hin, dass das rationale Präformieren von Wahloptionen, d. h. die Festlegung, wie und zu welchem Zweck Nutzer soziale Arrangements nutzen sollen, deren Inanspruchnahme a priori beeinflusst: „[I]nstitutional framing of choices may also influence the normative framework in which people assess options.“ – Eine derartige Kritik an markttypischen Anreizsystemen zielt auf deren Unzulänglichkeit ab, der Komplexität von Nutzerpersönlichkeiten und Nutzungskontexten, d. h. individuellen Motiven und relationalen Verflechtungen innerhalb eines Umfelds an sozialen Arrangements, gerecht zu werden. Indem ökonomische Verhaltensweisen mittels „carefully designed quasi-market and target-driven welfare institutions“ (ebd.: 182) ex ante absolut gesetzt, einseitig belohnt und gewissermaßen erzwungen werden, wird die Vielfalt an Interessen, Ressourcen und Zielen eingeschränkt, die Nutzer bei der Inanspruch-

nahme von sozialen Dienstleistungen potentiell geltend machen können. Kurzum: Ein selbstbestimmtes und kontextbezogenes Handeln wird durch ein rational-ökonomisches Design von sozialen Arrangements verhindert.

Hinsichtlich der Nutzungsebene problematisiert der Diskurs zur Figur des *citizen consumer* die einseitige Adressierung von anspruchsberechtigten Rechtsbürgern als eigenverantwortliche Konsumenten. Dabei wird insbesondere auf die theoretischen Schwächen des in Großbritannien von New Labour proklamierten Steuerungsnarrativs hingewiesen (vgl. Clarke et al. 2007: 140 ff.). Ohne die Pluralität an koexistierenden Rollen und Zugehörigkeiten im Einzelnen zu benennen, identifizieren die Autoren „a variety of ‚residual and emergent‘ discursive resources“ (ebd.: 154), die das Selbstbild von Nutzern bestimmen. *Welfare Consumerism* – verstanden als Anbieterwettbewerb, der Konsumenten mit Wahloptionen auf staatlich regulierten Sozialmärkten versorgt (vgl. Baldock 2003) – koexistiert demnach als Leitbild neben anderen (normativen) Vorstellungen und Werten, die Nutzer von Wohlfahrtssystemen bei der Inanspruchnahme von sozialen Diensten geltend machen.

Hierzu zählen gerechte Verteilungsmechanismen, lokale Zugänge sowie ein vertrauensvoller Umgang mit Professionellen des Gesundheitswesens, die Nutzer auch als Mitglieder einer bestimmten sozialen Gemeinschaft oder Ethnie respektieren – Aspekte, die mit der Bezeichnung „*citizen consumer*“ gar nicht oder nur unzureichend konzeptionell gerahmt werden; gleichwohl ist der Begriff ein Ausgangspunkt für die Entwicklung von „*hybridized and hyphenated*“ (Clarke et al. 2007: 1) Rollen und Identitäten in sozialen Dienstleistungssystemen, die für die Analyse von Nutzerhandeln geeigneter sind als eindimensionale Zuschreibungen. So weist Clarke (2004: 11) darauf hin, dass Konsumentenhandeln mannigfache soziale Praktiken und Beziehungen umfasst und somit „multiple“ Identitätsdimensionen zu mobilisieren vermag: „*The consumer involves multiple identities. This view sees the consumer as a more complex figure than the individuated cash-nexus located image of neo-classical economics.*“

Insbesondere die Kritik an der Konsumentenrolle im Sozialbereich erweist sich als anschlussfähig an das hier vertretene Konzept „multipler Nutzeridentitäten“. Simmons und Powell (2009: 269) plädieren in diesem Zusammenhang ebenfalls für eine differenziertere, kontextbezogene Betrachtungsweise von Konsumenten, die über die Rolle des nutzenmaximierenden *chooser* von Leistungen hinausgeht: „*From Hirschman’s (1970) framework of exit, voice and*

loyalty to the present day, it has been recognised that choice should not be considered in isolation.“

Das Augenmerk ist daher auf „*faces of the consumer and different mechanisms of choice*“ (ebd.: 262) gerichtet; beide Aspekte beinhalten mannigfaltige Facetten und Motive und weisen auf die Notwendigkeit einer genaueren Analyse der Beziehung zwischen Konsument und der jeweilig zu wählenden (Sozial-)Leistung hin. Z. B. wünschen sich Patienten i. d. R. konkrete Wahlmöglichkeiten bezüglich des Ortes und Zeitpunktes ihrer Behandlung (vgl. Fotaki 2009). Gleichwohl betrachten sie sich deswegen nicht automatisch als anspruchsvolle Konsumenten von Gesundheitsleistungen: Die Entscheidungsgrundlage in den genannten Fällen ist eine andere als bei der markttypischen Wahl zwischen Leistungsanbietern, die im Wettbewerb miteinander stehen (vgl. Powell/Greener 2009: 112). Gleichzeitig können Patienten, die sensible Wahlentscheidungen hinsichtlich der Behandlungsart und deren Erbringung treffen, als preis- und qualitätsbewusste Konsumenten im Gesundheitswesen auftreten – etwa auf Versicherungsmärkten oder beim Kauf von Arznei- und Hilfsmitteln. Die Koexistenz von Verhaltensweisen und parallelen Zielen, deren relative Bedeutungen im Gesundheitswesen je nach Kontext und Versorgungsleistung variieren, gilt es zunächst einmal anzuerkennen (Simmons/Powell 2009: 270). Hieran anschließend empfehlen die Autoren die Entwicklung multidimensionaler Analysekonzepte, die der Differenziertheit und Pluralität – sowohl bezogen auf kontextuelle Eigenheiten sozialer Dienste und gesundheitlicher Versorgungssituationen als auch auf Präferenzen von Nutzern – gerecht werden.

Diese Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen sind im Vergleich zu dichotomen Frameworks (Staat vs. Markt; Bürger vs. Konsument) ein Fortschritt und lassen präzisere Forschungsergebnisse erhoffen – dennoch: Es ist nicht einsichtig, weshalb in Großbritannien semantisch am Begriff des *consumer in public services* festgehalten wird, zumal mit der Bezeichnung „*user*“ eine neutralere, nicht einseitig mit Marktprinzipien konnotierte, Alternative besteht. Schließlich deutet ja gerade die Vielfalt an Werten und Motiven, die bei der Nutzung sozialer Dienstleistungen zur Anwendung kommt, darauf hin, dass der Konsumentenstatus nur *eine* neben anderen Identitätsdimensionen, wie die des Koproduzenten oder Gemeinschaftsmitglieds, ist und durch diese massiv beeinflusst oder gar außer Kraft gesetzt wird.

Dieser kursorische Überblick über sozialpolitische Diskurse zu Nutzern von sozialen Diensten verdeutlicht einen Nachholbedarf hinsichtlich der Anerkennung des bestehenden Pluralismus

an Identitätsdimensionen von Nutzern und Nutzungskontexten. Die bisherigen Analysen (obgleich in kritischer Absicht) bleiben in ihrer Reichweite und ihrem Bezugsrahmen zu sehr auf die Sphären von Markt und Staat beschränkt. Ein pragmatisches Analysekonzept, dem es gelingt, die Komplexität sich überlappender Rationalitäten und identitätsstiftender Ressourcen abzubilden, bedarf der Inklusion weiterer Nutzerwirklichkeiten – wie z. B. informeller Unterstützungsnetzwerke oder vergleichbarer Settings der gesundheitlichen Wissensproduktion.

Bevor im übernächsten Abschnitt, die für diese Arbeit maßgeblichen Identitätsdimensionen von Nutzern vorgestellt werden, gilt es zunächst, den Stand der gesundheitswissenschaftlichen Nutzerforschung in Deutschland zu rekapitulieren.

5.4 Zum Stand der Nutzerforschung in Deutschland

Innerhalb komplexer Gesundheitssysteme, deren Akteure äußerst unterschiedliche Ziele und Interessen verfolgen, „mutet der Begriff ‚Patient‘ mittlerweile nahezu antiquiert an“ (Schaeffer 2004: 15). Ebenso wie der Terminus „Versicherter“, der vor allem auf gesunde Bürger gemünzt ist, spiegelt auch der Patientenbegriff die Spannbreite an Beziehungsmustern und Rollenanforderungen im Gesundheitswesen nicht zureichend wider. Doch welcher Ober- bzw. Sammelbegriff ist neutral und konsensfähig genug, um von allen Akteuren gleichermaßen anerkannt und verwendet zu werden? Der SVR (2001: 12) hat in seinem Gutachten 2000/01 aus handlungspragmatischen Gründen den Nutzerbegriff eingeführt. Dieser umfasst: „Bürger, Versicherte und Patienten, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems und seiner Ergebnisse darstellen.“

In den Vordergrund rückt somit die Gesamtheit des gesundheitsbezogenen Nutzerhandelns (vgl. Gerlinger 2009a: 17 ff.), d. h. der „Vorgang der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen“ (Schaeffer 2004: 18).⁷⁴ Diese, so breit wie mögliche, begriffliche Rahmung vermeidet eine Festlegung innerhalb der „heftig geführten Begriffsdebatte“ (Schaeffer/Dierks 2006: 70). Die konfligierenden Rollenmuster werden durch die Pole des Patientenbegriffs auf der einen Seite und des Konsumenten- bzw. Kundenbegriffs auf der anderen Seite repräsen-

⁷⁴ Tragfähig erscheint die folgende Definition von Dierks und Schwartz (2003: 314): „Nutzer des Gesundheitswesens ist demnach jede Person, die Zugang zum System der gesundheitlichen Versorgung hat, unabhängig davon, ob dieser Zugang aktuell genutzt wird oder nur fakultativ besteht.“

tiert – gleichwohl teilen Patienten und Konsumenten die Gemeinsamkeit, „gleichermaßen Nutzer von Leistungen und Angeboten“ (Schaeffer 2004: 18) zu sein.

Die Verständigung auf den Begriff des Nutzers, an den sich Forderungen nach einem Paradigmenwechsels hin zu mehr Nutzerorientierung auf allen Handlungsebenen (Interaktionsbeziehungen zu Professionellen des Gesundheitswesens, partizipative Versorgungsangebote, Mitgestaltung der gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen) anschließen (vgl. SVR 2003: 175 ff.), hat die kontroverse Diskussion um die rollenspezifische Ausdifferenzierung der Nutzerfigur nicht beendet. Charakteristisch für die Auseinandersetzung ist zum einen das Priorisieren einzelner Rollen, abhängig von der jeweiligen Akteursperspektive, zum anderen eine auf äußere Rollenzuschreibungen an Nutzer konzentrierte Diskursführung, in der reale Selbstbilder und intrinsische Handlungsmotivationen von Nutzern unterrepräsentiert bleiben. Isolierte Blickwinkel, die sich (teilweise) aus dem Eigeninteresse von Politik (Bürgern), Ärzten (Patienten/Klienten), Krankenversicherungen (Versicherte/Kunden) und Pharmaindustrie (Konsumenten) ableiten, stehen sich somit weitestgehend unvermittelt gegenüber. Zwar existiert mit dem Leitbild des „mündigen Patienten“ ein gemeinsamer Referenzpunkt, der jedoch nicht zu einem gemeinsamen Nutzerverständnis beiträgt, da sich hinter dem Begriff „heterogene Konzepte verbergen“ (Dieterich 2006: 9).

Im Gegensatz zu den Akteuren des Gesundheitswesens ist die deutsche Gesundheits- und Versorgungsforschung im letzten Jahrzehnt darauf bedacht gewesen, die begriffliche Engführung im Bezug auf die Adressaten des Gesundheitssystems aufzubrechen und anhand einzelner Rollenmerkmale zu systematisieren. Diese im internationalen Vergleich nachholende Entwicklung (vgl. Schaeffer 2004: 18) zeichnet sich durch die Einführung immer neuer Rollenbilder entlang eines Kontinuums unterschiedlicher Einbindungsformen und -tiefen in das Gesundheitswesen aus (vgl. Abb. 3). Wie dargestellt begründen sich die jeweiligen Nutzerrollen auf den einzelnen Handlungsebenen aus selektiven Argumentationen heraus.

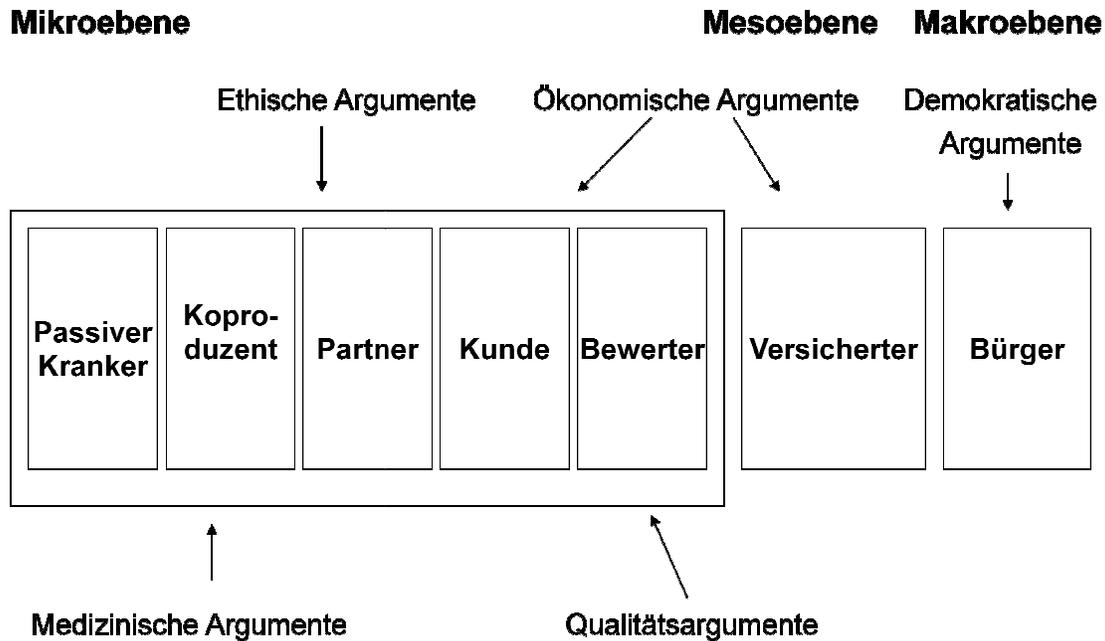


Abbildung 3: Nutzerrollen nach Dierks et al. (2001: 5)

Je nach Forschungsschwerpunkt gewinnen oder verlieren Nutzerrollen an Gewicht bzw. werden vollständig ausgeblendet. Augenfällig ist dies etwa bei Arbeiten zur Chronikerversorgung (vgl. Schaeffer 2004, 2009), die mit medizinischen und ethischen Argumenten den Nutzer als kranken und passiven bzw., je nach zur Verfügung stehenden Ressourcen, koproduzierenden Patienten zum Leitbild erklären. Hierüber hinausgehende Rollenanforderungen gelten in Studien zu chronischer Krankheit als unvereinbar mit der „Patientenwirklichkeit“ (Schaeffer 2004: 261). Demgegenüber fokussieren Untersuchungen zu SDM in der Arzt-Patient-Beziehung vor allem den Nutzer als Partner und Koproductenten im Leistungsprozess (vgl. Edwards 2009; Scheibler 2004). Forschungsansätze zur medizinischen Qualitätssicherung und -transparenz operieren mit einem weiten Nutzerbegriff, indem sie die Aktivierung von versicherten Bürgern und Patienten als kritische „Bewerter“ von Gesundheitsleistungen thematisieren (vgl. Etgeton 2009b: 104 ff.; Klemperer 2009: 141). Die Kundenrolle kommt zum Tragen, „insofern Behandlung ihren (monetären) Preis hat und Ärzte und andere Leistungserbringer darüber ihr Einkommen erwerben“ (Dierks/Schwartz 2003: 319). Kunden im ökonomischen Sinne sind demnach vor allem Nutzer, die zusätzliche Dienstleistungen auf privaten Gesundheitsmärkten einkaufen. Dierks und Schwartz (ebd.: 320) kommen zum Fazit, dass rollenspezifisches Handeln durch die situative Position von Nutzern im Gesundheitswesen

und die zur Geltung kommenden Rationalitäten geprägt wird: „Die Rollen von Nutzern im Gesundheitswesen bewegen sich im Spannungsverhältnis zwischen Paternalismus und Autonomie, zwischen Sozialstaat und freiem Markt, zwischen Ausschluss und Partizipation, zwischen Passivität und Engagement, zwischen Nicht-Wissen und Expertenschaft, zwischen Verschleierung und Transparenz und zwischen Ignoranz und Unterstützung.“

Das Zitat verdeutlicht sowohl den strategischen Vorteil als auch den Nachteil des Nutzerbegriffs. Die analytische Unbestimmtheit des Nutzers ermöglicht einerseits umfassende Anschlussfähigkeit, durch die, aus Sicht des Individuums, die Komplexität und Ambiguität des modernen Gesundheitswesens semantisch reduziert werden – auf die Nutzung von Angeboten und Leistungen (vgl. Rehm/Zündel 2009: 70). An die Grenzen seiner Erklärungskraft gerät der Begriff allerdings dann, wenn die fließenden Übergänge, Graustufen und Widersprüche des Nutzerhandelns untersucht werden sollen. Die Nutzerforschung stellt bis dato eher beiläufig fest, dass „Menschen gleichzeitig in unterschiedlichen Rollen präsent sein können“ (Dierks/Schwartz 2003: 314). Sich hieran anschließende Fragen, etwa nach der Deckungsgleichheit von externen Rollenanforderungen und individuellen Identitätsausprägungen, der zum Wechsel von Rollen und Partizipationsmodi nötigen Kompetenzen sowie der relativen Gewichtung konkurrierender Nutzerbilder, bleiben offen. Auf diese Aspekte wird durch eine Analyse der dem Forschungsdesign dieser Arbeit zugrundeliegenden multiplen Identitätsdimensionen von Nutzern ein eingegangen, die im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

5.5 Identitätsdimensionen von Nutzern

Traditionell stellt das Gesundheitssystem ein stabiles Rollengefüge dar, in dem Akteuren bestimmte soziale Positionen zugeordnet sind. Begreift man „soziale Rollen als ein Bündel von unterschiedlichen Erwartungen“ (Borgetto/Kälble 2007: 158), können mit dem Nutzerbegriff – wie dargestellt – mehrere Rollenzuschreibungen assoziiert werden. Als klassisches, jedoch überholtes, Beispiel ist hier das Arzt-Patient-Verhältnis nach Parson (1951) zu nennen, das eine arbeitsteilige Rollenbeziehung zwischen Professionellen und kranken Laien vorsah. In der Gegenwart verblasen tradierte Rollenmuster innerhalb dieses Interaktionsverhältnisses, aufgrund der Heterogenität von Anforderungen, die mit der dominierenden Hauptrolle des behandelnden Arztes bzw. hilfeschenden Patient verknüpft sind. Der Bedeutungsgewinn unternehmerischer und ökonomischer Kalküle für den Arztberuf sowie die Einforderung handlungsspezifischer und finanzieller Eigenverantwortung seitens der Patienten führen zur Entstehung von „Intra-Rollen-Konflikten“ (Siegrist 2005: 260), d. h. widerstreitenden profes-

sionellen und wirtschaftlichen Logiken innerhalb der Arztrolle. Darüber hinaus haben, das macht die Oberkategorie „Nutzer“ deutlich, Individuen in unterschiedlichen sozialen Positionen parallel mehrere Rollen inne, woraus sich „Inter-Rollen-Konflikte“ (ebd.: 260 f.) ergeben können, d. h., das Bürger- und das Konsumentenhandeln eines Nutzers des Gesundheitswesens können unterschiedlichen Logiken folgen.

Wie verhält sich der Identitätsbegriff zu den dargestellten Rollenzuschreibungen an Nutzer? Die Selbstkonzeption von Nutzern kann im Unterschied zu Rollenzuschreibungen und -erwartungen nicht standardisiert werden, sondern basiert auf individuellen Wertmaßstäben sowie Sozialisierungseinflüssen und -erfahrungen. Die Identitätsbildungen („Identifizierungsprozesse“) von Nutzern und der Ausprägungsgrad von einzelnen Identitätsdimensionen sind kontingent und inkongruent zu äußeren Rollenzuschreibungen. Nutzer entwickeln ihr situatives Selbstbild in der Interaktion mit Akteuren und in der Auseinandersetzung mit Leitbildern des Gesundheitssystems, d. h. durch die gleichzeitige Imitation und Abgrenzung von Rollenangeboten – kurzum: Nutzer *„draw on a variety of ‚residual and emergent‘ discursive resources“* (Clarke et al. 2007: 154). Die aktive Identifizierung mit Rollenbildern ist zwar Bestandteil dieses Prozesses, geschieht jedoch vor dem Hintergrund persönlicher Werte, Überzeugungen und Erfahrungen (vgl. ebd.: 112 ff.) und führt deshalb zu persönlichen Interpretationen und Ausgestaltungen von Rollenanforderungen. Hierzu zählt auch die Möglichkeit des subversiven Umgangs mit Rollenzuschreibungen, indem Nutzer *„determine what they consider is the right thing to do in particular circumstances; and challenge or resist the identities that are offered to or imposed on them by government“* (Barnes/Prior 2009: 3).

Der Begriff „multiple Nutzeridentitäten“ wurde, *erstens*, gewählt, um die Mehrdimensionalität der Handlungsmotive von Nutzern adäquat abbilden zu können. Dargestellt werden deshalb nicht klar voneinander zu trennende Nutzerrollen, sondern Identitätsdimensionen, die je nach Kontext und individuellen Dispositionen sowie Nutzungsverhalten in unterschiedlichem Maße Handlungsrelevanz erhalten. Die vorgenommenen analytischen Abspaltungen sind daher als miteinander vernetzte Identitätssegmente zu betrachten. Ferner wird davon ausgegangen, dass in der komplexen sowie durch konkurrierenden Rationalitäten geprägten Realität vor allem Mischformen in Erscheinung treten, wie etwa die *„hybridized and hyphenated combination of citizen and consumer“* (Clarke et al. 2007: 1).

Ein *zweiter*, ebenso wichtiger Aspekt, für den in dieser Arbeit der Begriff „multiple Nutzeridentitäten“ steht, sind die darin enthaltenen Ressourcen zur „Verteidigung von Subjektivität und Lebenswelt gegen überbordende Systemanforderungen“ (Gerlinger 2009c: 146). Hier wird auf das Potential des Identitätsbegriffs abgestellt, Autonomieansprüchen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Geltung zu verschaffen. Für Nutzer stehen zunehmend persönliche Rechte zur Disposition: der Schutz der Privatsphäre im Behandlungsprozess und die Hoheit über die eigenen Gesundheitsdaten. Insbesondere im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung ist die Wahrung „informationeller Verbraucherrechte“ (Etgeton 2009b: 104), d. h. der sensible Umgang mit subjektiven Patientenerfahrungen, entscheidend. Darüber hinaus eröffnet die Option zur „*oppositional or counter*[Hervorh. i. Orig.]-agency“ (Prior 2009: 17) Nutzern im Gegensatz zu starren und eindimensionalen Rollenvorgaben zumindest eine Handlungsstrategie hinsichtlich der kreativen, den eigenen Bedürfnissen entsprechenden, Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsarrangements – wenngleich ein solches Verhalten insbesondere auf der Ebene der medizinischen Leistungserbringung, wo hilfesuchende Nutzer Professionellen gegenüberstehen, äußert voraussetzungsvoll ist.

Drittens erscheint der Begriff „multiple Nutzeridentitäten“ geeignet, um die fluiden, nicht auf Dauer präformierten, Beziehungs- und Interaktionsdimensionen innerhalb des hochdynamischen Politikfelds „Gesundheit“ semantisch zu rahmen. Die theoretisch-konzeptionelle Stärke der Figur des Nutzers liegt im (ihr inhärenten) produktiven Spannungsbogen von Elastizität und Beharrungsvermögen. Es besteht ein permanenter Prozess des Ausbalancierens zwischen konträren Verhaltensoptionen: zum einen der gewissermaßen evolutionär notwendigen Anpassung an ordnungspolitische Wandlungen des Gesundheitssystems und zum anderen der Aufrechterhaltung und Berücksichtigung individueller Perspektiven und Handlungsmotive, bezogen auf die Nutzung von zur Verfügung stehenden Leistungen und Angeboten. Während Rollendefinitionen stets einen exklusiven und statischen Charakter haben, indem sie kontextabhängig (weitestgehend isolierte) Handlungsmuster für Akteure festschreiben und adressieren, impliziert die Bezeichnung „multiple Nutzeridentitäten“ einen größeren persönlichen Freiraum hinsichtlich der eigenen Gewichtung von Identitätsmerkmalen und Rollenanforderungen. Patienten sind demnach nicht nur Empfänger von Hilfeleistungen, von denen ein bestimmtes Verhalten, wie Compliance oder gesundheitliche Koproduktion, erwartet wird, sondern ebenso gesundheitspolitisch interessierte Bürger und Mitglieder von Nutzerorganisationen oder informellen Netzwerken. Inwieweit Patienten ihre multiplen Identitätsbezüge

aktivieren können, hängt des Weiteren von ihrer physischen Verfassung sowie ihren persönlichen Kompetenzen ab.

Welche Identitätsmerkmale von Nutzern werden in dieser Arbeit unterschieden? Im Folgenden geht es vorrangig um die Identifizierung von verallgemeinerbaren Identitätsmustern, die im Gesundheitsbereich Handlungsrelevanz erlangen und weniger um grundsätzliche persönliche Fähigkeiten, wie Auffassungsgabe, Sachverstand, Kritikfähigkeit, Gesundheits- und Interaktionskompetenz sowie Vertrauensbildung. Allerdings hat der Ausbildungsgrad der letztgenannten Fähigkeiten erheblichen Einfluss darauf, inwieweit Nutzer des Gesundheitswesens multiple Identitätsmerkmale aktivieren und selbstbestimmt handeln können. Erkennt man das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ an, müssen hier ferner unterstützende Angebote der Beratung, Bildung und Qualifizierung von Nutzern ansetzen (vgl. Kap. 6). Die hier vorgestellten vier Nutzeridentitäten unterscheiden sich, weil präformierte Rollenzuschreibungen keine potentiell nutzbaren Spielräume der Handlungsautonomie zur Verfolgung eigener Interessen und Ziele beinhalten. Gemäß Abbildung 4 lassen sich Nutzeridentitäten differenzieren in

- zwei Typen von *Bürgern*: zum einen anspruchsberechtigte, krankenversicherte und geschützte *Rechtsbürger*, die sowohl ein Interesse daran haben, dass ihre Versicherungsbeiträge sich in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis befinden und ihnen die bestmöglichen medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen, als auch, dass ihre persönlichen Rechte gewahrt bleiben. Für Rechtsbürger sind Transparenz und Aufklärung darüber, wie ihre Beiträge verwendet werden und welche Leistungsqualität sie erhalten von großer Bedeutung. Darüber hinaus ist für sie der Schutz persönlicher Daten, insbesondere im Zuge der Digitalisierung von Patientenakten und Abrechnungssystemen (Stichwort: „Gesundheitskarte“), zentral. Die Kehrseite der Bürgeridentität ist zum anderen, die des *Aktivbürgers*, der seine politischen und persönlichen (Lebensstil-)Entscheidung unter dem Gesichtspunkt ihrer direkten und indirekten Gesundheitsauswirkungen beurteilt und auf gesundheitspolitische Rahmenbedingungen Einfluss nimmt, etwa in Nutzerorganisationen und Initiativen, aber auch durch die Bewertung in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen, etwa in interaktiven Medien. Zu den Kernkompetenzen des Aktivbürgers zählen somit die politische Kontrolle, die Evaluation von Versorgungsangeboten sowie die Initiative und Problemartikulation.

- *Patienten* sind als leidende Menschen klassischerweise von gesellschaftlichen Rollenverpflichtungen befreit (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 162). Dennoch ist die Inanspruchnahme von Hilfe mit Verhaltensanforderungen verknüpft, von denen unmittelbare Auswirkungen auf den eigenen Gesundheitszustand ausgehen. Hierzu zählen das Eingeständnis der eigenen Krankheit, das Aufsuchen und die Annahme ärztlicher (professioneller) Hilfe, die Interaktion im Arzt-Patient-Verhältnis, die Bereitschaft zur Aneignung spezifischen Wissens und ein genesungsförderliches Gesundheitsverhalten. Wirken Patienten in diesem Sinne an der Erstellung von krankheitsspezifischen Leistungen mit, werden sie zu *Koproduzenten*. Zur Koproduktion der eigenen Gesundheit gehören u. a. die Darstellung der eigenen Krankheitsgeschichte als Voraussetzung für „maßgeschneiderte“ Hilfeleistungen, die Befolgung ärztlichen Rates (Compliance) bei gleichzeitiger Einbringung eigener Gesundheitskompetenzen oder die Teilnahme an DMP.
- Auf sich ausbreitenden Gesundheitsmärkten sind Nutzer als *Konsumenten* von medizinischen Leistungen und Produkten herausgefordert. Voraussetzungen für ein konsumentengerechtes Verhalten, von dem Steuerungseffekte auf die Anbieterseite ausgehen können, sind eine größtmögliche Markttransparenz, die Aneignung von Gesundheits- und Marktwissen, Flexibilität sowie Gewissheit über die eigenen Bedürfnisse bei der Auswahl von Gesundheitsgütern. Ferner benötigen Konsumenten (individuell und kollektiv nutzbare) Kommunikationskanäle (*voice*), mithilfe derer sie ihre Interessen bezogen auf Produkte und Leistungen gegenüber Gesundheitsanbietern artikulieren können.
- *Gemeinschaftsmitglieder* agieren in familiären Bezügen und selbstkonstruierten persönlichen Unterstützungsnetzwerken als sozial vernetzte und soziokulturell eingebettete Nutzer. Insbesondere für Chroniker und pflegebedürftige Menschen kann diese Identitätsdimension Dominanz erlangen, d. h. Prioritäten in der Versorgung sowie konkretes Nutzungsverhalten prägen. Die politische Förderung sowie Anerkennung und Berücksichtigung der sozial integrativen Gemeinschaftsdimension (etwa nachbarschaftlicher *communities*, Selbsthilfegruppen oder anderweitiger *like-minded groups*) seitens staatlicher und privater Leistungsanbieter sind für die Gesunderhaltung und von Nutzern bzw. für Möglichkeiten ihrer Heilung ebenso bedeutsam wie die individuelle Ausbildung entsprechender Sozialkompetenzen sowie von Beziehungs- und Selbsthilfefähigkeiten.

Die analytische Aufspaltung verschiedener Identitätsdimensionen von Nutzern bildet einen Referenzrahmen, um Nutzerhandeln innerhalb eines mehrdimensionalen Gesundheitssystems zu analysieren. Im nächsten Abschnitt werden wesentliche Beziehungsdimensionen multipler Nutzeridentitäten in Gesundheitssystemen dargestellt.

Identität	Rollenanforderungen	Interessen und Ziele	Kernkompetenz	Beziehungsdimensionen
NUTZER	Neutralität, keine Steuerungsabsichten	anwendungsfreundliches Gesundheitswesen	funktionales Wissen über das Gesundheitssystem	Gesundheitssystem als Ganzes
Rechts-BÜRGER (soziale Rechte, persönliche Rechte) (Anspruchsberechtigter/Versicherter)	Wahl zwischen Versicherungen: Tarifen, Wahl- und Zusatzleistungen	Angemessene Beitragssätze, Wirtschaftlichkeit, Transparenz, umfassender GKV-Leistungskatalog, Schutz persönlicher Daten	Abwägung eigener Gesundheits-schutzbedürfnisse, Verteidigung der Privatsphäre	Gesundheitspolitik, GKV, Leistungsanbieter
und				
Aktiv-Bürger (politische Rechte)	Einforderung des Rechts auf Gesundheit, individuelle und kollektive Einflussnahme auf Entscheidungsträger, Agendasetting	ganzheitlicher Gesundheitsansatz, selbstbestimmte Lebensführung, vielfältige Partizipationsoptionen in der Gesundheitsversorgung	politische Kontroll-, Initiativ- und Artikulationskompetenz	Staat, Assoziations- und Organisationswesen, Professions- und Wissenssystem, direkte Einflussnahme auf Marktakteure
PATIENT	Eingeständnis der eigenen Krankheit, Aufsuchen und Annahme von professioneller Hilfe	Berücksichtigung der Krankheitssituation, angemessene medizinische Hilfe und bestmögliche Versorgung; würde- und respektvoller Umgang, Aufrechterhaltung von Lebensqualität	Compliance/Adherence, passgenaue Inanspruchnahme professioneller Hilfe	staatliche und marktliche Leistungsanbieter, Interessenvertretung durch Patientenorganisationen, Selbsthilfe etc. (Assoziations- und Organisationswesen)
und				
Koproduzent	Mitwirkung am Behandlungsprozess, explizite Mitverantwortung an Genesung / Gesundheit (z. B. Shared Decision Making)	freie Wahl der Leistungsanbieter, Aufklärung über Behandlungsoptionen und Risiken, Vertrauen	Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit Gesundheitswissen und -kompetenz	Professions- und Wissenssystem
KONSUMENT	gesundheitliche Eigenverantwortung, Wahl zwischen Gesundheitsleistungen (<i>choice</i>); Ko-Steuerung der Anbieterseite	Markttransparenz, Konsumentenschutz, bedürfnisgerechte Leistungen und Angebote, Möglichkeiten der Interessensartikulation (<i>voice</i>)	Konsumentensouveränität, Flexibilität	Gesundheitsmarkt und Assoziations- und Organisationswesen
GEMEINSCHAFTSMITGLIED	Selbstkonstruktion und Inanspruchnahme familialer und gemeinschaftlicher (informeller) Unterstützungsangebote	Anerkennung sozial integrativer Gemeinschaftsdimensionen sowie deren Förderung und sinnvolle Einbeziehung	Sozialkompetenz, Bindungs- und Selbsthilfefähigkeit	Informelle Unterstützungsnetzwerke

Abbildung 4: Identitäten, Rollenanforderungen, Ziele, Kompetenzen und Beziehungsdimensionen innerhalb von Gesundheitssystemen

Zentrale Beziehungsdimensionen von Nutzern in modernen Gesundheitssystemen

Zu Beginn dieses Kapitels wurde darauf hingewiesen, dass die Herausbildung multipler Nutzeridentitäten vor dem Hintergrund parallel verlaufender Modernisierungsprozesse im Gesundheitssystem zu betrachten ist. Demnach existiert nicht *das* Gesundheitswesen als „monolithischer“ Block, sondern eine Vielzahl an konkurrierenden Akteursgruppen mit konfligierenden Interessen und unterschiedlichen Handlungsrationitäten innerhalb eines pluralistisch konstituierten und mehrdimensionalen Systems. Nutzer sind in der Regel mit mannigfaltigen Facetten und heterogen strukturierten Teilsegmenten des Gesundheitssystems konfrontiert. Einerseits assoziieren sie mit dem Gesundheitssystem konkrete Erfahrungen mit Institutionen und Individuen, wie z. B. dem lokalen Krankenhaus oder (Haus-)Ärzten sowie der eigenen Krankenkasse und der Apotheke. Andererseits existieren abstrakte und diffuse, häufig wenig differenzierte Vorstellungen zu einzelnen Systembereichen, wie etwa der Gesundheitspolitik, den Ärzten oder der Pharmaindustrie. Einen wesentlichen Einfluss auf reale Beziehungsdimensionen von Nutzern zu Akteuren des Gesundheitswesens haben zudem dominante Diskurse und Machtbeziehungen. Gewissermaßen stilprägend ist in diesem Zusammenhang die von Politik, Professionellen aber auch Arzneimittelherstellern gleichzeitig verfolgte Adressierung des „mündigen Patienten“, der Prävention betreiben, in Behandlungsprozessen mitarbeiten oder aber aktiv Selbstmedikation betreiben soll. Der Wirkmächtigkeit dieser äußeren Rahmung von Beziehungsdimensionen sind einzelne Nutzer zunächst einmal ausgesetzt. Inwiefern es Nutzerorganisationen gelingt, alternative Nutzerbilder und Nutzungskonzepte im Gesundheitswesen starkzumachen, ist eine offene Frage, auf die im Kapitel 7 zurückzukommen sein wird.

Des Weiteren ist eine dritte Dimension zu unterscheiden, die persönliche Bezüge und Beziehungen zum Gesundheitssystem maßgeblich prägt: individuelle Gesundheit und deren relative Bedeutung für Nutzer. Gesunde Nutzer interessieren sich bspw. für andere Gesundheitsthemen und interagieren weniger mit Professionellen als chronisch kranke Menschen. Ebenso stellen Eltern andere Ansprüche an Gesundheitspolitik als Senioren. Kurzum: Einstellungen und Beziehungsdimensionen von Nutzern gegenüber den pluralen Realitäten des Gesundheitssystems sind unterschiedlich erklärbar, wobei nutzerindividuelle Ausprägungen existieren. Anknüpfend an das vorgestellte Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ werden im Folgenden exemplarisch vier wesentliche Bezugsdimensionen unterschieden, in denen jeweils unterschiedliche Rollenanforderungen Handlungsrelevanz erlangen und in denen Nutzer den

jeweils dominierenden Rationalitäten in verschiedenen Identitätsdimensionen begegnen (vgl. Abb. 5⁷⁵):

- Zentraler Akteur ist der Staat bzw. sind die staatlichen Institutionen des korporatistischen Gesundheitssystems. Staatliche Gesundheitspolitik und die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in der GKV konturieren maßgeblich das Umfeld, in dem sich Nutzerhandeln vollzieht. Gesundheitspolitik und GKV adressieren Nutzer als Bürger und Versicherte – je nach Kontext in schützender, kontrollierender, aktivierender und/oder befähigender Absicht. Dies geschieht durch verbrieftete Leistungsgarantien, strukturierte Behandlungsprogramme und Angebote der Integrierten Versorgung, Anreize zur Prävention, staatliche Gesundheitsaufklärung, -beratung und -bildung. Nutzer ihrerseits reagieren auf strukturpolitische Rahmensetzungen unterschiedlich: Das Spektrum an Verhaltensweisen umfasst sowohl die des „passiven Leistungsempfängers“ als auch die des „kritischen Aktivbürgers“.
- Auf der Ebene der Leistungserbringung finden Nutzer in Akteuren der Professions- und Wissenssysteme Partner und Widerparte zugleich. Innerhalb der asymmetrischen Beziehungen zu Professionellen sammeln Nutzer intensive und häufig prägende Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen. Ärzte richten ihre Dienste je nach Selbstbild und Berufsauffassung an Patienten, Koproduzenten oder Kunden, wobei die Rollenzuschreibungen zuweilen innerhalb einer Behandlungssituation wechseln. Etwa dann, wenn Patienten empfohlen wird, zusätzliche, d. h. über die eigentliche Therapie hinausgehende, Leistungen privat zu bezahlen. Nutzer begegnen Professionellen individuell verschieden: u. a. als hilfeschende und bedürftige Kranke mit einer eigenen Krankheitsbiographie, als Mitglieder einer gemeinschaftsstiftenden Assoziation oder Patientenorganisation, die ihr Gesundheitsbewusstsein und -verhalten nachhaltig bestimmt, als über ihre Rechte aufgeklärte Versicherte und informierte Patienten, die Behandlungsoptionen „auf Augenhöhe“ verhandeln wollen, als passive Patienten oder geschulte Koproduzenten sowie als konsumorientierte Gesundheitsexperten, die privaten Leistungen aufgeschlossen gegenüberstehen. Jenseits der Arzt-Patient-Beziehung werden Nutzer mit zusätzlichen Gesundheitsinformationen professioneller Akteure konfrontiert, deren Relevanz von Nutzern individuell einzuordnen ist.

⁷⁵ Diskutiert werden Dimensionen, die alle Menschen gleichermaßen betreffen. Andere, die Nutzeridentität ebenfalls beeinflussende, Zuschreibungen, wie Alter, Ethnie und Geschlecht, bleiben aufgrund ihrer nicht möglichen Generalisierbarkeit unberücksichtigt.

- Der Gesundheitsmarkt weist zum einen Schnittstellen zu den Professionssystemen auf, etwa dann, wenn Ärzte zunehmend unternehmerisch agieren und ihr Repertoire an Privatleistungen erweitern. Zum anderen zielt die über den kurativen Sektor hinausgehende Gesundheitswirtschaft auf das gesamte Spektrum an gesundheitsnahen Produkten und Leistungen ab, wie freiverkäufliche Arzneimittel in der Apotheke und medizinische Hilfsmittel im Sanitätshaus, Präventions- und Wellnessangebote, sowie auf private Zusatzversicherungen seitens der Krankenkassen. Der Gesundheitsmarkt richtet sich an Konsumenten von Angeboten bzw. Kunden privater Leistungsanbieter „[that, B. E.] *are willing to pay to obtain their choice of goods and services*“ (Jones/Needham 2008: 70). Inwiefern Nutzer die Konsumentenrolle annehmen, ist von individuellen Dispositionen und der entsprechenden Leistung abhängig. Insbesondere bei privaten Leistungsangeboten, die Nutzern in Arztpraxen, einem traditionell „marktfernen“ Ort, offeriert werden, können Inkongruenzen zwischen dem Verhalten ärztlicher Dienstleister und Nutzererwartungen entstehen.
- Die Dimension „Assoziationswesen und informelle Unterstützungsnetzwerke“ beschreibt den Bereich des sozialen Rückhalts und der gemeinschaftlichen Unterstützung von Nutzern. Hierunter fallen Patientenorganisationen, Selbsthilfe und Gesundheitsinitiativen (vgl. Kap. 6), aber auch die Pflege von Angehörigen und behinderten Menschen in familialen Arrangements. Ferner beinhaltet der Bereich selbstkonstruierte Arrangements, in denen Nutzer (als Betroffene einer Krankheit, Angehörige oder gesundheitsengagierte Bürger) sich wechselseitig unterstützen, wie es etwa HIV-Infizierte in der Aidshilfe bzw. Eltern und Familien von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebenshilfe tun. Eine derartige Selbsthilfe in Betroffenengemeinschaften fördert die Entwicklung eines persönlichen Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens. Insbesondere chronisch kranke Nutzer erlangen durch unterstützende Sozial- und Gemeinschaftsbezüge Kraft und Kompetenz zur Erduldung oder Bewältigung ihrer Krankheit bzw. Behinderung (vgl. Knoll/Burkert 2009: 230 ff.). Hiervon können starke Einflüsse auf die Identitätsbildung und persönliche Gewichtung von Identitätsdimensionen von Nutzern ausgehen. Gleichzeitig ließen singularisierende Nutzerbegriffe, wie sie etwa in der Gesundheitsförderung, z. B. in der Ottawa-Charta (1986) der WHO, aber auch in der Pflege und in sozialen Unterstützungsnetzwerken propagiert wurden, lange Zeit zureichende Einsicht in die Bedeutung von Gemeinschaft und sozialem Rückhalt vermissen.

Nutzer entwickeln zu den dargestellten Dimensionen unterschiedlich starke Bezüge, dies verdeutlichen die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit (vgl. Kap. 7). Die Pluralität der Nutzeridentitäten zeigt sich dabei in einem doppelten Sinne: Zum einen dominieren je nach Bereich unterschiedliche Identitätsdimensionen von Nutzern – z. B. die des anspruchsvollen Konsumenten auf Gesundheitsmärkten oder die des anspruchsberechtigten Rechtsbürgers in der GKV; zum anderen agieren Nutzer gegenüber Ärzten, Kostenträgern und Marktanbietern in hybriden, teilweise auch widersprüchlichen Selbstkonzepten. Bspw. nehmen Patienten häufig Hilfeleistungen vor dem Hintergrund von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Werten in Anspruch, die sich sukzessive „biographisch“ durch Identitätsbezüge als Bürger und/oder Mitglied einer Selbsthilfegruppe herausgebildet haben. Ebenso ist es möglich, dass etwa an Diabetes erkrankte Chroniker, die ihre Krankheit durch kontinuierliche Koproduktionsleistungen (bewusste Ernährung, gezielte Bewegung, Blutzuckerkontrolle, Vorsorgeuntersuchungen) „managen“, im Arzt-Patient-Verhältnis als gewiefte Konsumenten in Erscheinung treten, d. h. die Qualität und Preise (und ggf. Zuzahlungen) von Hilfsmitteln (z. B. Insulins, -pumpen und -spritzen) vergleichen und daher die Verordnung bestimmter Produkte wünschen.

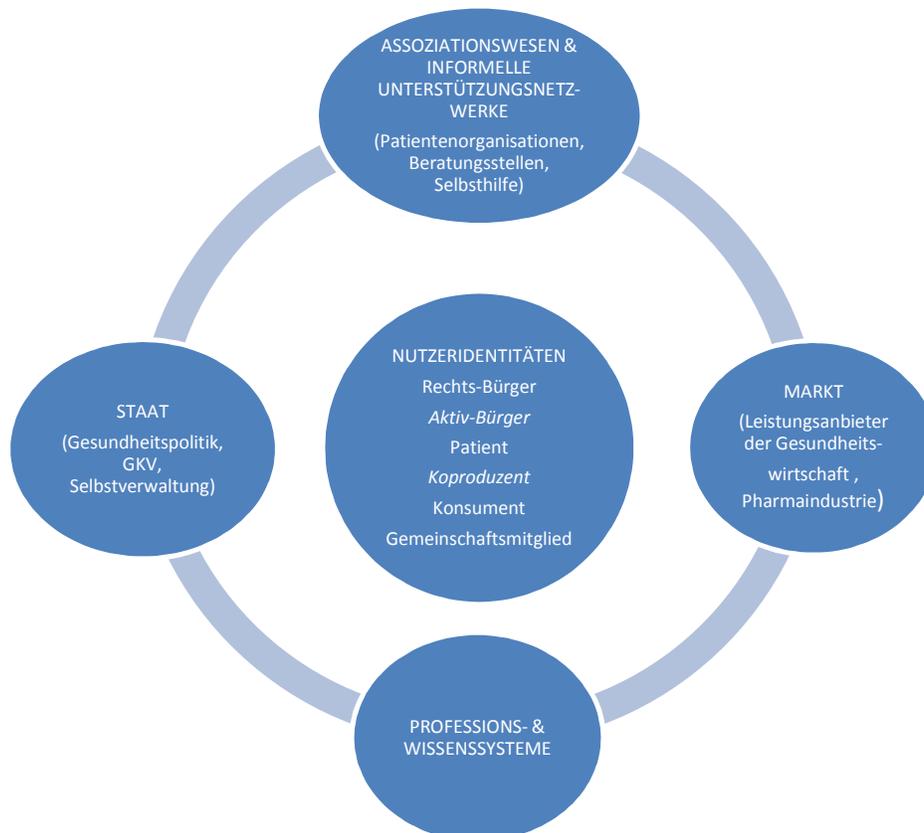


Abbildung 5: Beziehungsdimensionen im Gesundheitssystem

Nutzer, die gegenüber Ärzten vorrangig als hilfeschende Patienten auftreten, allerdings ebenso zur gesundheitlichen Koproduktion – etwa in „strukturierten Behandlungsprogrammen“ – bereit sind, ferner in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung als preis- und qualitätsbewusste Konsumenten agieren und im Austausch mit Mitbürgern bzw. anderen Betroffenen gesundheitspolitische Positionen ausbilden und sozialen Rückhalt erhalten, entwickeln eine eigene *Patchwork*-Identität. Die multiplen Identitäten kommen in der realen Nutzung von Gesundheitswesen jedoch nicht gleichrangig zur Geltung, da ihre Mobilisierung stark von unterstützenden bzw. negierenden Mechanismen seitens der Akteure und Funktionssysteme abhängt (vgl. Abschn. 5.6). Des Weiteren existieren Asymmetrien und Inkongruenzen im Verhältnis zu Leistungsanbietern und Kostenträgern, die Nutzerverhalten fortlaufend präformieren und sanktionieren. Die relative Gewichtung und nutzerindividuelle Mixtur von Identitätsdimensionen hängt von persönlichen Nutzungserfahrungen, dem Gesundheitszustand und den Wertpräferenzen ab, aber auch von der (politischen) Ausgestaltung von Gesundheitsversorgungsstrukturen. So zwingt etwa die Ausweitung von Privatleistungen selbst diejenigen Nutzer partiell zum Konsumentenhandeln, die dieser Rolle im Gesundheitsbereich generell skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen.

Inwieweit von Identitätsdimensionen Autonomiegewinne ausgehen können, hängt nicht zuletzt auch von persönlichen Fähigkeiten ab. Für die staatliche Gesundheitspolitik ergibt sich hieraus das Ziel, Nutzer in die Lage zu versetzen, „möglichst selbständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen“ (Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2009: 90). Im Kern geht es sowohl um die Anerkennung multipler Nutzeridentitäten als auch um die infrastrukturelle und inhaltliche Ausgestaltung von Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die gleichermaßen Assistenz und Beistand bei Inanspruchnahme komplexer Gesundheitsleistungen bieten, aber eben auch Elemente der Nutzerschulung und -befähigung beinhalten (vgl. Kap. 6). Darüber hinaus ist es Aufgabe der Gesundheitspolitik, die persönlichen Rechte von Nutzern zu schützen. Sicherheit in Bezug darauf, dass mit den Informationen zur eigenen Gesundheit vertrauensvoll umgegangen wird bzw. dass Nutzer über ihre bei Inanspruchnahme von Leistungen entstandenen Daten frei verfügen können, ist eine Grundvoraussetzung, um Autonomie zu entwickeln.

Der nächste Abschnitt wendet das Konzept „multipler Identitäten“ auf Realkonflikte des deutschen Gesundheitswesens an.

5.6 Welche Nutzeridentitäten zählen in realen Versorgungskontexten?

Auf theoretisch-konzeptioneller Ebene wird durch das Konzept „multipler Identitäten“ individuelles Nutzerhandeln im Gesundheitswesen, einem öffentlichen Sektor, in dem Nutzer bisher vorrangig in eindimensionalen Rollen adressiert wurden (z. B. als anspruchsberechtigte Leistungsempfänger und/oder Patienten), differenzierter betrachtet. Gleichwohl ist zu fragen: Wie materialisieren sich die beschriebenen Identitätsdimensionen in Realkonflikten innerhalb des Gesundheitswesens? Gibt es kontextbezogene Hierarchisierungen der Nutzeridentitäten oder gar Unvereinbarkeiten? Oder können Nutzer beliebig zwischen Rollen hin und her wechseln? Anhand zweier zentraler Nutzungsbereiche des deutschen Gesundheitswesens – dem System der GKV und dem Arzt-Patient-Verhältnis – soll im Folgenden überprüft werden, welche Autonomiepotentiale für Nutzer tatsächlich bestehen, von der Vielfalt individueller Identitätsbündel Gebrauch zu machen. Dabei wird auch deutlich, dass Nutzer nicht wechselhaft in singulären Identitätsmustern agieren, sondern versuchen, aus den ihnen gegebenen Identitäts- und Handlungsalternativen heraus ein subjektives Kohärenzgefühl herzustellen.

Nutzeridentitäten im System der GKV

Innerhalb der GKV wurden Nutzer traditionell als anspruchsberechtigte Rechtsbürger adressiert. Flächendeckende Kollektivverträge mit medizinischen Leistungserbringern garantierten Leistungsempfängern ein einheitliches Versorgungsniveau. Der Status quo ante betonte somit die Rechtsansprüche von Versicherten. Das Kernelement stellt dabei bis heute die freie Arztwahl für Versicherte innerhalb der GKV dar. In der Gegenwart werden in der GKV, hervorgerufen durch Modernisierungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem (vgl. Kap. 3), weitere Nutzerrollen mobilisiert: Weitestgehend vorleistungsfreie Versicherungsansprüche werden durch neue Mitwirkungspflichten ergänzt bzw. konditionalisiert: z. B. bei der Zusammenstellung passgenauer Versicherungsschutzpakete, die Nutzer als Aktivbürger und Konsumenten herausfordern. Die Mitgliedschaft in der GKV alleine – dies ist die zentrale Veränderung – stellt noch nicht das Ausmaß und die Qualität der individuellen Versorgung sicher. Stattdessen entstehen für Versicherte diverse Wahl- und Kooperationszwänge gegenüber ihrer Krankenkasse. Inwieweit ein zunehmend konditionaler Versicherungsschutz, dessen Ausgestaltung von kompetenten Nutzerentscheidungen abhängt, die Realisierung multipler Identitäten erlaubt, soll anhand eines kursorischen Überblicks auf gegenwärtige GKV-Tarife geprüft werden.

Welche Anforderungen sind an ein Krankenversicherungssystem zu stellen, das Nutzer in multiplen Identitäten und vielfältigen Versorgungsbedürfnissen fördert? An dieser Stelle soll folgende Kurzantwort genügen: Gelingt es in der GKV, eine Balance zwischen einem einheitlichen Leistungskatalog für eine kohärente Solidargemeinschaft und zielgruppenspezifischen Angeboten (für Chroniker, alte Menschen, Familien etc.) zu entwickeln, bestehen für Nutzer hinreichende Autonomiespielräume und -ressourcen, die die Verwirklichung unterschiedlicher Interessen ermöglicht: etwa das Bonifizieren gesunder Lebensstile, aber auch die Finanzierung einer optimalen Versorgung bei schweren oder seltenen Erkrankungen oder aber die Bereitstellung von Informationen über Qualität und Kosten von GKV-Leistungen.

Wird die GKV diesen Kriterien in ihrer jetzigen Ausrichtung gerecht? Grundsätzlich ist festzustellen, dass ein fairer Solidarausgleich zwischen versicherten Rechtsbürgern durch ein „Absehen sowohl von individuellen Risiken wie der Leistungsfähigkeit der Einzelnen“ (Verbraucherzentrale Bundesverband [vzbv⁷⁶] 2010: 4) weiterhin gewährleistet ist. Gestärkt wurde hingegen durch die Intensivierung des Kassen- und Vertragswettbewerbs⁷⁷ die Verbraucherposition der Versicherten (vgl. Abschn. 3.3.1). Sozialversicherte Nutzer interagieren demnach prinzipiell mit GKVen „auf gleicher Augenhöhe, nämlich in Form eines *Vertrages*“ (vzbv 2010: 5, Hervorh. i. Orig.); gleichzeitig ist die souveräne Ausübung der Verbraucherrolle sehr voraussetzungsvoll. Diese setzt ein Mindestmaß an Eigenverantwortung von Versicherten als Aktivbürger voraus, die bereit sind, „*vergleichende Informationen* über das angemessene *Preis-Leistungs-Verhältnis* der jeweiligen Angebote“ (ebd., Hervorh. i. Orig.) einzuholen. Im Hinblick auf die gegenwärtige Kassen- und Vertragsentwicklung in der GKV weisen mehrere Indizien darauf hin, dass die besondere Betonung des Verbraucherstatus sowohl zu subjektiven Überforderungsgefühlen führen kann als auch zulasten der Mobilisierung anderer Nutzeridentitäten geht:

- Trotz eines anhaltenden Trends zu Kassenfusionen stehen Versicherten immer noch 153 GKVen zur Auswahl, deren Angebots- und Leistungsprofile z. T. schwer zu vergleichen sind. Wechseln Versicherte die Krankenkasse, geschieht dies i. d. R. aus rein monetären Beweggründen, etwa als Reaktion auf die Forderung nach einem Zusatzbeitrag finanzschwacher Versicherer (vgl. Ärztezeitung 31. 03. 2010, o. S.).
- Adressat der GKVen ist weiterhin der Versicherte als Homo oeconomicus: Sowohl Kampagnen der Versicherer („Optimale Versorgung – günstige Beiträge“ [Allgemeine

⁷⁶ Nachfolgend so zitiert.

⁷⁷ So zuletzt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007.

- Ortskrankenkassen 2011a, o. S.] oder „Kein Zusatzbeitrag 2011!“ [Allgemeine Ortskrankenkassen 2011b, o. S.]) als auch Anbieter des Tarif- und Leistungsvergleichs (vgl. Krankenkassenratgeber 2011, o. S.) orientieren sich primär an den höchsten Einsparmöglichkeiten für den einzelnen Versicherten.
- Gleiches gilt für die Vielzahl an Wahlтарifen: Beworben werden vor allem Selbstbehalt- und Kostenrückerstattungstarife, die sich an gesunde und kostenbewusste Versicherte richten („Entscheiden Sie selbst, wie viel Sie zahlen“, [zit. n. Lamping 2009: 53]). Weniger Aufmerksamkeit erhalten bisher Wahlтарife mit unterschiedlichen Formen der medizinischen Versorgung, etwa zur Integrierten Versorgung oder zu bestimmten Therapierichtungen, die u. U. für bestimmte versorgungsintensive Patientengruppen von Interesse sind.
 - Aufklärungsdefizite bestehen ferner angesichts der Konsequenzen von Wahlтарifen und Leistungspaketen: So ist Versicherten häufig nicht bewusst, dass Wahlтарife, die i. d. R. eine Bindung von drei Jahren vorsehen, das Sonderkündigungsrecht – z. B. im Falle von Zusatzbeiträgen – außer Kraft setzen (vgl. UPD 2010). Ähnliches gilt für Versicherte, die sich an Selektivverträge ihrer Krankenkasse mit bestimmten Leistungsanbietern binden und außer Acht lassen, dass sie dadurch temporär auf das Recht der freien Arztwahl verzichten. In beiden Fällen umwerben GKVen Nutzer als Verbraucher und potentielle Kunden – zuungunsten ihrer (Wahl-)Rechte als sozialversicherte Bürger.

Die Beispiele verdeutlichen exemplarisch ein einseitiges Bild des Nutzers als Konsumenten. Dies ist problematisch, da es suggeriert, Konsumenten seien unentwegt in der Lage, rationale Entscheidungen zu treffen. Andere Identitätsdimensionen kommen in den diskutierten GKV-Defaults, die Versicherten handeln nahezu ausschließlich unter Kosten-Nutzen-Kriterien beurteilen, nicht vor: „Das Verhältnis zwischen Kasse und Versichertem wird durch die Wahlтарife, und dabei insbesondere durch die optionalen Wahlтарife und die durch diese angestoßene „Selbstselektion“ der Versicherten, marktmäßiger und stärker dem individuellen Kalkül unterworfen.“ (Lamping 2009: 53) Die Autonomie von Nutzern ist folgerichtig innerhalb eines auf rationale Verbraucherentscheidungen ausgerichteten Frameworks auf die des mündigen Verbrauchers limitiert. „Individuelle Gestaltungsfreiräume der Versicherten“ (ebd.), z. B. bei qualitätssensiblen Versorgungsbereichen wie Zahnersatz, ergeben sich vorrangig für „Versicherte mit höherem Einkommen“ (Zok 2009: 8), wohingegen Versicherte mit einem geringeren Einkommen, aber auch diejenigen, die (bewusst oder unbewusst) in der Rolle des passi-

ven Leistungsempfängers verharren, qualitative Versorgungsunterschiede jenseits der Basisversorgung in Kauf nehmen.

Kurzum: Innerhalb der GKV verfolgen Nutzer als versicherte Bürger, Patienten und Verbraucher unterschiedliche Interessen und Ziele. Gleichwohl sind Identitätswahl und Nutzerhandeln nicht frei, sondern werden erheblich durch das Design und die Mechanismen der Versichertenadressierung und -aktivierung der GKV mitbestimmt. Im Ergebnis entsteht eine Hierarchisierung bzw. eine relative Auf- und Abwertung von Nutzeridentitäten: Abgewertet wurde die Rolle des versicherten Bürgers und anspruchsberechtigten Leistungsempfängers, der ohne Vor- und Eigenleistung eine umfassende medizinische Versorgung erhält. Zwei weitere Nutzeridentitäten sind hingegen deutlich aufgewertet worden: die des mündigen Aktivbürgers, der Mitverantwortung für sein persönliches Versorgungsniveau trägt, und die des souveränen Verbrauchers, der Wahlentscheidungen hinsichtlich Leistungspaketen trifft und ggf. von der Exit-Option (dem Krankenkassenwechsel) Gebrauch macht. Grundsätzlich bedeutet die stärkere Handlungsrelevanz einer bestimmten Nutzeridentität jedoch nicht die vollständige Erosion vorheriger Rollenmuster und Identitätsressourcen. Dies soll an einem zweiten Beispiel, dem Arzt-Patient-Verhältnis, verdeutlicht werden.

Nutzeridentitäten im Arzt-Patient-Verhältnis

Das Arzt-Patient-Verhältnis (allgemeiner: Professionellen-Nutzer-Verhältnis) ist als eine Art Scharnier zwischen Nutzern und der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems zu betrachten; insbesondere der Zugang zu krankenkassenfinanzierten Leistungen erfordert die vorherige Diagnose eines behandelnden Professionellen. Ein zentrales Merkmal des Arzt-Patient-Verhältnisses sind unvermeidbare Defaults, d. h. feste Rollenbilder und Handlungsrahmen. Die Asymmetrien zwischen Arzt und Patient, in denen Letzterer Adressat von Verhaltensempfehlungen (*nudges*, vgl. Abschn. 4.1) ist, kann nicht aufgehoben werden und hat weiterhin eine wichtige Schutzfunktion für schwache und bedürftige Menschen. Die „fürsorgliche Bevormundung“ (Evers 2010b: 286) durch Professionelle ist Grundbestandteil medizinischer Dienstleistungen, auch wenn sie die Identitätsmobilisierung von Nutzern a priori limitiert.

Gleichwohl wurden in Abschnitt 3.4.2 verschiedene Interaktions- und Aushandlungsmodi zwischen Ärzten und Patienten vorgestellt und es wurde argumentiert, dass insbesondere gemäß dem Leitbild des SDM Nutzer als Koproduzenten herausgefordert werden. Die Mobilisie-

zung der Koproduzentenidentität verspricht Nutzern mehr Autonomie im Behandlungsprozess, indem sie persönliche Bedürfnisse und Präferenzen zur Geltung bringen und so eine passgenauere Versorgung erhalten. In einigen Fällen, insbesondere wenn Patientenorganisationen den Wissens- und Kompetenzerwerb der Betroffenen unterstützen, entsteht tatsächlich eine Aushandlung „auf Augenhöhe“. Dies gilt nicht zuletzt für Chroniker, die als geschulte „Berufspatienten“ Ärzte auf innovative Therapieverfahren hinweisen und zusammen mit ihnen Behandlungskriterien besprechen. Hier kann, wie dies in Großbritannien geschieht, von *expert patients* gesprochen werden (vgl. Expert-Patients-Programme 2011).

Gleichwohl stehen die „Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patient/-innen“ (Dieterich 2010: 143) sowie das Ideal partizipativer Versorgungssysteme, die vom Bild des Patienten als notleidenden und passiven Hilfebedürftigen insofern Abstand nehmen, als dass dem eigenständigen Management wie auch der subjektiven Verarbeitung von Krankheit und Leid mehr Bedeutung beigemessen wird, in einem Spannungsverhältnis zu den realen Handlungszwängen des Gesundheitswesens. Erschwert wird die Aktivierung autonomiesichernder Identitätsressourcen durch folgende Faktoren:

- Grundsätzlich zu beobachten ist eine Neuausrichtung des Arzt-Patient-Verhältnisses anhand des Eigenverantwortungsprinzips bzw. „der Individualisierung der Zuständigkeit für Gesundheit“ (ebd.: 145). Dies geschieht vornehmlich mittels Zuweisungen⁷⁸ anstatt durch freiwillige Übernahme von Selbstverantwortung, wobei die Aufforderung zur finanziellen Eigenverantwortung von (staatlichen) Gesundheitserziehungspolitiken zu unterscheiden ist, die *gute* und *schlechte* Lebensstile sanktionieren.
- Gesundheitliche Koproduktion schafft unter diesen Vorzeichen vor allem ein „Selbstdisziplinierungspotenzial“ (ebd.: 153) bzw. ist (teilweise) erst die Voraussetzung zum Leistungserhalt – anstatt eine mögliche Quelle der *Selbststabilisierung* im medizinischen Behandlungsprozess.
- Unfreiwillige bzw. erzwungene Koproduktion (*coerced compliance*) und daraus resultierende Überforderungsgefühle: Ärztliche Anweisungen an Patienten „koproduktivistisch“ am Behandlungsprozess mitzuwirken – etwa durch das Einhalten von Diätplänen, den Verzicht auf Genussmittel und durch hinreichend körperliche Bewegung –

⁷⁸ Dieterich (2010: 146 ff.) zufolge orientieren sich „normierende“ Zuschreibungen, „welche individuelle Verantwortung als Ansatzpunkt für Gesundheit und für die Lösung gesundheitspolitischer Probleme zentral setzen“, an aktiven Patienten, indem sie Augenhöhe zu Professionellen suggerieren.

oder Versorgungsangebote vernünftig in Anspruch zu nehmen⁷⁹, verlieren an Autorität und Glaubwürdigkeit, wenn Patienten erleben, dass Ärzte medizinisch notwendige Leistungen rationieren (müssen). Gleiches gilt für individuelle Mitwirkungspflichten, z. B. in DMP, die nicht durch entsprechende Schulungsprogramme flankiert werden und Patienten den Eindruck vermitteln, ihre Selbstmanagementleistungen dienen vorrangig übergeordneten Effizienz- statt persönlichen Gesundheitszielen.

- Direktive Vorsorgeverpflichtungen – etwa bei Krebserkrankungen –, deren Nichteinhaltung im Krankheitsfall zur Verweigerung einer reduzierten Zuzahlung für Chroniker führt (vgl. Abschn. 3.2.4), zwingen Nutzer ebenfalls zu einem *gewissenhaften Vorsorgeverhalten*. Auch Chroniker, die bei fehlendem Nachweis eines *therapiegerechten Verhaltens* die Einstufung als reduziert zuzahlungspflichtig verirken, agieren nicht aus intrinsischer Motivation als Koproduzenten, sondern vor dem Hintergrund drohender finanzieller Sanktionen.

Arzt-Patient-Verhältnisse, die durch einen oder mehreren dieser Prägefaktoren präformiert sind, erschweren es Nutzern, autonom zwischen verschiedenen Identitätsressourcen zu changieren. Der notwendige Rollenswitch des Patienten als „Nachfrager, Leistungsempfänger, Klient, Koproduzent, Entscheider, Partner, Versicherter“ (Kray 2011: 7 f.) erweist sich für viele als Überforderung. Die Einforderung bestimmter sozial- und systemverträglicher Verhaltensweisen geschieht stattdessen autoritativ und teilweise unter Androhung von Sanktionen. Das Autonomieversprechen des Konzepts „multipler Nutzeridentitäten“ gerät im Arzt-Patient-Verhältnis auch dann an seine Grenzen, wenn Nutzer von Professionellen unvermittelt als Konsumenten und Kunden adressiert werden, wenn also Verbraucherhandeln im Gesundheitswesen nicht als Stärkung der Nutzerposition, sondern als Beschädigung des vormals geschützten Vertrauensverhältnisses erlebt wird. Dieser Fall liegt in etwa folgenden Konfliktsituationen vor:

- bei der Vorenthaltung kassenfinanzierter Leistungen sowie deren Angebot als Selbstzahlerleistungen (vgl. Richter/Rehder/Raspe 2009),
- bei ärzteinitiierten IGeL-Offerten, die nicht mit einer rechtlichen Aufklärung hinsichtlich der Konsequenzen des Rollenwechsels vom Patienten zum Verbraucher verknüpft sind,

⁷⁹ Barnes und Prior (2009: 6) fassen hierunter folgende Mitwirkungspflichten von Patienten: „[N]otifying an inability to make an appointment; managing the consumption of medications; taking appropriate measures to assist infections control in hospitals; commenting on services to help improve them“.

- bei medizinisch nicht notwendigen Angeboten der (plastischen) Schönheitschirurgie oder Komplementärmedizin, die Patienten im direkten Anschluss – im Sinne eines fließendes Übergangs – an kassenfinanzierter Therapien unterbreitet werden.

In den genannten Beispielen wird Patienten die Konsumentenrolle anempfohlen bzw. aufoktroyiert, ohne sie vorher über Rechte und Pflichten, Risiken sowie bestehende Handlungsnotwendigkeiten und -alternativen zu informieren. Zugespielt formuliert ist in der Versorgungsrealität, bezogen auf das Arzt-Patient-Verhältnis, somit eine Mobilisierung koproduktivistischer und konsumententypischer Nutzeridentitäten unter Zwang festzustellen. Theoretisch können Patienten diesen Rollenzuweisungen zwar subversiv begegnen, indem sie z. B. von Ärzten Respekt für ihre gesundheitsbezogenen Überzeugungen und Behandlungsbiographien einfordern oder IGeL kategorisch ablehnen; gleichwohl verlangen solche Verhaltensweisen eine starke Persönlichkeit und Beharrungsvermögen – Ressourcen, die gerade bei kranken Menschen i. d. R. vollständig an den Genesungsprozess gebunden sind.

Ziel dieses Abschnitts war es darzulegen, dass in der Versorgungsrealität eine Hierarchisierung von Nutzeridentitäten besteht. Die Existenz multipler Identitäten gibt für sich genommen noch keine Hinweise in Bezug auf deren real(politisch)e Relevanz. Letztere ergibt sich aus einem komplexen Wechselspiel zwischen Versorgungsstrukturen und Adressierungsstrategien sowie individueller *agency* – dem Vermögen, persönliche Präferenzen und bestehende Handlungsoptionen situativ in Einklang zu bringen. Gleichwohl negiert die starke Betonung der Koproduzenten- und Konsumentenidentität nicht das Vorhandensein anderer Identitätsdimensionen im Gesundheitswesen: Identitäten, wie die des aktiven Bürgers und Gemeinschaftsmitglieds, deren Geltung durch einseitige Adressierung erschwert wird, fließen in das konkrete Nutzerhandeln, etwa der Arzt- und Therapiewahl, mit ein und bilden hybride Identitätskonstruktionen von Nutzern (vgl. Olk 2011: 492 ff.).

Das Zwischenergebnis rekapituliert die zentralen Aussagen dieses Kapitels und fragt nach den sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine von GKV'en, Ärzteschaft und Pharmaindustrie unabhängige Nutzerunterstützung.

5.7 Zwischenergebnis

In diesem Kapitel wurden multiple Nutzeridentitäten analytisch aufgespalten. Hierzu wurden Bezüge zum philosophischen Pragmatismus bzw. dessen Menschenbild hergestellt und

die Quintessenz des Pragmatismus – die Koexistenz pluraler Realitäten, in denen Individuen mannigfaltige Relationen eingehen und unterschiedliche Ziele verfolgen – auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen. Es wurde argumentiert, dass Nutzer im Gebrauch von gesundheitlichen Versorgungsarrangements mehrere Ziele parallel verfolgen und zu deren Realisierung unterschiedliche Identitätsdimensionen und soziale Praktiken mobilisieren: Nutzer können persönliche Gesundheitsprävention betreiben (etwa durch Teilnahme an einem entsprechenden Krankenkassenprogramm), als politisch interessierte Bürger die Zweiteilung von gesetzlichen und privaten Versicherungen ablehnen, jedoch gleichzeitig aus Schutzmotiven private Zusatzversicherungen abschließen, rabattierte Arznei- und Hilfsmittel erwerben sowie sich in Patientenorganisationen engagieren. Die Interessenvielfalt des durchschnittlichen Nutzers mag zwar geringer oder auf ein primäres Ziel (qualitativer oder preiswerter Versicherungsschutz, Service, Mitbestimmung) fokussiert sein, gleichwohl werden eindimensionale Zuschreibungen weder den Modernisierungsdimensionen des Gesundheitswesens (vgl. Kap. 3) noch den realen Strategien vieler Anbieter gerecht.

Der Austausch alter eindimensionaler Rollenzuweisungen, wie die des Versicherten und Patienten, durch systemisch erzwungene neue Leitbilder, wie die des mündigen Patienten und souveränen Konsumenten, wird der Vielfalt der Beziehungsdimensionen von Nutzern des Gesundheitswesens nicht gerecht. Gefragt sind daher gesellschaftliche Konzepte des Umlernens von Nutzern (und Anbietern) in Richtung mehrdimensionaler und offenerer Rollenkonzepte, wie sie im Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ angelegt sind.

Alle Akteure des Gesundheitssystems – sei es die Gesundheitspolitik, seien es Professionelle und Unterstützungseinrichtungen – stehen gleichermaßen vor der Herausforderung, Nutzern mit zielgruppengerechten Programmen, neuen Wahl- und Mitgestaltungsoptionen sowie kontextsensiblen Angeboten entgegenzutreten. Isolierte Betrachtungsweisen werden weder den komplexen Realitäten moderner Gesundheitswesen noch den Interessen und Ansprüchen von Nutzern gerecht. Dies bestätigen u. a. Ergebnisse der britischen Nutzerforschung (vgl. Abschn. 5.3); so verlangen insbesondere die auffällige Diskrepanz zwischen flexiblen Angebotsstrategien von Leistungsanbietern und das Fortbestehen starrer Vorstellungen hinsichtlich der Adressaten nach differenzierteren Analysekonzepten: *„Consumers can be differentiated according to how they see themselves and the depth of their relationships with the services they use.“* (Simmons/Powell 2009: 259)

Ferner wurde auf eine relative Autonomie multipler Nutzeridentitäten abgestellt, die Komplexität an gesetzlichen und privaten Gesundheitsleistungen und Mitwirkungsoptionen progressiv und selbstbestimmt, d. h. im Sinne individueller Wertmotive und Bedürfnisse, zu nutzen. In Anknüpfung an Sens CA wurden hierfür ausreichend Verwirklichungschancen als notwendige Voraussetzung identifiziert, die Nutzern Gestaltungsräume in der Art und Weise der Nutzung (z. B. von Gesundheitsleistungen) eröffnen. Souveränes, dem jeweiligen Kontext angemessenes, Nutzerhandeln – sei es als aktiver Bürger, Patient, Konsument oder Gemeinschaftsmitglied bzw. in vernetzten Nutzeridentitäten – ist, dies wurde ebenfalls deutlich, auf unterstützende Versorgungsstrukturen und den Erwerb unterschiedlicher Nutzerkompetenzen angewiesen. Andernfalls kehren sich individuelle Handlungsoptionen innerhalb moderner Gesundheitssysteme in neue Anforderungszumutungen um, z. B. die persönliche Pflicht, Krankenversicherungsschutz in Form von (kombinierbaren) Leistungspaketen zu wählen, eine (unfreiwillige) Verantwortungsübernahme und Koproduktion bei (schwierigen) medizinischen Entscheidungen oder die (notgedrungene) Selbstorganisation der Krankheitsbewältigung mittels privater Unterstützungsnetzwerke.

Eine Perspektive, die einerseits anerkennt, dass Nutzer im Bereich der Gesundheitsversorgung heterogenen Anforderungen ausgesetzt sind und plurale Interessen verfolgen, andererseits in der Herausbildung multipler und kontextsensibler Nutzeridentitäten die Chance zum mündigen Umgang mit diesen Herausforderungen sieht, konturiert den empirischen Fokus dieser Arbeit (vgl. Kap. 7). Zentrales Ziel der empirischen Untersuchung ist es, zu eruieren, inwiefern Nutzerorganisationen auf die Komplexität moderner Gesundheitssysteme und die Vielfalt an Nutzeranforderungen konzeptionell und praktisch reagieren.

6 Multiple Nutzeridentitäten als Herausforderung für Nutzerorganisationen

Einleitende Überlegungen

Das Ziel dieses Kapitels ist es darzulegen, wie schwer es für Nutzerorganisationen ist, an einem Wandel mitzuwirken, der mit einem reichhaltigeren Nutzerkonzept arbeitet und für Lernstrategien optiert, anstatt für die erzwungene Substitution von Nutzerrollen. Im Idealfall unterstützen Nutzerorganisationen mit ihren Angeboten die Herstellung von Übereinstimmungen zwischen „Persönlichkeitsstrukturen mit gesellschaftlichen Strukturen“ (Hartmann 2011: 87). Bezogen auf das Gesundheitswesen bedeutet dies die sinnvolle Verknüpfung von Nutzeridentitäten mit Teilbereichen der Gesundheitsversorgung. Im Folgenden wird das heterogene Spektrum von Nutzerorganisationen der Gegenwart dargestellt. Maßgeblich sind dabei diese Leitfragen:

- Welche Ziele und Aufgaben verfolgen Nutzerorganisationen?
- Welche Verschiebungen des Aufgabenspektrums existieren?
- An welche Nutzer/Ratsuchende richtet sich das Angebot der Organisation?
- Welche Themenschwerpunkte stehen im Vordergrund der Informations- und Beratungsarbeit?

Anschließend wird erörtert, weshalb das Anerkennen der im vorherigen Kapitel dargestellten multiplen Identitäten von Nutzern die Grundvoraussetzung für eine moderne Nutzerunterstützung ist.

6.1 Ziele und Aufgaben von Nutzerorganisationen

Der Begriff „Nutzerorganisationen“ ist in der deutschen gesundheitspolitischen Literatur weitgehend unbekannt. In dieser Arbeit wird er verwandt, um das heterogene Spektrum an Assoziationen, Initiativen und Angeboten abzubilden, die als *dritte Säule des Gesundheitswesens* (neben Leistungserbringern und Kostenträgern) Nutzern vielfältige Unterstützung anbieten. Traditionell verfolgen diese Organisationen, die in vielfältigen Formen am Gesundheitswesen beteiligt und in es einbezogen sind, unterschiedliche Motive (vgl. Abschn. 3.1). Ziele und Aufgaben der gegenwärtigen Nutzerunterstützung in Deutschland sind durch eine programmatische Zweiteilung geprägt:

- einerseits nach „innen“ gerichteter Arbeit, wie etwa auf eigene Erfahrung und Kompetenz gestützte „indikationsbezogene Information und Beratung“ (ebd.: 9) durch die Selbsthilfe. Derartige sozial-emanzipatorische Ansätze – konzipiert vor dem Hintergrund der wahrgenommenen (psychosozialen) Versorgungsdefizite – betonen die „gemeinsame Suche nach Unterstützung“ (Geene et al. 2009: 15) und versprechen „Authentizität, Gleichberechtigung [...] und gegenseitige Hilfe“ (Buchholz 2010: 67) – kurz: die Emanzipation derjenigen, die i. d. R. aufgrund von Krankheiten oder Behinderungen gesundheitliche Dienste in Anspruch nehmen müssen und deren Position traditionell in Versorgungskulturen nur wenig Aufmerksamkeit zukommt. Zur auf die eigene Klientel bezogenen Arbeit zählen darüber hinaus Informations- und Beratungsangebote, die gegenüber der klassischen Selbsthilfe zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Abschn. 3.1.3);
- andererseits nach „außen“ gerichteter Arbeit, in der Nutzerorganisationen gemäß ihrem Selbstverständnis als „kritisch-konstruktiver Akteur im Gesundheitswesen“ (Danner/Nachtigäller/Renner 2009: 4) auf die „politische Durchsetzung des Selbsthilfgedankens“ (Geene et al. 2009: 12) abzielen. Hierzu zählt das Engagement für strukturelle Reformen im Gesundheitswesen, aber auch die Mitwirkung an einem Kulturwandel – z. B. in Form kooperativer statt paternalistischer Interaktionsmodi zwischen Nutzern und Leistungserbringern. Kurzum: Das kollektive Engagement von Nutzerorganisationen zielt auf eine „Umverteilung von Macht und Kontrolle“ (Beresford 2004: 346) innerhalb der Akteursstrukturen des Gesundheitswesens ab.

Aus Sicht von Nutzerexperten spiegelt die Summe beider zentraler Aufgabenbereiche das emanzipatorische Ziel von Nutzerorganisationen wider: Herstellung eines „Zusammenhangs zwischen Person und gesellschaftlicher Umwelt“ (Danner/Nachtigäller/Renner 2009: 6) sowie die Erlangung der Fähigkeit, auf die gegebenen Versorgungsstrukturen kollektiv Einfluss zu nehmen. Retrospektiv kommt der medizinkritischen Gesundheits- und Selbsthilfebewegung der 1970er und 1980er Jahre die Rolle als „institutionelles Gedächtnis“ (ebd.: 9; vgl. Abschn. 3.1.2) der unabhängigen Nutzerunterstützung zu. Dieses Vermächtnis soll angesichts der im folgenden Abschnitt beschriebenen Neujustierung der Arbeitsschwerpunkte von Nutzerorganisationen als Referenzrahmen der eigenen Überlegungen dienen.

6.2 Verschiebungen im Aufgabenspektrum

Die in Kapitel 3 dargestellten Modernisierungsdimensionen von Gesundheitssystemen erhöhen die Komplexität der Gesundheitsversorgung. Die Nutzung von Gesundheitsarrangements

wird voraussetzungsvoller. Beispielhaft hierfür ist die Fragmentierung des medizinischen Versorgungsprozesses innerhalb der GKV durch Selektivverträge und Programme der Integrierten Versorgung (vgl. Matzick 2007a: 9). Verstärkend wirkt in diesem Zusammenhang die sukzessive Entgrenzung von Gesundheit. Gesundheitsleistungen und -produkte diffundieren mit Bedürfnissen, wie Wohlbefinden und Fitness sowie körperlicher Attraktivität (vgl. Kickbusch 2006: 79 ff.), und fungieren als Triebkraft eines expandierenden Gesundheitsmarktes (vgl. Kartte/Neumann 2008).

Derartige Veränderungsprozesse auf der Makroebene begründen ein gesteigertes „Bedürfnis nach beratender Hilfe und Unterstützung“ (Matzick 2007a: 7). Auf politischer Ebene ist daher eine „Stärkung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Patientenrechte“ (Knieps 2009: 20) inzwischen weitestgehend Konsens (ebd.). Darüber hinaus lassen sich veränderte soziale und gesundheitliche Dispositionen der Nutzer von Gesundheitsleistungen heranzuziehen, um den wachsenden Bedarf an (professioneller) Unterstützung zu erklären. In diesem Zusammenhang sind

- Säkularisierungsprozesse, angetrieben durch höhere Bildungsniveaus und bessere Wissenszugänge,
- die schwindende Akzeptanz hierarchischer Beziehungs- und Interaktionsmuster (etwa zu Ärzten) sowie Entstehung neuer Nutzerrollen (vgl. Kap. 5),
- die Veränderungen von Krankheitsbildern hin zu chronischen Verläufen,
- Verlängerung der Lebenszeit zentral (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006: 10 ff.).

Vor dem Hintergrund einer veränderten Bedeutung von Medizin und Gesundheit sowie individuellen Dispositionen entsteht eine paradoxe Situation: Zuschreibungen wie „Experte“ bzw. „Laie“ sind einerseits „kontextspezifische Begriffe“ (Beck/Giddens/Lasch 1996: 157), d. h., vermeintliche Laien, etwa chronisch kranke Patienten, werden in der lebenspraktischen und emotionalen Bewältigung ihrer Krankheit Spezialisten, denen Professionelle fachliche Expertise bereitstellen; andererseits führen der universale Charakter und die erleichterte Zugänglichkeit von gesundheitsrelevantem und medizinischem Wissen sowie die Pluralisierung therapeutischer Optionen nicht zwangsläufig zu mehr Handlungssicherheit von Nutzern. Im Gegenteil: Die Parallelität von persönlicher Wissens- und Kompetenzsteigerung und individueller Verunsicherung bei der Bewältigung gesundheitlicher Probleme erzeugt einen zusätzlichen Bedarf nach „Ordnung und Systematisierung“ (Matzick 2007a: 12).

Um der gewandelten Nutzernachfrage nach Unterstützung gerecht zu werden, ist eine Anpassung des Aufgabenspektrums von Nutzerorganisationen notwendig. Zeitgemäße Angebote der Nutzerunterstützung müssen mit Nestmann (2007: 18 f.), je nach konzeptioneller und methodischer Ausrichtung, mindestens eines der folgenden Funktionsbündel erfüllen:

- Informationsbalance und Entscheidungsmanagement,
- Präventionsförderung und Salutogenese,
- Bewältigungshilfe und Rehabilitationsunterstützung,
- Entwicklungsanregung und Lebenslaufbegleitung.

Keine Erwähnung findet in dieser Aufgabenbeschreibung die parallele, politische Arbeit entsprechender Organisationen, deren Ziel es ist, nutzerorientierte (Struktur-)Reformen anzustoßen, einzufordern oder zu begleiten. Stattdessen wird eine Ausdifferenzierung einzelner Unterstützungsmodule vorgeschlagen, die Nutzer bedarfsgerecht in Anspruch nehmen und kombinieren sollen. Die Pluralisierung von Unterstützungskonzepten, im Sinne des Motivs der individuellen Autonomiesicherung und Kompetenzsteigerung, erfordert eine stärkere Aufgabenteilung. Der Gegenstand der empirischen Analyse dieser Arbeit ist das gesamte Spektrum der unabhängigen *Nutzerunterstützung*, d. h. gleichermaßen durch Patienteninformations- und Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Verbraucherzentralen.

In den Fokus des Forschungsinteresses rücken demnach Einrichtungen, die potentielle Nutzer von Gesundheitsleistungen über deren Qualität und Zugänglichkeit *informieren*, Organisationen, die in der allgemeinen *Beratung* von Versicherten und Patienten tätig sind, Patientenorganisationen im engeren Sinne, die i. d. R. auf ein Krankheitsbild spezialisiert sind, Angebote der *Nutzerreduktion* und *-schulung* sowie Einrichtungen, die sich (zusätzlich) in der *Patientenfürsprache* engagieren. Worin unterscheiden sich die genannten Aspekte der Nutzerunterstützung?

- Die Nutzeraufklärung beschränkt sich auf die Bereitstellung und Vermittlung von strukturellen, neutralen Navigations- und Qualitätsinformationen hinsichtlich des Gesundheitssystems und dessen Akteuren sowie des Leistungsgeschehens. Inwieweit Nutzern Informationen und abstraktes Gesundheitswissen weiterhelfen, hängt maßgeblich von der Fähigkeit zur individuellen Kontextualisierung und der persönlichen

Bedeutungszuschreibung entsprechender Fakten ab (Matzick 2007b: 46 f.). Nach Erhebungen des Gesundheitsmonitors 2010 der Bertelsmann Stiftung sind die „Wissensdefizite über Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems“ (Marstedt 2010: 46) erheblich und werden von bisherigen Ansätzen der Nutzerinformation nur unzureichend behoben (ebd.: 63). Darüber hinaus rangiert die „Struktur der Gesundheitsversorgung“ nur im Mittelfeld der Themen, über die Nutzer Information und Beratung einholen (vgl. Prognos AG 2009: 7).

- Die Beratung von Nutzern bedient sich ebenfalls des Instruments der Information, jedoch in interventionistischer Absicht.⁸⁰ Gewissheit über das eigene Handlungsrepertoire wird hierbei mittels der problemzentrierten Interaktion zwischen Beratern und Ratsuchenden erzeugt (vgl. Rehtien 1998: 16). Das Ziel ist einzelfallorientierte Vermittlung und partnerschaftliche Genese von kontextspezifischem Wissen sowie individuelle Befähigung von Nutzern. Kurzum: Stärkung von persönlichen Problemlösungs- und Kompetenzpotentialen hinsichtlich der Auswahl von Leistungsanbietern und Behandlungsoptionen sowie der selbständigen Krankheitsbewältigung steht im Vordergrund der Beratung. Ferner kann die Beratungsfunktion Hilfestellungen in Form einer sozialrechtlichen Anwaltschaft umfassen (vgl. Francke/Mühlenbruch 2004: 164).
- Interventionsformen der Nutzerreduktion und -schulung setzen direkt bei der „kritischen Gesundheitsbildung“ (Dierks/Seidel 2009) von Nutzern an. Der Kompetenzerwerb umfasst medizinische, aber auch gesundheitssystembezogene Inhalte und bedient sich u. a. der Simulation von physiologischen Abläufen sowie von konkreten Behandlungssituationen (ebd.).⁸¹
- Informations- und Beratungsstellen, die Nutzern nicht nur qualifizierten Rechtsbeistand (*advocacy*) anbieten, sondern ebenfalls Anlaufstelle in Bezug auf Missstände im Gesundheitswesen und Beschwerden über Kostenträger und Leistungserbringer sind, nehmen zusätzlich eine Fürsprecherrolle oder die Funktion einer Ombudsstelle wahr (vgl. Kranich 1999: 322 f.).

⁸⁰ Schmidt-Kaehler (2007: 141) unterscheidet acht Prinzipien der Patientenberatung: „1. nutzerorientiert, 2. theoretisch und methodisch fundiert, 3. alltags- und lebensweltorientiert, 4. ressourcen- und lösungsorientiert, 5. anwaltschaftlich, 6. beziehungsorientiert, 7. neutral und unabhängig und 8. vertraulich und diskret.“

⁸¹ Exemplarisch ist hier die „Patientenuniversität“ der Medizinischen Hochschule Hannover zu nennen, die seit 2006 „Gesundheitsbildung für jedermann“ anbietet und deren Angebote die Zielsetzung verfolgen, „das Wissen der Teilnehmer über den Aufbau des menschlichen Körpers, die Funktion der Organe, die Entstehung von Erkrankungen und die therapeutischen Möglichkeiten ebenso zu erhöhen wie das Wissen über Prävention, Patientenrechte, Finanzierungsfragen oder Anlaufstellen im Gesundheitswesen“ (Dierks 2009: 98).

Zentraler Anspruch der gesamten unabhängigen Nutzerunterstützung ist Parteilichkeit bei gleichzeitiger Professionalität (ebd.: 309). Die Erfüllung dieser Doppelfunktion wird nach Auffassung der Beratungsforschung von Ratsuchenden zunehmend vorausgesetzt (Matzick 2007: 10): „Patienten und Versicherte wenden sich an Patientenberatungsstellen mit der Erwartung, eine möglichst objektive und neutrale Einschätzung zu erhalten, Handlungs- und Entscheidungssicherheit zu gewinnen, anwaltschaftlich unterstützt und ggf. im Schadensfall vertreten zu werden.“ Die Bereitschaft der Betroffenen, Unterstützung eigeninitiativ einzufordern, ist von der Erwartung getragen, dass kollektive Interessenvertretung und eigenes Nutzerhandeln starre Strukturen und wahrgenommene Missstände im Gesundheitswesen verändern können. In diesem Zusammenhang wirken „historische“ Vorbilder ermutigend. In Deutschland bestehen diese vor allem in der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung der 1970er und 1980er Jahre (vgl. Abschn. 3.1.2), aber auch in der noch jüngeren Hospizbewegung. Letzterer gelang es 2002, gemäß dem Prinzip *ambulant vor stationär*, häusliche Palliativversorgung strukturell im deutschen Gesundheitssystem zu verankern (vgl. Jordan 2007: 111 f.).

Doch wie lässt sich ein Kultur- und Praxiswandel im Versorgungssystem anstoßen? Zunächst müssen sowohl die ausschließliche Übernahme der Betroffenenperspektive seitens der Nutzervertreter als auch die fachliche Kompetenz der Nutzervertreter gewährleistet sein. Die *Demokratisierung des Gesundheitswesens*, d. h. die Absenkung von Wissensasymmetrien zwischen Nutzern und Leistungserbringern und Erweiterung der politischen Mitsprache von Nutzervertretern (vgl. Ose 2008: 266 ff.), bedarf der entsprechenden programmatischen Ausrichtung von Nutzerorganisationen. Viele der interviewten Experten (vgl. Kap. 7) sehen die politische Beteiligung von Nutzervertretern in den strukturellen Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems begründet, insbesondere weil „Partizipation der Logik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dem Solidar- wie auch Sachleistungsprinzip“ (Etgeton 2009c: 107) entspreche. Hieraus leiten Nutzervertreter eine spezifische „Legitimation durch Beteiligung“ (ebd.: 105) ab. Gleichwohl engagieren sich Nutzerorganisationen in unterschiedlichem Maße in Beteiligungsgremien und -verfahren. Von daher ist neben der Aufgabenverschiebung in Richtung einer Intensivierung der Beratungstätigkeit auch eine Spezialisierung von Nutzerorganisationen nach Aufgabenbereichen zu beobachten.

Die Mitwirkung im obersten Selbstverwaltungsorgan des deutschen Gesundheitssystems, dem G-BA (vgl. Abschn. 2.3), ist vor diesem Hintergrund zugleich ein Privileg weniger Nut-

zerorganisationen sowie eine organisatorische Herausforderung. Der Erwerb von Demokratiekompetenz bleibt in diesem Zusammenhang eine praktische Notwendigkeit (vgl. Kranich 2004: 953). Zudem erfordert die Partizipation (von zumeist ehrenamtlichen) Mandatsträgern erhebliche zeitliche sowie seitens der Nutzerorganisationen zusätzlich finanzielle Ressourcen (vgl. Etgeton 2009c: 110). Im G-BA wird die politische Arbeit von Dachorganisationen oder Bundesverbänden geleistet. Kleinere Patienten- und Selbsthilfeorganisationen müssen eine Balance zwischen Informations- und Beratungsarbeit sowie politischem Engagement finden. Ebenso sind sie – da ihnen häufig der Zugang zu Entscheidungsgremien und -trägern fehlt – stärker auf mediale Berichterstattung und aufmerksamkeitserregende Kampagnen angewiesen, um ihre Anliegen öffentlich zu machen.

Im gleichzeitigen Bemühen, über Beteiligungsverfahren und politische Öffentlichkeitsarbeit die strukturellen Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens nutzerfreundlicher zu gestalten, liegt der entscheidende Unterschied zu Anbietern der abhängigen Patientenberatung. Diesen wird in der Forschung eine ökonomische Orientierung zugeschrieben. Der Ausbau an Informations- und Beratungsmöglichkeiten gründet sich in erster Linie auf eine Expansion von Gesundheitsmärkten und mehr Zuzahlungen bei Gesundheitsleistungen. Entsprechende Anbieter der anhängigen Nutzerberatung verfolgen demnach das Ziel, die Eigenverantwortung und Kompetenzen von Nutzern als Konsumenten und Kunden zu stärken. Auf den Sektor der abhängigen Nutzerunterstützung wird im Folgenden kursorisch eingegangen.

6.3 Anbieter abhängiger Nutzerunterstützung

Als Anbieter abhängiger Nutzerunterstützung gelten Akteure (vor allem Krankenkassen, KVen, Krankenhäuser), die am Prozess der medizinischen Leistungserbringung direkt beteiligt sind und vorrangig Interessen verfolgen, die nicht mit denen von Nutzern im Einklang stehen (vgl. Ose 2008: 268 ff.). Die Primärinstanz der interpersonellen, abhängigen Beratung ist traditionell die Ärzteschaft. Ärzte interagieren – trotz professioneller und ethischer Standards – mit Nutzern auch vor dem Hintergrund von pekuniären (z. B. IGeL) und systemimmanenten Ökonomisierungsinteressen im Sinne der Rationierung von Leistungen (vgl. Schaeffer/Dierks 2006: 69 f.; Abschn. 3.2; 3.3).

Darüber hinaus wenden sich KVen, Ärztekammern, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pharmaunternehmen, Apotheken, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sowie zahlreiche kommerzielle Massenmedien ebenfalls in informierender und beratender Absicht an Nutzer.

Auch diesen Akteuren wird eine unabhängige und neutrale Informations- und Beratungstätigkeit abgesprochen (vgl. Dierks/Diel/Schwartz 2003: 341 f.). Der Vorwurf lautet, dass entsprechende Angebote keinen Beitrag zur Erzeugung von Transparenz (etwa hinsichtlich der Qualität des Leistungsgeschehens) leisten, sondern „Beratung und Information zugleich als Marketinginstrument“ (Schaeffer/Dierks 2006: 70) eingesetzt werden. Die Grenzen zur subtilen Werbung bzw. in Bezug auf Krankenkassen zur gezielten Kundenbindung (vgl. Dehlinger 2005: 325; Hanker/Vauth/Schulenburg v. d. 2008) sind dementsprechend fließend. Kontrovers ist, inwieweit politik- und institutionennahe Einrichtungen, wie Patientenbeauftragte, als unabhängig zu bezeichnen sind (vgl. Schaeffer/Dierks 2006: 74). Da sie kein finanzielles Eigeninteresse an der Leistungserbringung besitzen, werden institutionelle Patientenbeauftragte in dieser Arbeit dem unabhängigen Unterstützungssegment zugerechnet. Stellvertretend für die obengenannten abhängigen Informations- und Beratungsstellen wird in diesem Zusammenhang auf die Arbeit von KVen, GKVen und Apotheken verwiesen:

- KVen bemühen sich seit einiger Zeit, in der Öffentlichkeit nicht einseitig als Institutionen der ärztlichen Honorarverteilung wahrgenommen zu werden. Beratungsstellen und Internetangebote bieten u. a. Hilfe zur Suche nach Kassenärzten sowie Programmen der Integrierten Versorgung an und klären ferner über medizinischen Fragen auf. Die Qualität des internetbasierten Informationsangebots ist mittlerweile häufig zertifiziert – etwa durch die Stiftung Health on the Net (HON).
- Für die GKV ist die „Bereitstellung von Gesundheitsinformationen originäre Aufgabe und gleichzeitiger Wettbewerbsfaktor“ (Hanker/Vauth/Schulenburg v. d. 2008: 21). Bei der Erfüllung dieser quasi verpflichtenden Serviceleistung setzen GKVen vor allem auf direkte Kundengespräche und internetgestützte Angebote, wobei die Informationsvermittlung zu Themengebieten wie „Chronikerversorgung“, „Prävention“ und „gesündere Lebensweise“ signifikant zunimmt (ebd.: 27). Zudem erfordern neue selektive Vertragsmodelle zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (vgl. Abschn. 3.3.1; 3.3.5) von Letzteren verstärktes Marketing, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen (vgl. Micklitz 2008: 35). Daher setzen Krankenkassen auf eine Schulung ihrer Versicherten, indem sie etwa Kurse wie „Gesundheitsinformationen finden, bewerten und nutzen“, „Arztgespräche erfolgreich führen“ oder „Gesundheitsdienstleister finden und bewerten“ anbieten (vgl. Techniker Krankenkasse 2011, o. S.).
- Beratung und Information sind ausdrücklicher Bestandteil der Apotheken-Betriebsordnung (vgl. Büschges 2008: 260). Beide Tätigkeiten wurden in der jüngeren Vergan-

genheit seitens des Berufsverbandes offensiv zur Verteidigung des „Apotheken-Fremdbesitz-Verbotes“ angeführt. Kritisiert wird weiterhin die kundenorientierte Form der Beratung in Apotheken, die in „geschäftsförmiger Atmosphäre“ (Schaeffer/Dierks 2006: 73) erfolge.

Die Gemeinsamkeit der Unterstützungsangebote von Ärzteschaft, Krankenkassen und Apotheken ist somit ein kundenorientierter Informations- und Beratungsstil, der darauf abzielt, Nutzer an bestimmte Leistungsanbieter und Medizinprodukte-Hersteller zu binden – insbesondere vor dem Hintergrund eines voranschreitenden Anbieterwettbewerbs (vgl. Abschn. 3.3.5). Ob der zentrale Stellenwert von Kundenbindung und Serviceleistungen ausreicht, um Angeboten der abhängigen Beratung per se Nutzerorientierung abzusprechen, kann hier nicht erörtert werden. Gleiches gilt für die Frage, inwieweit Angebote des abhängigen Segments langfristig konturierend auf den gesamten Beratungsmarkt wirken und/oder unabhängige Anbieter verdrängen (vgl. Francke/Mühlenbruch 2004: 166; Schaeffer/Dierks 2006: 85 f.). Festzuhalten ist, dass Informations- und Beratungsangebote von Leistungsbringern und Kostenträgern auf der einen Seite und unabhängige Unterstützung auf der anderen Seite „relativ unversöhnlich und unverbunden neben einander stehen und wenig kooperative Bezüge zu dem in anderen Bereichen entstandenen Beratungsangebot aufweisen“ (Schaeffer/Dierks 2006: 71). Dies ist vor dem Hintergrund von Nutzerbefragungen bemerkenswert, die ergeben haben, „dass der Aspekt der ‚Unabhängigkeit‘ offenbar nicht von der vermutet hohen Relevanz ist, sondern dass sich eine gute Beratung in erster Linie durch sachliche Richtigkeit, Ausführlichkeit, Verständlichkeit etc. auszeichnet“ (Prognos AG 2009: 27). Nutzer holen sich demnach Unterstützung von den subjektiv vertrauenswürdigsten Anbietern. Dies kann sowohl der Hausarzt oder Apotheker als auch die Selbsthilfegruppe sein.

Signifikant für das deutsche Gesundheitswesen ist gleichwohl die kulturelle Spaltung des Spektrums an Unterstützungsangeboten. Folglich lassen sich Themenschwerpunkte und Zielgruppen des in dieser Arbeit untersuchten unabhängigen Beratungs- und Informationssegments u. a. in bewusster Abgrenzung und als Reaktion auf etablierte Akteure und Interessen verstehen. Im Folgenden werden die wichtigsten Anbieter einer unabhängigen Nutzerunterstützung vorgestellt; desgleichen wird auf die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsinformation und -beratung in Internet eingegangen.

6.4 Anbieter unabhängiger Nutzerunterstützung

Wesentlich für die Betrachtung von unabhängigen Informations- und Beratungsanbietern ist deren strukturelle Unterlegenheit, im Vergleich zu entsprechenden Angeboten von Leistungserbringern und Kostenträgern. Zwei Dimensionen sind hierbei zu nennen: Zum einen sind Einrichtungen der unabhängigen Nutzerunterstützung finanziell schlechter gestellt. Je nach Träger finanzieren sie sich durch Mitgliedsbeiträge, Spenden, öffentliche Mittel oder gemäß SGB V § 65b durch Fördermittel des GKV-Spitzenverbands. Letztere belaufen sich jedoch auf lediglich fünf Millionen Euro im Jahr – ein Bruchteil des Betrages, den die GKVen jährlich in Werbung investieren (vgl. Etgeton 2009b: 102). Zum anderen unterscheiden sich die Anbieter hinsichtlich ihrer (politischen) Möglichkeiten, auf Institutionen und Strukturen des Gesundheitswesens Einfluss zu nehmen. In Bezug auf diese zweite Säule der Unterstützungsarbeit – die nicht im Zentrum des Forschungsinteresses dieser Arbeit steht – existieren, wie bereits angesprochen, erhebliche Unterschiede. So sind die Verbraucherzentralen über ihren Bundesverbands oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) Mitglieder des G-BA. Auf ein bestimmtes Krankheitsbild spezialisierte Patientenorganisationen hingegen wählen häufiger das Instrument der gezielten, teilweise skandalisierenden, Öffentlichkeitsarbeit, um mittels ihrer Unterstützungsarbeit wahrgenommene strukturpolitische Defizite anzuprangern und/oder konkrete Reformvorschläge zu unterbreiten.

Zur Einordnung der Bedeutung der Angebote unabhängiger Nutzerorganisationen sind Ergebnisse einer repräsentativen Nicht-Nutzer-Befragung der Prognos AG (2009) im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellverbundes nach § 65b SGB V aufschlussreich. Deutlich wird, dass Nutzer i. d. R. mindestens drei Informationsquellen parallel in Anspruch nehmen, wobei Gespräche mit Ärzten, Kassenvertretern und Freunden bzw. Angehörigen Priorität haben. Angebote der hier untersuchten unabhängigen Nutzerorganisationen stellen bis dato eher ein „komplementäres Angebot“ (ebd.: 15) dar, das vorrangig zu Rechtsfragen und bei Konflikten mit Leistungsanbietern in Anspruch genommen wird. Interessanterweise steigt der Stellenwert der unabhängigen Nutzerorganisationen in der Kategorie „zukünftige Nutzungsabsichten“. Hier können sich 34 Prozent der von Allensbach und der Prognos AG befragten Nutzer vorstellen, Angebote der Selbsthilfe, Verbraucherzentralen oder von Patientenberatungsstellen in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.: 16).

Dennoch ist die Vielfalt von (methodischen) Mitteln, wie Information, Beratung, Schulung, Fürsprache sowie Lobbyarbeit, der unabhängigen Nutzerorganisationen enorm. In Bezug auf

Großbritannien kommen Baggot, Allsop und Jones (2005: 79) zu dem Ergebnis: „[H]ealth consumer groups [...] are not only diverse but are able to change direction to suit new purposes.“ Die limitierte Finanz- und Personalausstattung führt des Weiteren dazu, dass Informations- und Beratungsarbeit sowie strukturpolitische Lobbyarbeit häufig in Personalunion geleistet werden (ebd.). Unabhängige Nutzerberatung erfolgt demnach oft durch Mitarbeiter, die außerhalb ihrer (professionellen) Aufklärungs- und Beratungstätigkeit ehrenamtlich als Patientenvertreter in gesundheitspolitischen Selbstverwaltungsgremien tätig sind. Ferner begründen Selbsthilfegruppen ihr „Engagement aus unmittelbarer persönlicher Betroffenheit“ (Matzat 2003: 289). Auf diese besonderen Formen der Nutzerunterstützung und gesellschaftspolitischen Engagements wird in der folgenden Darstellung zu unabhängigen Informations- und Beratungsanbietern eingegangen.

Verbraucherzentralen: Nutzer- und Versichertenberatung

Die Anfänge gesundheitsbezogener Aufklärungs- und Beratungsarbeit durch Verbraucherzentralen liegen in Hamburg. Dort beauftragte die Hamburger Bürgerschaft 1988 die Verbraucherzentrale, eine Abteilung für „Gesundheit und Patientenschutz“ zu gründen, nachdem im Krankenhaus Barmbek Behandlungsfehler in Serie aufgedeckt worden waren (vgl. Kranich 1999: 319 f., 2006: 228 f.; Krüger 1993). Nach anfänglicher Spezialisierung auf Behandlungsfehlerverdacht kam es Anfang der 1990er Jahre zu einer thematischen Ausweitung. Gleichzeitig wurden in den übrigen Bundesländern Abteilungen gegründet, die sich mit Gesundheitsfragen beschäftigten. Fortan rückten gesunde Versicherte und potentielle Nutzer von Gesundheitsleistungen verstärkt in den Fokus der Unterstützungsarbeit. Gegenwärtig informieren und beraten Verbraucherzentralen zu einem breiten Spektrum verbrauchernaher Gesundheitsthemen, wie Patientenrechte, Wahl von Krankenkassen und Tarifen, Zahnersatz, IGeL, freiverkäufliche Arzneimittel, aber auch Pflegeleistungen. Die informations- und beratungsrelevanten Themen nehmen angesichts der Expansion von Gesundheitsmärkten weiter zu – „je mehr sich im Gesundheitswesen Elemente der Marktwirtschaft breit machen, desto nötiger ist die Unterstützung der Patienten als Kunden und Nutzer von Gesundheitsleistungen“ (Kranich 2006: 229). Ein großes „Zukunftsthema“ für Verbraucherzentralen ist in diesem Kontext der gesundheitliche Datenschutz, der mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte an Stellenwert gewinnen wird. Ferner leisten Verbraucherzentralen weiterhin Rechtsunterstützung bei finanziell oder medizinisch geschädigten Patienten. Hierzu steht ihnen das Instrument kollektiver Rechtsdurchsetzungsverfahren, d. h. Ab-

mahnungen und Verbandsklagen, zur Verfügung (vgl. Buchholz 2010: 242). Seit 2004 vertritt der vzbv Nutzerinteressen im G-BA (vgl. Etgeton 2009a: 260).

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Im Zuge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurden die GKV-Spitzenverbände zur Förderung von unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung verpflichtet. Damit schuf der Gesetzgeber „erstmalig Raum zur institutionellen Förderung der Verbraucher- und Patientenberatung aus Beitragsmitteln“ (Francke/Mühlenbruch 2004: 161). Zu den nach § 65 b SGB V ins Leben gerufenen Modellvorhaben gehört seit der zweiten Modellphase (2006–2010) die UPD.⁸² Nach Abschluss der zehnjährigen Modellphase wurde die UPD Anfang 2011 – zunächst befristet bis 2015 – in die Regelversorgung überführt.

Gemäß ihrem Leitbild verspricht die UPD, „eine nachhaltige und effiziente Beratungs- und Informationsstruktur in Deutschland zu entwickeln, die sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen orientiert“ (UPD 2008: 2). Die Aufnahme von Angehörigen als Zielgruppe in das Leitbild der UPD deutet auf einen weiteren Aspekt des Kulturwandels in der medizinischen Versorgung hin: Als von Krankheit indirekt betroffen und damit ebenfalls unterstützungsbedürftig gelten mittlerweile auch diejenigen, die Patienten pflegen, emotional unterstützen und begleiten und im Laufe ihres Engagements selbst Krisen durchleben. Die UPD richtet sich mit ihren deutschlandweit 21 Beratungsstellen zudem ausdrücklich an alle potentiellen Nutzer des Gesundheitswesens, inklusive nicht versicherter Menschen und Migranten. Bisherige Evaluationen weisen darauf hin, dass diese Personengruppen bisher noch nicht erreicht werden. Die erste Nutzerbefragung der UPD durch die Prognos AG⁸³ (2008: 9), die das Modellvorhaben wissenschaftlich begleitet und evaluiert, verdeutlicht, dass „sich Personen mit höherem Bildungsstand eher als solche, denen Lesen und Schreiben Mühe macht“ beteiligen; auch der Anteil von Migranten unter den Rat-suchenden liegt deutlich unter fünf Prozent (ebd.: 11). Folgerichtig kommt Marstedt (2010: 50) zu dieser Einschätzung: „Wer die UPD nutzt, ist besonders aufgeklärt – dies deutet zumindest die Auswertung der Nutzerstruktur an.“

⁸² Gegründet wurde die UPD als gemeinnützige GmbH im April 2006, auf Initiative des Sozialverbands VdK e. V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und dem Verbund unabhängiger Patientenberatung e. V. (vgl. UPD 2008: 2).

⁸³ Befragt wurden 1520 Nutzer der UPD-Beratungsangebote (vgl. Prognos AG 2008: 5).

Ungeachtet der bisherigen Nutzerprofile beansprucht die UPD, die Befähigung aller potentieller Nutzer zu einem souveränen Umgang mit dem Gesundheitssystem mittels persönlicher und telefonischer Beratungsgespräche zu erreichen.⁸⁴ Zu ihren Aufgabenfeldern zählt die UPD „individuelle Information, Beratung und Begleitung“ (ebd.) sowie die Berücksichtigung von psychosozialen, rechtlichen und medizinischen Gesundheitsaspekten. Dementsprechend vielfältig sind die Beratungsthemen der UPD. Sie umfassen medizinische Aufklärung zu Krankheitsdiagnosen und Leistungsansprüchen im Rahmen der GKV, das Erklären von ärztlichen Berichten und Rechnungen, von medizinischen Unterlagen, Heil- und Kostenplänen sowie Unterstützung bei der Suche nach Ärzten (vgl. Düver 2009: 84 f.). Die UPD ist den Grundsätzen der Unabhängigkeit, Neutralität und Professionalität verpflichtet und sieht sich als „Sensor“, dessen Aufgabe auch Rückmeldung von Qualitätsdefiziten sowie von Unter-, Fehl- und Überversorgung an das Gesundheitssystem ist (vgl. UPD 2008: 4, 6). Ferner strebt die UPD eine enge Kooperation mit anderen Anbietern an, um als „gesellschaftlich anerkannte Marke für unabhängige Patientenberatung in Deutschland“ (ebd.: 6) wirken zu können. Die Prognos AG (2010: 9) kommt zu dem Fazit, dass „insbesondere bei der Vermittlung von Orientierungswissen sowie im Bereich der Konfliktbearbeitung“ Potential zur weiteren Profil-schärfung der UPD bestehe.

Selbsthilfe- und Patientenorganisationen

Im Unterschied zu den beiden vorangegangenen Beispielen konzentriert sich die Arbeit von Selbsthilfegruppen⁸⁵ und Patientenorganisationen auf Patienten und Angehörige. In Deutschland bestehen nach Schätzungen zwischen 70 000 und 100 000 (meist lokale) Selbsthilfegruppen mit ca. drei Millionen Mitgliedern (Matzat 2010b: 552). Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht jeweils Unterstützung bei der Bewältigung einer bestimmten Krankheit. Dies geschieht in der Selbsthilfe ausschließlich durch betroffene Ehrenamtliche, i. d. R. (ehemals) selbst erkrankte Menschen, die einen hohen Grad an Laienkompetenz erworben haben (vgl. Trojan 2003: 324 ff.; 2010: 202 ff.). Die Informations- und Beratungsarbeit ist durch krankheitsbezogene Aspekte bestimmt, wie das Für und Wider von Therapieoptionen oder typische Krankheitsverläufe. Durch die gemeinsame Reflexion von evtl. eingeschliffenen Interaktionsmustern in

⁸⁴ Darüber hinaus bietet die UPD auf ihrer Homepage die Möglichkeit online Anfragen zu stellen, die nach eigener Auskunft binnen 48 Stunden beantwortet werden.

⁸⁵ Seit 1984 existiert die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), die Ratsuchenden Informationen über das nationale Angebot an Selbsthilfe- und Patientenorganisationen vermittelt. Gefördert wird NAKOS durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie durch Förderungsbeiträge (0,51 Euro pro Versicherter) der gesundheitsbezogenen Arbeit durch des Spitzenverbands der GKV nach SGB V, § 20, Abs. 4 (vgl. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen [NAKOS] 2008: 1–7).

Bezug auf Leistungserbringer soll darüber hinaus die Autonomie der Betroffenen gestärkt werden (ebd.: 302). Auch wenn sich Selbsthilfe- und Patientenorganisationen vorrangig an Patienten und deren Angehörige richten, stärken sie weitere Nutzerrollen: z. B. die des Ko-produzenten von Gesundheit, aber auch die des Mitglieds einer gemeinschaftsähnlichen Gruppe, Organisation oder eines Netzwerks. Selbsthilfe ist in diesem Sinne als spezifische Form von bürgerschaftlichem Engagement zu betrachten (vgl. Badura 2004: 155 f.; Matzat 2010b). Im Hinblick auf eine politische Vertretung von Patienten im Gesundheitswesen besitzen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen „grundsätzlich die organisatorischen Fähigkeiten, Patientenorientierung als Problemwahrnehmung in die öffentliche und politische Diskussion einzubringen“ (Gerber 2006: 65).

Patientenstellen

Die Gründung von Patientenstellen steht in engem Zusammenhang mit dem Erfolg der organisierten Selbsthilfe. Patientenstellen gehen auf Initiativen der mittlerweile wieder abgeebbten Gesundheitsbewegung (vgl. Matzat 2003: 292; Abschn. 3.1.2) zurück. Gesundheits-*Bewegte* suchten, „neue Wege der Gesunderhaltung, eine stärkere Berücksichtigung der eigenen Selbstheilungskräfte, verträglichere Heilweisen und insgesamt einen menschlicheren und partnerschaftlichen Umgang zwischen Laien und Professionellen im Gesundheitswesen“ (Hölling 2006: 247) zu etablieren. Dieser Anspruch spiegelt sich bis in die Gegenwart in der Arbeit von Patientenstellen wider. Seit 1989 werden Patientenstellen, die lokal unter der Trägerschaft von Gesundheitsläden und -zentren agieren, national durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) vertreten. Die BAGP ist Mitglied des G-BA. Das Ziel ihrer Lobbyarbeit ist ein „soziales, solidarisches, demokratisches, nicht hierarchisches Gesundheitssystem, in dem Bürger, Versicherte und Patienten als gleichberechtigte Partner betrachtet werden“ (ebd.: 248).

Gemäß ihrem Entstehungshintergrund bemühen sich Patientenstellen intensiv um die Ausbildung und Stärkung von kritischen Gesundheits**bürgern**, insbesondere als Gegenpol zu professionellen Anbietern von Gesundheitsleistungen. Zu den Aufgaben von Patientenstellen gehören daher persönliche Beratung, Bereitstellung neutraler Informationen zu Therapieoptionen und deren Qualität sowie effektive Bearbeitung von Beschwerden. Letztere beziehen sich größtenteils auf Konflikte mit Leistungserbringern, etwa bei IGeL oder zahnmedizinischen Behandlungen, oder auf Abrechnungsmodalitäten von Krankenkassen (vgl. ebd.: 253 f.). Auf

kollektiver Ebene setzen sich Patientenstellen u. a. für transparentere Strukturen im Gesundheitswesen und die gesetzliche Verankerung von Patientenrechten ein (ebd.: 249 ff.).

Patientenbeauftragte und -fürsprecher

Auf Bundesebene existiert seit 2004 das Amt eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten⁸⁶. Hiervon sollte eine Signalwirkung für mehr Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen ausgehen. Als „Kummerkasten“ für Patientenanliegen soll der Patientenbeauftragte an ihn herangetragene Probleme und Defizite aus dem Versorgungsalltag aufgreifen und in der gesundheitspolitischen Arbeit vertreten. Hierzu zählt u. a. die Beratung von Entscheidungsträgern des Gesundheitsministeriums. Ebenfalls seit 2004 gibt es auf Landesebene eine vergleichbare Institution in Berlin.⁸⁷ Neben der anwaltschaftlichen Vermittlungsarbeit für Patienten fungieren institutionalisierte Patientenbeauftragte als Ansprechpartner für Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und unterstützen diese bei der Koordinierung und Vernetzung innerhalb der Gesundheitspolitik.

In Krankenhäusern kümmern sich ehrenamtliche Patientenfürsprecher um Patientenanliegen, die im direkten Zusammenhang mit dem Versorgungsbetrieb in Krankenhäusern stehen (vgl. Kranich 1999: 326). Ihre spezifische Kompetenz als „nicht-professionelle Sprecher“ besteht in der externen und möglichst authentischen Beurteilung von Organisationsabläufen im Krankenhaus (vgl. Wagner 2008: 275 ff.). Durch die Akkumulation von Patientenwünschen und -beschwerden sollen Patientenfürsprecher zur Verbesserung von Versorgungs- und Behandlungsqualität im Krankenhaus beitragen. Patienten sind allerdings nur dann bereit, Beschwerden oder Unzufriedenheit hinsichtlich des Versorgungsprozesses zu artikulieren, wenn im jeweiligen Krankenhaus eine vertrauensbasierte Beschwerdekultur entwickelt wurde (vgl. Riechmann/Günther/Blättner 2008). Defizitär sind bis dato die Professionalität und der allgemeine Zugang zu Patientenfürsprechern und Beschwerdestellen im besonders sensiblen Bereich psychiatrische Einrichtungen (vgl. Hamann et al. 2008).

Gesundheitsinformationen und -beratung im Internet

Das Informationsangebot im Internet zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen wächst stetig. Ebenso steigt die Anzahl derjenigen Nutzer, die regelmäßig auf netzbasierte

⁸⁶ Erste Amtsinhaberin war zwischen 2004 und 2009 Helga Kühn-Mengel (SPD). Derzeit (2011) hat Wolfgang Zöller (CSU) das Amt inne.

⁸⁷ Karin Stötzner, Leiterin der Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle (SEKIS), bekleidet das Amt der Berliner Patientenbeauftragten (2011) in honorierter Nebentätigkeit.

Gesundheitsinformationen zugreifen. In Deutschland waren dies 2006 rund 49 Prozent der Bevölkerung und 71 Prozent der Internetnutzer (vgl. Andreassen et al. 2007); Allensbach und die Prognos AG (2009: 11) ermittelten, dass 31 Prozent der zu gesundheitlichen Fragen Information und Beratung Suchenden das Internet als erste Anlaufstelle nutzen. Die noch junge Forschung zum Nutzungsverhalten der „Gesundheitssurfer“ (Schmidt-Kaehler 2005: 47 ff.) hat herausgefunden, dass gesundheitsrelevante Informationsangebote im Internet – aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit – hauptsächlich als ergänzende Wissensquelle herangezogen werden: etwa um Informationen zu einem Krankheitsbild einzuholen oder einen passenden Arzt zu finden (vgl. Andreassen et al. 2007). Einen vergleichbaren Stellenwert haben Internetquellen für Chroniker bei der Krankenhauswahl (vgl. Geuter/Weber 2009: 30 ff.). Insgesamt wird Nutzern von Gesundheitsinformationen im Internet ein etwas höherer Bildungsgrad (vgl. Zillien 2006: 206) sowie eine Multiplikatorfunktion hinsichtlich der Verbreitung von Informationen zugesprochen: *„This group of internet information seekers is a relatively literate group of people, and they offer a means of reaching into families and social circles with health information.“* (Bastian/Knelangen/Zschorlich 2009: 189)

Diese Einschätzung erstaunt angesichts der Fülle von Anbietern (u. a. Leistungserbringer, Kostenträger, kommerzielle Unternehmen und öffentliche Institutionen), der Pluralität an Zielgruppen (u. a. Bürger, Versicherte, Konsumenten, aber auch Professionelle) sowie der sowohl versorgungsstruktur- als auch gesundheitsrelevanten Informationsausrichtung (vgl. Schmidt-Kaehler 2005: 73). Gleichwohl ist im Hinblick auf die Informationsgüte folgender Einschätzung zuzustimmen (ebd.: 81): *„Das Problem minderwertiger Gesundheitsinformationen ist [...] nicht internetspezifisch, sondern erstreckt sich auf alle verfügbaren Vermittlungsformen.“* Die Gewährleistung von qualitativ hochwertigen Informations- und Beratungsangeboten im Internet ist eine Herausforderung für Anbieter der unabhängigen Nutzerunterstützung. Etablierte Anbieter, wie das IQWiG oder die *Weisse Liste*, setzen auf eine möglichst nutzungsfreundliche Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen (vgl. Abschn. 3.4.3) sowie interaktive Formen der Informationssuche. Darüber hinaus ist eine Expansion von Beratungsangeboten im Internet zu beobachten. Dies ist einerseits auf die offensichtlichen Vorteile einer von Raum und Zeit unabhängigen Kommunikation bzw. Interaktion und die bereits erwähnte Niedrigschwelligkeit des Internets zurückzuführen (vgl. ebd. 2005: 214). Andererseits hat das Internet mittlerweile eine Bedeutung erreicht, die es z. B. Selbsthilfeorganisationen de facto unmöglich macht, auf Onlineberatung als Ergänzung von bestehenden konventionellen Unterstützungsangeboten zu verzichten (vgl. Abschn. 7.2.9).

Die empirische Untersuchung dieser Arbeit (vgl. Kap. 7) basiert auf Experteninterviews mit Vertretern der vorgestellten Nutzerorganisationen. Nutzervertreter haben eigene Wahrnehmungen zur Modernisierung des Gesundheitswesens und den sich daraus ergebenden Rollenanforderungen an Nutzer. Der Aufarbeitung und Diskussion von signifikanten Interviewaussagen vorgeschaltet ist ein Abschnitt, der darlegt, weshalb die Anerkennung und Wertschätzung multipler Identitäten für Nutzerorganisationen konstitutiv ist.

6.5 Anpassung von Nutzerleitbildern

Idealerweise erkennen Nutzerorganisationen die „Vielfalt, Widersprüchlichkeit und Kontextabhängigkeit“ (Kuhlmann 2005: 63) multipler Nutzeridentitäten an und machen diese zum Ausgangspunkt zielgruppengerechter Angebote. Dieser Grundlage folgend fungieren Angebote von Nutzerorganisationen als „Instrument der strukturellen Kopplung zwischen sozialen und psychischen Systemen“ (Hartmann 2011: 87), indem sie Nutzern Unterstützungshilfen bieten, um an ihren „sozialen Adressen“ (ebd.) zu arbeiten, d. h. die Herausbildung multipler Identitäten wie die des Bürgers, Patienten, Koproduzenten und Konsumenten zu fördern und so die „Kommunikationen für ein gesellschaftliches Teilsystem [im Gesundheitswesen, z. B. das Arzt-Patient-Verhältnis, B. E.] präziser zurechenbar [zu] machen und Erwartungen [zu] kanalisieren“ (ebd.). Die Anerkennung des Pluralismus an Identitätsdimensionen in der Gesundheitsversorgung, aber auch das Engagement für die Aufwertung bestimmter von der Anbieterseite vernachlässigter Dimensionen ist nicht selbstverständlich. Viele Nutzerorganisationen gründen ihr Leitbild auf singuläre Vorstellungen vom idealen Nutzer – sei es der mündige Patient, der Professionellen selbstbewusst gegenübertritt, und/oder der kritische Aktivbürger, der die Grundsätze der solidarischen Gesundheitsversorgung (politisch) verteidigt. Eindimensionale Positionen erschweren es jedoch den Organisationen, dominierenden Diskursen, die den Patienten als eigenverantwortlichen Experten und Partner oder aber als souveränen Konsumenten beschwören, alternative Deutungen entgegenzusetzen. Dies hieße etwa, eine sozial-emanzipatorische Vorstellung von Eigenverantwortung als *empowerment* der Betroffenen gegenüber einer Gleichsetzung des Begriffs mit einer einseitigen Verantwortungsüberschreibung zu verteidigen (vgl. Ruckstuhl 2011b: 69; Abschn. 7.2.5).

Um dem Handeln von Nutzern innerhalb komplexer Gesundheitssysteme gerecht zu werden, ist es zunächst bedeutsam, sensibel gegenüber der Vielfalt von bereichsspezifischen Rationalitäten und Identitätsdimensionen zu sein. Für einen solchen pragmatischen Ansatz der Nutzerunterstützung bietet das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ einen geeigneten Rahmen,

da es keine Identitätsdimension von vornherein ausschließt und für eine offene Untersuchungsstrategie optiert. Gleichwohl schließt die Anerkennung von Nutzern als Patienten, Ko-produzenten, Konsumenten und Gemeinschaftsmitgliedern die Dominanz und systembedingte Hierarchisierung einzelner Identitätsdimensionen nicht aus (vgl. Abschn. 5.6).

Nutzer als multiple und vernetzte Individuen anzuerkennen, verlangt eine mehrdimensionale Adressierung und differenzierte Gesundheitskommunikation, „die ihren jeweiligen Bedürfnissen, Einstellungen und Präferenzen, ihren Voraussetzungen, Gewohnheiten und ihrem Verhalten gerecht wird“ (Roski 2009a: V). Für Nutzerorganisationen ergibt sich hieraus die Notwendigkeit zur Arbeitsteilung und Bereitstellung breitgefächerter Angebotsinhalte. Auch hier gilt es, alle Nutzungsbereiche, d. h. gleichermaßen das Arzt-Patient-Verhältnis wie den Gesundheitsmarkt, bei der Konzeption von Angeboten zu fokussieren – im Sinne einer Akzeptanz der pluralen Versorgungsrealität. Zu unterscheiden ist die Arbeit von auf einzelne Krankheitsbilder spezialisierten Patientenorganisationen von Einrichtungen, die sich an alle Nutzergruppen richten, und Diensten, die vorrangig die Nutzerinformation im Visier haben. Jede Nutzerorganisation steht für sich in unterschiedlich intensiven Relationen zu staatlichen, professionellen und marktlichen Akteuren des Gesundheitswesens und entwickelt verschiedene Schwerpunkte in der Unterstützungsarbeit. Bspw. haben Verbraucherzentralen *per definitionem* stärker den Konsumenten im Blick als etwa Selbsthilfegruppen, die chronisch kranke Patienten bei der alltäglichen Bewältigung ihrer Krankheit unterstützen. Wird die Pluralität an Rationalitäten, Rollenanforderungen und nutzerindividuellen Identitätsdimensionen als Ausgangspunkt akzeptiert, stellen sich für Nutzerorganisation folgende Leitfragen:

- Wie ist die Vielfalt an für Nutzer relevanten (Wissens-)Anforderungen zu vermitteln?
- Wie können Nutzer kontextuelle Kompetenzen erlernen, um der Pluralität an gesundheitsbezogenen Herausforderungen zu begegnen?

Des Weiteren sind Wissensgebiete und -relevanzen zu differenzieren, die, je nach Identitätsdimension, für Nutzer unterschiedlich von Bedeutung sind. Grundsätzlich kann an Bürger gerichtetes Gesundheitssystemwissen von stärker patientenorientiertem Gesundheitswissen unterschieden werden. Gesundheitssystemwissen subsumiert die Gesamtheit an gesundheitspolitischen Institutionen, demokratischen Kontrollinstanzen, bürokratischen Zuständigkeiten und nutzungsrelevanten Regelungen im Gesundheitswesen. Es ist Voraussetzung zur Erlangung von Nutzungssouveränität in Teilbereichen des Gesundheitswesens und richtet sich

nicht nur an gesundheitspolitisch interessierte Bürger. So benötigen Versicherte z. B. ein Basiswissen zu den Grundprinzipien der GKV, um Gewissheit in Bezug auf persönliche Leistungsansprüche zu erhalten oder abzuwägen, ob sich die individuelle Investition in private Zusatzversicherungen lohnt. Gleiches gilt für Patienten und chronisch kranke Nutzer: Die selbstbestimmte Inanspruchnahme von Angeboten der Integrierten Versorgung oder DMP verlangt Wissen darüber, wie sich derartige Leistungen von der GKV-Regelversorgung unterscheiden und welche Rechte und Pflichten mit ihnen verbunden sind. Für Nutzer als Koproduzenten ist Systemwissen unentbehrlich, um in der Auseinandersetzung mit Leistungserbringern, Kostenträgern, aber auch Marktanbietern eigene Interessen zu verwirklichen. Kurzum: Nutzer sind in allen Identitätsdimensionen (unterschiedlich stark) darauf angewiesen, über „ein fundiertes aktives Systemwissen“ (Kranich 2007: 133) zu verfügen.

Noch weitaus vielschichtiger als die Strukturen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen ist das praktische Wissen über Möglichkeiten der Erhaltung von Gesundheit und Gesundheitsförderung sowie über Krankheiten und Therapien. Die Aneignung von Gesundheitswissen ist für Nutzer Voraussetzung, um eine persönliche Gesundheitskompetenz zu erwerben. Wiederum existieren identitätsspezifische Wissensrelevanzen: Für gesunde Versicherte hat Wissen zur allgemeinen Gesundheitsprävention, die evtl. seitens der Krankenkasse bonifiziert wird, einen höheren Stellenwert als Spezialwissen zu ausgewählten Krankheitsbildern und Therapieoptionen. Letzteres richtet sich zuvorderst an koproduzierende Patienten und Chroniker, die Mitverantwortung für den Therapieerfolg tragen und über den Fortgang des Behandlungsprozesses mitentscheiden sollen. Gesundheitswissen ist somit eine nicht standardisierbare Größe, dessen Inhalte für Nutzer individuell verschieden bleiben.

Zusätzlich zu System- und Gesundheitswissen sind Nutzer, unabhängig davon, ob sie als Patienten, Konsumenten oder Gemeinschaftsmitglieder agieren, auf ein Repertoire an Sozial- und Medienkompetenzen angewiesen. Auch hier besteht Unterstützungsbedarf – etwa um Nutzer im Identifizieren von Gesundheitsproblemen und situativen Anforderungsprofilen zu schulen (z. B.: „Welche Behandlungsalternativen gibt es zu meiner Diagnose? Handelt es sich um kassenfinanzierte Leistungen oder IGeL?“). Darüber hinaus fallen hierunter Fähigkeiten, wie eine adäquate Selbst- und Fremdwahrnehmung als Voraussetzung zur Beziehungs- und Vertrauensbildung zu Professionellen. Ferner ist der Begriff der *health literacy* (vgl. Abschn. 3.4.2) durchaus wörtlich zu nehmen: Nutzer sind herausgefordert, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Informationen zu recherchieren, hinsichtlich ihrer Güte zu beurteilen und individu-

ell zu verwerten. Dies setzt Lese- und Medienkompetenz voraus, wobei insbesondere die Nutzung von internetbasierten Gesundheitsinformationen an Bedeutung gewinnt (vgl. Bastian/Knelangen/Zschorlich 2009).

Nutzer sind angesichts der ausgeprägten Heterogenität an kontextuell relevanten Anforderungen zusätzlich zu kollektiver Interessenvertretung und kritischen Kampagnen auf kleinteilige, praxisnahe und differenzierte Unterstützungsangebote angewiesen. So erfordert etwa die Wahlentscheidung auf Versicherungsmärkten eine andere Art von Information und Konsumentenschutz als die Aufklärung eines Krebspatienten, der zwischen mit ungleichen Risiken behafteten Therapieoptionen (mit)entscheiden soll. Inwiefern kontextsensible Empowerment-Strategien greifen, hängt jedoch von zusätzlichen Bedingungen ab, da „die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten nicht gleichzusetzen ist mit der Entwicklung von Kompetenzen“ (vgl. Ose 2008: 276). Zur Entfaltung der Handlungs- und Verhaltensspielräume von Nutzern ist das Augenmerk zusätzlich auf „komplexe Übersetzungsprozesse“ (ebd.) zu richten, d. h. der zielgruppengerechten Vermittlung von Wissen und Kompetenzbildung. Idealerweise greifen unterschiedliche Ansätze ineinander, die Nutzer jeweils auf derjenigen Ebene abholen, auf der diese als Versicherte, Patienten oder Konsumenten konkrete Gesundheits- und Versorgungsentscheidungen zu treffen haben. Die hier zugrunde liegende Vorstellung lautet, dass Nutzer Rechte und Autonomiepotentiale innerhalb komplexer Gesundheitssysteme leichter verwirklichen, wenn damit verbundene Anforderungen und etwaige Probleme kontextualisiert werden. Gemäß dem Setting-Ansatz (vgl. Ose 2008: 274 ff.) sind auf einzelne Problemfelder und Nutzergruppen konzentrierte Interventionen zielführender als Ansätze der allgemeinen Nutzerorientierung. In der Praxis fallen hierunter all diejenigen Unterstützungsangebote, die Nutzern eine bereichsspezifische Orientierung sowie Assistenz bei der individuellen Verwertung von Informationen bieten.

Dies können z. B. Angebote der Verbraucherberatung zur Krankenkassenwahl sein, die gesundheitliche und sozioökonomische Faktoren der Ratsuchenden berücksichtigen und grundsätzliche Anspruchsrechte und -pflichten in der GKV vermitteln. Ebenso unter diese Kategorie fallen Schulungsangebote, die (gesunden) Nutzern in erfahrungsorientierter und spielerischer Form sowohl Aspekte der Gesundheitsbildung näherbringen – etwa die Funktionsweise des menschlichen Herzens, verbunden mit Präventionsansätzen zu Herz-Kreislaufkrankungen – als auch interaktive („Wie kommuniziere ich mit Ärzten?“) und sozialrechtliche („Welche Rechte und Pflichten habe ich als Teilnehmer von DMPs oder als Konsument von IGeL?“)

Aspekte berücksichtigen (vgl. Dierks/Seidel 2009: 381 ff.). Ins Blickfeld rücken letztlich internetbasierte Suchportale und Foren, die Nutzern als Konsumenten von Gesundheitsleistungen maßgeschneiderte und interaktiv generierte Informationen zu ihrem Krankheitsbild bzw. ihren Versorgungswünschen zur Verfügung stellen (vgl. Abschn. 3.4.3).

Welche Identitätsdimension von Nutzern bei der Inanspruchnahme der jeweiligen Angebote im Vordergrund steht, hängt somit einerseits von den Prioritäten der Ratsuchenden ab, andererseits entscheidet die thematische Ausrichtung der Nutzerorganisationen darüber, inwiefern Nutzer ausreichend Gelegenheiten zum Wissens- und Kompetenzerwerb erhalten⁸⁸, um der Anforderungsvielfalt moderner Gesundheitssysteme adäquat zu begegnen. Konkret ergeben sich folgende Fragen, die im empirischen Teil dieser Arbeit (vgl. Kap. 7) erneut aufgegriffen werden:

- Wie wird in Selbsthilfegruppen auf gesundheitliche und finanzielle Eigenverantwortungszumutungen für Chroniker reagiert?
- Wie schulen Patientenorganisationen ihre Mitglieder hinsichtlich der wachsenden Bedeutung von therapeutischer Mitentscheidung und gesundheitlicher Koproduktion?
- Inwiefern greifen klassische Angebote der Versichertenberatung die Entwicklung eines zweiten, konsumorientierten Gesundheitsmarktes auf, der Nutzer primär als Konsumenten adressiert?
- Verfolgen Nutzerorganisationen als potentielle *change agents* weiterhin alternative Konzepte der Gesundheitsversorgung und Nutzeradressierung, die sie von den Interessen etablierter Akteure unterscheiden?

6.6 Zwischenergebnis

Der Wunsch nach Aufklärung, Orientierung und Beratung erstreckt sich auf eine Vielzahl von Lebensbereichen: Immer mehr Menschen nehmen zeitweise therapeutische Unterstützung in Anspruch, Eltern suchen professionelle Hilfe bei der Erziehung ihrer Kinder; Arbeitnehmer lassen sich coachen, zwecks Optimierung ihrer Work Life Balance, Arbeitslose werden Case Managern zugeteilt, Verbraucher suchen Rat in der Finanz- und Vermögensberatung und ziehen Produkttests zurate. Hinzu kommt das schier grenzenlose Feld der Lebensstil- und Frei-

⁸⁸ Gemäß Sens CA: Welche Verwirklichungschancen bieten Nutzerorganisationen Nutzern?

zeitberatung, das sich zunehmend mit Fragen der individuellen Gesundheit (u. a. „Wie soll ich mich ernähren? Welche Sportart passt zu mir?“) überschneidet. Die Auflösung tradiertener Lebensverlaufsformen und verbindlicher „Norm- und Ordnungsvorstellungen“ (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006: 9) erzeugt vielfältigen Beratungsbedarf. Neue Zuschreibungen an Eigenverantwortung und die Auswahl zwischen potentiellen Handlungsmöglichkeiten verlangen Entscheidungen, für die Menschen zunehmend Unterstützung in Anspruch nehmen.

Für Nutzer von Gesundheitsleistungen sind das Sondieren, Abwägen und Vergleichen, die Kontextualisierung von Optionen sowie vorausblickende individuelle „Optionsvorsorge“ (Grözinger/Maschke/Offe 2006: 32) moderne Schlüsselkompetenzen. Ein auf komplexe Versorgungsansprüche reagierendes, sich in seinen Leistungsangeboten und Mitwirkungsanforderungen ausdifferenzierendes Gesundheitswesen bleibt ohne externe Unterstützung intransparent und ist folglich *immer schwerer zu nutzen*. Nutzerorganisationen stehen vor der Herausforderung, beide Prozesse – die Komplexitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung und die Identitätsvielfalt von Nutzern – anzuerkennen und zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit zu machen. In dieser Notwendigkeit verbirgt sich gleichwohl eine Gefahr für Nutzerorganisationen: Mehr denn je sind diese als Dienstleister gefragt, deren Angebote darauf abzielen, die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens verständlich zu machen bzw. deren adäquate Nutzung erst zu ermöglichen. Angesichts der limitierten personellen und finanziellen Ressourcen reduziert die Serviceorientierung häufig die verfügbaren Kapazitäten für die politische Arbeit von Nutzerorganisationen, von der in der Vergangenheit wichtige sozial-emanzipatorische Impulse ausgingen (vgl. Abschn. 3.1.2, 7.3.3).

Dennoch lassen sich Indizien dafür finden, dass Nutzerorganisationen dieser programmatische Balanceakt zumindest teilweise gelingt – trotz unweigerlicher Schwerpunktverschiebungen und Priorisierungen. Hierfür sprechen die Anbietervielfalt und die Aufgaben- bzw. Arbeitsteilung von unabhängigen Nutzerorganisationen, die Weiterentwicklung der Angebote und deren zielgruppenspezifische Ausrichtung sowie politische Erfolge, etwa im G-BA, wo die Partizipation der Nutzerseite „zu einer Veränderung der Kultur des Gremiums geführt“ (Etgeton 2009c: 110) hat. Dessen ungeachtet stehen Informations- und Ratsuchende als anspruchsberechtigte Bürger, Patienten oder Konsumenten wiederum vor der Herausforderung, das für sie passende Unterstützungsangebot auszuwählen und aufzusuchen. Häufig funktioniert dieser Trial-and-error-Prozess über die Weitervermittlung von Erstkontaktstellen (z. B. NAKOS und

UPD). In jedem Fall erfordert die Inanspruchnahme des heterogenen Anbieterfeldes Gewissheit über Fragen hinsichtlich

- des Beratungswunsches und der individuellen Problemlage (z. B.: Besteht Bedarf an medizinischem und/oder versorgungsstrukturellem Wissen?),
- Klarheit in Bezug auf die erwünschte Unterstützungsart (wie Aufklärung, Beratung, Schulung, Fürsprache) und -form (wie Recherche im Internet/onlinegestützte Interaktion, persönliches Gespräch, Selbsthilfegruppe).

Darüber hinaus sind Nutzer gezwungen, sich mit den an sie herangetragenen Rollenanforderungen auseinanderzusetzen. Die zunehmende Nutzerorientierung von Leistungserbringern, Medizinprodukte-Herstellern und Kostenträgern ist vor dem Hintergrund spezifischer Rationalitäten und Eigeninteressen zu verstehen. So zielt eine stärkere Serviceorientierung von Krankenkassen auf Marketingeffekte und eine langfristige Bindung von *Kunden* ab. Ärzte und Pharmaindustrie wenden sich zunehmend direkt an den Patienten als *Konsumenten* medizinischer Leistungen und Produkte. Angesichts der Zunahme dieser Rollenzuschreibungen verfolgen Angebote zur „Stärkung der Nutzerposition“ (Bauer/Rosenbrock/Schaeffer 2005) den Anspruch, Nutzern zu helfen, sich gemäß persönlichen Werten und Bedürfnissen innerhalb der komplexen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens zu verorten. Idealerweise werden Nutzer in der Herausbildung ihrer sozialen Identitätsfacetten im Gesundheitswesen unterstützt. Wiederum ist bedeutsam zu wissen, welches Unterstützungsangebot primär für welche Nutzergruppen konzipiert ist. Unterschieden nach Unterstützungsbedarfen ergibt sich für Nutzer vor dem Hintergrund der dargestellten Aufklärungs-, Beratungs- und Unterstützungslandschaft folgendes Bild (vgl. Düver 2009: 86):

- Gesunde Bürger sind an Informationen und Beratung zu individueller Gesundheitsprävention, Versicherungsschutz und gesunden, zumindest nicht gesundheitsschädlichen Lebensmitteln und Konsumprodukten interessiert. In den genannten Sphären agieren „Gesundheitsbürger“ (Schmid et al. 2007: 14) zugleich als anspruchsberechtigte *Rechtsbürger* und *Konsumenten*. Primäre Unterstützungsinstitutionen sind daher die Verbraucherzentralen und die UPD.
- Patienten fordern Transparenz und Rat bei der Wahl von Ärzten und Krankenhäusern, bei der Entscheidung für oder gegen bestimmte Therapieoptionen sowie hinsichtlich der Qualität von Behandlungen. Patienten- und Selbsthilfeorganisationen richten sich daher an

(chronisch kranke) Patienten und deren Angehörige als *Gemeinschaftsmitglieder*, die entsprechende Erfahrungen gemacht haben und diese weitergeben wollen oder vor krankheitsbedingten Problemsituationen stehen. Patientenberatungsstellen klären Ratsuchende über ihre sozialen *Bürgerrechte* auf, helfen ihnen, die Ursachen ihrer Erkrankung zu verstehen, unterrichten sie über Mitwirkungsanforderungen als *Koproduzenten* und bearbeiten Beschwerden über Ärzte und Krankenkassen.

Primäres Ziel der Aufklärungs- und Beratungsarbeit ist es, Nutzern bei der Navigation durch das Gesundheitswesen zu helfen. Dies beginnt bei der Wahl der zuständigen Unterstützungseinrichtung. Ob Nutzer „nur“ Informationsbedarf haben, ärztliche Diagnosen einordnen wollen oder bereits mit Kostenträgern oder Leistungserbringern in einen Konflikt geraten sind, gilt es, „gemeinsam“ herauszufinden. In einem zweiten Schritt werden die vielfältigen Verhaltens- und Handlungsanforderungen an Nutzer in Relation zu deren eigenen Ansprüchen, Wertzuschreibungen und Bedürfnissen gesetzt. Idealerweise werden Nutzer durch Unterstützungsangebote darin gestärkt, plurale Rollenangebote wie die des Koproduzenten, Konsumenten oder des Gemeinschaftsmitglieds anzunehmen und gemäß den eigenen Präferenzen auszugestalten, d. h., diese als Teil der eigenen Identität zu integrieren. Gleichwohl besteht kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Angeboten der Nutzerberatung und einer Anhebung des individuellen Kompetenzniveaus von Nutzern des Gesundheitswesens (vgl. Ose 2008: 276). Hierzu sind weiterführende Überlegungen hinsichtlich der Optimierung von Setting-Ansätzen bzw. der „Zielgruppensegmentierung“ (Roski 2009b: 22) nötig.

Mit welchen Nutzergruppen und Themenschwerpunkten Nutzerorganisationen konfrontiert sind und wie schwer es ihnen fällt, den Wandel des Gesundheitswesens mitzugestalten, anstatt sich auf traditionelle Standpunkte zurückzuziehen, zeigt auf Grundlage der empirischen Untersuchung dieser Arbeit das nächste Kapitel.

7 „Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher im Regen stehenlassen“

7.1 Anlage der empirischen Untersuchung

Zur Schließung der sozialwissenschaftlichen „Wissenslücke“ in Bezug auf die Frage danach, wie unabhängige Nutzerorganisationen auf parallel verlaufende Modernisierungsprozesse im Gesundheitswesen und sich ausdifferenzierende Anforderungen an Nutzer reagieren, bedient sich diese Arbeit eines „Methodenmixes“: Die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen wurden durch eine umfangreiche Auswertung deutsch- und englischsprachiger Literatur zur Sozial- und Gesundheitspolitik gelegt. Den Analyserahmen der Arbeit bildet die Thematisierung einschlägiger Diskurse, wie solchen zur aktivierenden Sozialpolitik (vgl. Kap. 1), die anschließend auf das sozialpolitische Feld der Gesundheitsversorgung übertragen und nach ihren Auswirkungen untersucht wurden (vgl. Kap. 2, 3). Ferner werden Studien herangezogen, die Aufschluss über Transformationsdynamiken im Gesundheitswesen geben. Dies geschieht einerseits auf einer abstrakten Analyseebene, indem der „inkrementelle Wandel“ (Gerlinger/Schmucker 2009) zentraler Strukturprinzipien, wie die der korporatistischen Steuerung der GKV, nachvollzogen wird. Andererseits werden mittels eignen empirischen Materials Forschungsliteratur und Sekundärauswertungen entsprechender Studien Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme aufgefunden, die einen veränderten Bedarf an Nutzerinformation und -unterstützung anzeigen.

Für die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage (vgl. Einleitung, Abschn. 7.1.1) wurden 22 Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Nutzerorganisationen, d. h. Patientenorganisationen, -informationsstellen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen (vgl. Kap. 6) geführt und mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Folgenden soll auf die Wahl der Methodik unter besonderer Berücksichtigung der Zielsetzung der Studie, die einen wesentlichen Teil dieser Arbeit ausmacht, eingegangen werden. Dabei sind die Grenzen des gewählten Forschungsansatzes beleuchtet. Anschließend werden einzelne Verfahrensschritte, wie die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Kontaktaufnahme mit den Experten, die Durchführung der Interviews sowie deren Auswertung erläutert.

7.1.1 Wahl der Erhebungsmethode: das Experteninterview

Die Motive der Methodenwahl der Empirie gewinnen erst unter Berücksichtigung der Forschungsfrage dieser Arbeit Plausibilität. Diese lautet: *Wie haben sich unter dem Einfluss von*

Ökonomie, Markt und Wettbewerb und Wissensbasierung im deutschen Gesundheitswesen die Nutzernachfrage nach Information und Unterstützung sowie die nutzerorientierten Handlungspraktiken und Leitbilder, aber auch die politische Interessenvertretung und Einflussnahme von Nutzerorganisationen verändert? Das empirische Forschungsinteresse ist demnach auf zwei Bereiche gerichtet: das Nutzungsverhalten bzw. -handeln der informations- und ratsuchenden Klientel der ausgewählten („gesampelten“) Nutzerorganisationen (s. u.) sowie deren programmatische (Neu-)Ausrichtung im Zuge der im Kapitel 3 dargelegten Transformationsprozesse im deutschen Gesundheitswesen.

Die Nutzerpraktiken von Versicherten und Patienten könnten theoretisch anhand einer quantitativen Studie erforscht werden. Vorstellbar wäre z. B. die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens, der in Rücksprache mit den jeweiligen Organisationsvertretern an Informations- und Ratsuchende in unabhängigen Unterstützungseinrichtungen wie der UPD oder Verbraucherzentralen ausgehändigt wird. Ferner wäre eine quantitative Studie, die darauf abzielt, den Unterstützungsbedarf von Nutzern offenzulegen, dies ebenfalls in Kooperation mit Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, denkbar gewesen. Dahingegen erfordert die Untersuchung von organisationsinternen Handlungsmustern und deren Veränderungen Zugang zum „spezifischen Sonder- und Rollenwissen“ (vgl. Meuser/Nagel 2009: 37 ff.) von Experten, die als „Zugangsmittel“ (vgl. Przyborski/Wohlraab-Sahr 2009: 132) zur jeweiligen Organisation und als deren „Repräsentant“ (ebd.) fungieren. Dieses doppelte Erkenntnisinteresse, das den interviewten Experten von Nutzerorganisationen zuteilwird, steht im Einklang mit neueren sozialwissenschaftlichen Expertendefinitionen. Hiernach repräsentieren Experten zum einen „institutionalisiertes Betriebswissen“ und „vermitteln Zugang zu Deutungen“ (ebd.: 133) – Relevanzen, die das Interviewen von Nutzerberatern im Hinblick auf Fragen zur Organisationsstruktur und der konzeptionellen Arbeitsausrichtung rechtfertigt. Zum anderen sind Vertreter von Nutzerorganisationen im Besitz von spezifischem „Kontextwissen“ (ebd.), das auf Nutzer von Gesundheitsleistungen sowie deren Nutzungsverhalten und Unterstützungsbedarf angewandt werden kann und somit Rückschlüsse im Sinne des ersten Teils der Forschungsfrage erlaubt. Przyborski und Wohlraab-Sahr (ebd.) betrachten das Experteninterview als geeignete Quelle hinsichtlich Informationen über *Dritte* (hier: Nutzer): „Expertenwissen als Kontextwissen liefert also Zusatzinformation für eine Untersuchung, bei der die Experten nicht die eigentliche Zielgruppe darstellen.“ Eine Alternative zum Experteninterview – jedoch für diese Arbeit aus Datenschutzgründen kaum realisierbar – ist die Methode der „teilnehmenden Beobachtung“ zur alltäglichen Informations- und Beratungspraxis.

Der Forscher übernimmt hier die Rolle des „stillen Beobachters“, der ratsuchende Nutzer begleitet. Ein weiterer Grund für die Wahl des Experteninterviews ist das Forschungsinteresse an Veränderungen in der (öffentlichen und politischen) Ausrichtung von Nutzerorganisationen. Die direkte Befragung von Nutzervertretern erscheint diesbezüglich als die geeignetste Methode.

Die im Rahmen dieser Arbeit interviewten Experten sind von traditionellen Professionsgruppen, wie etwa Ärzten oder Rechtsanwälten, zu unterscheiden, denen seit jeher ein Expertenstatus zugeschrieben wird (vgl. Stichweh 2008: 332). Worin liegt die Besonderheit des originären Expertenwissens von Repräsentanten der unabhängigen Nutzerunterstützung? Die Ursprünge der Unterstützungsarbeit beruhen einerseits auf dem Anspruch der Demokratisierung des Gesundheitswesens, andererseits ist das Engagement von (zumeist ehrenamtlichen) Mitarbeitern in Nutzerorganisationen i. d. R. auf persönliche Betroffenheit zurückzuführen. Das letztgenannte Motiv impliziert deren starken Wertebezug, der Nutzern in der Informations- und Beratungsarbeit Orientierung bietet, insbesondere zu Fragen der Gesundheitsversorgung, der medizinischen Therapiewahl oder zu individuellen Lebensstilfragen, d. h. in Bezug auf Entscheidungen, zu denen kein objektives, universal anwendbares Wissen besteht.

Den Experten der Nutzerorganisationen kommt hier eine hybride Rolle zu: Sie sind Experten für gesundheitspolitische und medizinische Fragen und das, obwohl ihr Spezialwissen „in außerberuflichen Kontexten generiert wird“ (Meuser/Nagel 2009: 40), d. h., dass sie i. d. R. weder ausgebildete Ärzte, Therapeuten, Juristen oder Gesundheitsökonominnen u. Ä. sind. Ebenso ist ihre Expertise durch ihren Status als aufgeklärte und engagierte Laien geprägt – „sie nehmen auch lokales Wissen, Erfahrungswissen, Laien- und Betroffenenperspektiven in sich auf“ (ebd.: 41). Die Genese von Expertenwissen im Gesundheitsbereich jenseits etablierter Professionsysteme und mittels „Hybridbildungen der wissenschaftlichen Expertise“ (ebd.) ist als Ergebnis eines pluralen gesellschaftlichen Diskurses zu verstehen. Bogner und Menz (2009a: 13) resümieren in diesem Zusammenhang: „Gerade dort also, wo Probleme nicht als Wissens-, sondern als Wertefragen gerahmt sind und verhandelt werden, macht die vormals starre Hierarchie zwischen Experten und Laien tendenziell flexiblen und situativen Interaktionsstrukturen Platz.“

Die wertegestützte Wissens- und Beratungskultur der unabhängigen Nutzerunterstützung basiert auf der Partizipation der nicht-wissenschaftlichen *Laien-Experten*, die aus einer problem-

zentrierten Nutzerperspektive in den Prozess der gesundheitsbezogenen Wissensproduktion eingreifen (vgl. Meuser/Nagel 2009: 43 ff.). Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf Relationen zwischen medizinischem und versorgungsrelevantem Expertenwissen sowie lebensweltlichen Nutzerbedürfnissen, wie etwa der Berücksichtigung von gesundheitlichen Autonomieansprüchen oder der Integration von Gesundheitsversorgung und sozialer Gemeinschaft. Ein zentrales Argument für das Einsetzen von Experteninterviews ist somit die Offenlegung des *anderen*, weil anbieterunabhängigen und nicht-professionellen Expertenwissens, dessen Geltungsanspruch i. d. R. nicht in Bezug auf das Feld der Medizin oder das Gesundheitswesen in *toto* besteht, sondern konkrete Sozialbezüge – Bogner und Menz (2009b: 72 f.) sprechen von der „sozialen Relevanz des Expertenwissens“ sowie dessen „Praxiswirksamkeit“ – zu einzelnen Nutzergruppen aufweist.

Gleichwohl gilt es, die Grenzen von Experteninterviews als qualitatives Untersuchungsinstrument wie auch die Grenzen der angewandten Definition des Expertenbegriffs anzuerkennen. Demzufolge trägt das Kriterium der „Limitation“ (Steinke 2008: 329) dazu bei, den Geltungsbereich, „d. h., [den Bereich, B. E.] der Verallgemeinerbarkeit einer im Forschungsprozess entwickelten Theorie herauszufinden und zu prüfen“ (ebd.). Darüber hinaus erhebt die hier unternommene empirische Forschung nicht den Anspruch, universal gültige Aussagen über das (gesamte) Nutzerverhalten im deutschen Gesundheitsversorgungssystem zu treffen, sondern ist gemäß der eingangs formulierten Forschungsfrage daran interessiert, von Experten wahrgenommene *Muster* der Nutzernachfrage herauszuarbeiten. Diese Einschränkung erklärt sich aus dem Wahrnehmungsbereich und der Rolle der interviewten Experten: In der Informations- und Beratungsarbeit tätige Nutzervertreter haben i. d. R. nur zu einer begrenzten Nutzerklientel Kontakt, die zudem häufig mit den Institutionen des Gesundheitswesens in Konflikt geratenen ist. Die Arbeit von Nutzervertretern konzentriert sich daher überwiegend auf sogenannte „Problemfälle“.

Aussagen zum Nutzungsverhalten der Informations- und Ratsuchenden sind zudem vor dem Hintergrund der teilweise normativ eingefärbten Gründungsmotive von Nutzerorganisationen zu betrachten. Dies wird deutlich, wenn die interviewten Experten ihre (politische) Aufgabe darin sehen, Nutzerinteressen als *kollektive Gegenmacht* im Gesundheitssystem, angesichts schier übermächtiger Akteure, wie Leistungsanbieter und Kostenträger, zu stärken.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Interviewten zwar Experten hinsichtlich der Nutzung und etwaiger Nutzungsprobleme des deutschen Gesundheitswesens sind, ihre Expertise jedoch teilweise laienhaft bleibt, z. B. in medizinischen und juristischen Fragen, sowie i. d. R. auf bestimmte Nutzergruppen und somit immer auch auf Partikularinteressen abzielt, denen die jeweilige Nutzerorganisation gemäß ihrer Ausrichtung vorrangig verpflichtet ist. Diese inhärenten Grenzen des Forschungsansatzes fanden bereits in der Vorbereitungsphase Berücksichtigung sowie explizit bei der Fallauswahl und der Leitfadententwicklung. Im Folgenden ist das methodologische Vorgehen während beider Arbeitsschritte zu erläutern.

7.1.2 Fallauswahl und Kontaktaufnahme

Der Wahl des Experteninterviews als empirisches Untersuchungsinstrument folgt die Fallauswahl. Es galt zu entscheiden, welche Experten interviewt werden sollen. „Fragen des Samplings sind in qualitativen Untersuchungen entscheidend“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 174), da sie die Repräsentativität der Fälle (hier: der Interviewpartner) sowie die Verallgemeinerbarkeit der gewonnenen Forschungserkenntnisse vorbestimmen. Przyborski und Wohlrab-Sahr (ebd.) stellen in diesem Zusammenhang fest: „Der Begriff des Sampling beschreibt in der empirischen Sozialforschung die Auswahl einer Untergruppe von Fällen, d. h. von Personen, Gruppen, Interaktionen oder Ereignissen, die an bestimmten Orten und zu bestimmten Zeiten untersucht werden sollen und die für eine bestimmte Population, Grundgesamtheit oder einen bestimmten (kollektiven oder allgemeineren) Sachverhalt stehen.“

Die Anlage der empirischen Untersuchung zielt darauf ab, das heterogene Feld von Nutzerorganisationen möglichst breit widerzuspiegeln. Anbieter der abhängigen Nutzerunterstützung (vgl. Abschn. 6.3) wurden aus dem Design der empirischen Erhebung ausgeschlossen. Sie liegen außerhalb der „Fallabgrenzung“ dieser Arbeit (vgl. Gläser/Laudel 2009: 95 ff.). Durch die Auswahl repräsentativer „Fälle“ sollen forschungsrelevante Erkenntnisse aus dem Bereich der Nutzerunterstützung generiert werden. Dabei wurde darauf geachtet, dass die „Untersuchungseinheiten“ (ebd.: 173) des Samples den unterschiedlichen Unterstützungsbedarf von Nutzern in etwa „normalverteilt“ abdecken. Andernfalls – etwa bei einer Dominanz von Interviews mit Experten von Patientenorganisationen oder Selbsthilfegruppen, die i. d. R. auf ein Krankheitsbild spezialisiert sind, – besteht die Gefahr von Verzerrungen innerhalb der Untersuchungsanlage und somit eine eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Im

Einzelnen verteilen sich die 22 interviewten Experten auf folgende Typen von Nutzerorganisationen⁸⁹:

- allgemeine Nutzerberatung (sieben Interviews),
- Nutzer- und Patienteninformation bzw. -edukation (fünf Interviews),
- Patientenorganisationen (fünf Interviews),
- Selbsthilfe (drei Interviews),
- Institutionelle Nutzer- und Patientenunterstützung (zwei Interviews).

Die heterogene Zusammensetzung des Samples, bestehend aus „typischen Fällen“, z. B. der Verbraucherberatung, und „Extremfällen“ (vgl. ebd.: 98 f.), z. B. Selbsthilfegruppen zu seltenen und besonders kostspieligen Krankheitsbildern, erhebt den Anspruch, sowohl verschiedene Formen und Ansätze der Nutzerunterstützung als auch die in Kapitel 5 dargestellte Identitätsvielfalt von Nutzern angemessen zu berücksichtigen. Die Einbeziehung beider Variablen ergibt eine große Spannbreite an thematischen Schwerpunkten und Arbeitsbereichen, zu denen die interviewten Experten ihr breites Erfahrungswissen mitgeteilt haben (vgl. Kap. 6).

Angesichts der schieren Menge an in der unabhängigen Nutzerunterstützung tätigen Experten ist nach dem angewandten Verfahren der Expertenauswahl zu fragen. Um eine für die eingangs formulierte Forschungsfrage angemessene „theoretische Sättigung“ zu erreichen, die nicht nur der bereits angesprochenen Anbieter- und Angebotsvielfalt gerecht wird, sondern vor allem besonders „sprechende“ Fälle ausfindig macht, wurden zwei Samplingverfahren miteinander kombiniert (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 181): das Theoretical Sampling⁹⁰ und das Schneeballverfahren. Was bedeutete dieser Methodenmix für die forschungspraktische Vorgehensweise? Er gewährleistet eine größtmögliche Offenheit im Forschungsprozess: Innerhalb des abgegrenzten Untersuchungsfeldes, dem Bereich der unabhängigen Nutzerunterstützung, wurden zunächst alle Akteure als „Fälle“ (Interviewpartner) in Betracht gezogen. Dies geschah in Form einer kontinuierlichen Suchbewegung, an deren Ausgangspunkt theoretisch-konzeptionelle Vorüberlegungen hinsichtlich sozial- und gesundheitspolitischer Reformprozesse sowie neuer Nutzerrollen, -anforderungen und -ansprüche standen.

⁸⁹ Vgl. Anhang 1: Übersicht der geführten Experteninterviews.

⁹⁰ Das von Glaser und Strauss (1967) entwickelte Verfahren kann hier nur cursorisch vorgestellt werden. Für eine vertiefende Diskussion wird daher auf die Arbeiten von Strauss und Corbin (2008) sowie Kelle und Kluge (1999) verwiesen.

Im Zuge der „fortschreitenden Theorieentwicklung“ (ebd.: 177), die in der Herausbildung multipler Nutzeridentitäten vor dem Hintergrund parallel verlaufender Modernisierungsprozesse im Gesundheitswesen mündete (vgl. Kap. 3), wurde das Forschungsfeld sukzessive „durchforstet“. Dabei kam es – gemäß dem Anspruch des Theoretical Sampling, „gewonnene theoretische Kategorien stetig zu überprüfen und zu elaborieren“ (ebd.: 178) – zur Hinzunahme von (im Vorhinein unbekanntem oder vernachlässigten) Fällen sowie zu einer Erweiterung des thematischen Schwerpunktes. Bspw. wurde die Genese der Forschungsfrage anfänglich maßgeblich durch die Unterscheidung und empirische Rekonstruktion von Vermarktlichungs- und Ökonomisierungsprozessen im Gesundheitswesen bestimmt. Dieser Fokus hatte Auswirkungen auf die „erste Runde“ der Fallauswahl: Kontaktiert wurden in dieser Phase vorrangig Vertreter der allgemeinen Nutzerberatung (d. h. Angebote der Verbraucherberatung sowie entsprechender GKV-Modellprojekte), da hier am häufigsten (Beratungs-)Erfahrungen mit ökonomischen Zwängen im Gesundheitswesen sowie privaten Gesundheitsleistungen (z. B. IGeL) für Nutzer vermutet wurden.

Im Verlauf der Theorieentwicklung sowie als Teilergebnis der ersten Interviews kristallisierte sich heraus, dass sowohl die gegenwärtige Transformation des Gesundheitswesens als auch die daraus abzuleitenden Herausforderungen für Nutzer nur eingeschränkt auf die gestiegene Bedeutung von Effizienz- und Marktmechanismen zurückzuführen sind. So erfordert z. B. die Zunahme von Lebensstil- und chronischen Krankheiten immer häufiger die aktive Mitwirkung von Patienten als Koproduzenten innerhalb von Behandlungsverläufen. Neue Muster der Arzt-Patient-Interaktion, wie SDM (vgl. Abschn. 3.4.5), aber auch Strategien der (internetbasierten) Nutzerschulung beeinflussten die Auswahlkriterien der „zweiten Runde“ des Samplings. In den Mittelpunkt rückten zu gesundheitlichen oder medizinischen Fragen informierende Nutzerorganisationen und solche mit einem edukativen Profil. Diese Erweiterung spiegelte sich auch in der Fortentwicklung des Interviewleitfadens wider (vgl. Abschn. 7.1.3).

Die „dritte Runde“ der Fallauswahl vervollständigte die beiden vorangegangenen Runden der Expertenauswahl. Hier wurde das *Snowball-Sampling* (ebd.: 180) angewandt, d. h. die ergänzende Empfehlung relevanter Interviewpersonen durch bereits kontaktierte Experten. Die bei diesem Verfahren inhärente Gefahr eines Verhaftetbleibens in etablierten Netzwerkstrukturen wurde minimiert, indem kontrastierende Zugänge gewählt wurden. Zwei Trennlinien erwiesen sich für das Feld der unabhängigen Nutzerunterstützung als besonders strukturierend: zum einen die Unterscheidung in Informations- und Beratungsangebote, zum anderen der jeweilige

Inkorporationsgrad in die Institutionen und Entscheidungsinstanzen der deutschen Gesundheitspolitik (z. B. Mitgliedschaft im G-BA). Ausgehend von den sich hieraus ergebenden vier Polen (Informations- vs. Beratungsangebote; schwache politische Inkorporation vs. starke politische Inkorporation) versprach das Schneeballverfahren „einen fruchtbaren Zugang zur inneren Strukturierung des Feldes und zu [...] Kontrasten“ (ebd.: 181). Ferner ermöglichte die Vorgehensweise, Übereinstimmungen und Widersprüche zwischen der theoretisch induzierten und der von Praxisvertretern empfohlenen Fallauswahl auszuloten.

Wie erfolgte die Kontaktaufnahme zu den ausgewählten Experten und wie gestaltet sich die Bilanz an Zu- und Absagen? Alle im Untersuchungsfeld identifizierten Interviewkandidaten erhielten sowohl in postalischer als auch in elektronischer Form ein Anschreiben (vgl. Anhang 2), in dem das Dissertationsprojekt praxisnah skizziert und nach der prinzipiellen Interviewbereitschaft gefragt wurde.⁹¹ Interessierte Experten wurden darin aufgefordert, sich per E-Mail zurückzumelden und einen für sie geeigneten Interviewtermin vorzuschlagen. In fast allen Fällen, jedoch insbesondere bei Einrichtungen, wo es im Vorfeld unklar schien, wer von den Mitarbeitern generell für ein Experteninterview geeignet ist, ging dem Anschreiben eine telefonische, „sondierende“ Kontaktaufnahme mit Vertretern der jeweiligen Nutzerorganisation voran. Die Bereitschaft der ausgewählten Experten, für ein maximal 90-minütiges Interview zu Verfügung zu stehen, war außerordentlich hoch. Mit 22 der 28 angefragten Experten konnte ein Interviewtermin vereinbart werden. Lediglich zwei Kandidaten sagten aus „grundsätzlichen Zeit- und Kapazitätserwägungen“ sowie aufgrund „mangelnder Kompetenz“ ab. Vier weitere Kandidaten antworteten trotz wiederholter Aufforderungen nicht auf das ihnen zugegangene Anschreiben.

Nach der Erläuterung zur Fallauswahl und zur Kontaktaufnahme bezüglich der empirischen Untersuchung erörtert der nächste Abschnitt die Leitfadententwicklung und die Durchführung der Interviews.

7.1.3 Von der Leitfadententwicklung zur Interviewdurchführung

Anhand der Formulierung von empirischen Leitfragen wurde „ein Bindeglied zwischen den theoretischen Vorüberlegungen und qualitativen Erhebungsmethoden“ (Gläser/Laudel 2009: 90) geschaffen. Leitfragen „charakterisieren das Wissen, das beschafft werden muss, um die

⁹¹ Hier wurde ebenfalls auf die Chance und den möglichen Anreiz eines Interviews für die Experten verwiesen – bspw. als Gelegenheit, die persönliche Arbeit und die Rolle der Organisation in einem außeralltäglichen Rahmen zu reflektieren (vgl. Anhang 2).

Forschungsfrage zu beantworten“ (ebd.: 91), d. h., sie übersetzen theoretisches Vorwissen und Vorüberlegungen in (weniger abstrakte) an das „empirische Material“ (ebd.) zu stellende Untersuchungsfragen. Leitfragen fungieren daher als Orientierungshilfe und Kompass im Untersuchungsfeld. Dieser strukturierende Zwischenschritt erleichterte die Vorbereitung der Experteninterviews und erfolgte unabhängig von der Entwicklung des Interviewleitfadens, d. h. differenzierteren und weniger direkten Fragen, die letztlich an die Interviewpartner gestellt wurden. Die Fragen des Interviewleitfadens dienen der Feinjustierung des Forschungsinteresses. Strategische Leitfragen sind im Gegensatz dazu „zugespitzte Fragen“ (ebd.), die die Einarbeitung in das empirische Untersuchungsfeld begleiten und steuern. Für diese Arbeit sind folgende Leitfragen zentral:

- Mit welchen Modernisierungsprozessen sind Nutzer von Gesundheitsleistungen gegenwärtig konfrontiert?
- In welchen Versorgungsbereichen gewinnen Effizienz- und Marktmechanismen an Bedeutung?
- Welche Formen der Nutzerbeteiligung kennt das deutsche Gesundheitswesen?
- Welche neuen Formen der Nutzerbeteiligung, Anforderungen und Konflikte entstehen hierdurch?
- Welche soziokulturellen und politischen Nutzerorganisationen und -gruppen sind im Gesundheitsbereich zu finden?
- Wie reagieren Akteure der unabhängigen Nutzerunterstützung auf die Veränderungen im Gesundheitswesen?

Die anhand der Leitfragen gewonnenen Informationen trugen zur Qualifizierung des Forschers bei. Als „strategisches Rüstzeug“ dienten sie zur Durchdringung der forschungsrelevanten Modernisierungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem (vgl. Kap. 3). Die Fallauswahl und die Entwicklung des Interviewleitfadens sind als Folgeschritte der leitfragengestützten Vorarbeit zu betrachten.

Welche Kriterien waren für die Konzeption des Interviewleitfadens als Erhebungsinstrument maßgeblich? Das übergeordnete Ziel eines Experteninterviews ist es, durch „klare, leicht, verständliche, einfache Fragen“ (ebd.: 145) eine gute Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten, in der die Experten Anregungen erhalten, *ihre* Perspektive darzustellen. In Anlehnung an Glä-

ser und Laudel (ebd.: 144 ff.) wurde der Leitfaden dieser Arbeit (vgl. Anhang 3) in (drei) unterschiedliche Themenblöcke unterteilt, die einzelne Interviewabschnitte bilden:

- Grundlegende Fragen: Veränderungen im Gesundheitswesen sowie des eigenen Aufgabenbereichs,
- Änderungen der Anforderungsprofile durch Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozesse,
- Beurteilung und Ausblick.

Jedem der Themenblöcke ist eine sogenannte „Fragenbatterie“ zugeordnet, die während des Interviews als Orientierungshilfe diente, jedoch nicht im Sinne einer „Leitfadenbürokratie“ (Hopf 1978) abgearbeitet wurde. Zur Vermeidung einer evtl. Beeinflussung der Experten durch Suggestionen oder das Abstellen auf isolierte Reformaspekte im Gesundheitswesen wurde den Interviewpartnern im ersten Themenblock Gelegenheit gegeben, ausführlich über ihr Selbstverständnis in Bezug auf ihre Arbeit und das Leitbild ihrer Organisation zu sprechen. Diese stimulierende „Aufwärmfrage“ nutzten die Experten i. d. R. dazu, sich selbst innerhalb des Gesundheitswesens und der gesundheitspolitischen Diskussion zu verorten. Viele Experten setzten bereits in der Anfangsphase des Interviews thematische Eckpunkte, auf die sie während des weiteren Gesprächsverlaufs immer wieder zurückkamen.

Der „offene“ erste Teil führte bereits nach wenigen Interviews zu einer Revision der Fallauswahl sowie der theoretischen Vorüberlegungen. Aus den Erhebungen wurde deutlich, dass die Experten dem Bereich „Gesundheitswissen und -kompetenzen“ eine hohe Bedeutung zumessen, insbesondere angesichts der Pluralisierung von Wissenszugängen (vor allem durch das Internet) und einer seitens der Experten wahrgenommenen wachsenden Unsicherheit von Nutzern hinsichtlich der „richtigen“ Einordnung selbstrecherchierter Informationen. Wie bereits dargelegt, wurde diesen ersten Untersuchungseindrücken durch die Ausweitung der Fälle Rechnung getragen. Ferner kam es zur Anpassung des Untersuchungsinstruments: Der erste Themenblock des Leitfadens wurde um die Frage nach den notwendigen Schlüsselkompetenzen von Nutzern erweitert.⁹²

⁹² Dies geschah – im Sinne einer Grob- und Feinstrukturierung des Leitfadens – anhand konkreter auf die Praxis bezogener Nachfragen, wie „Was müssen Nutzer von Gesundheitsleistungen heutzutage wissen?“ und „Welche Fähigkeiten sind besonders wichtig?“ (Vgl. Anhang 3)

Der zweite Themenblock des Leitfadens stellt einen Zusammenhang zwischen den Anforderungsprofilen der unabhängigen Nutzereinrichtungen und Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozessen im Gesundheitswesen her. Zu diesem Zweck wurden weniger offene Fragen formuliert als im ersten Teil (vgl. Anhang 3). Dies war notwendig, um die Experten direkter mit dem Forschungsinteresse zu konfrontieren. Gleichwohl wurde versucht, eine Brücke zwischen abstrakten Themen, wie der Rationalisierung und der Budgetierung von Gesundheitsleistungen oder der Entstehung von Gesundheitsmärkten auf der einen Seite, und der Arbeit von Nutzerorganisationen auf der anderen Seite, zu schlagen. Hierfür wurden Aussagen der Experten aus dem ersten Interviewteil aufgegriffen und mit gesundheitspolitischen „Megathemen“, wie Kosteneinsparungen, finanzielle Eigenverantwortung und private Gesundheitsinvestitionen, verknüpft.⁹³ Gleichzeitig wurden mithilfe rhetorischer Stilmittel Berührungspunkte zwischen den Auswirkungen entsprechender Reformprozesse und der alltäglichen Arbeit der Nutzervertreter ausgelotet.⁹⁴ Diese *erzählregende* Fragetechnik evozierte selbst dann Aussagen, die das Forschungsinteresse der Arbeit betreffen, wenn die Klientel der jeweiligen Organisation/Einrichtung weitestgehend unberührt von effizienz- und wettbewerbsorientierten Mechanismen war. Die Experten gaben ihr gesundheitspolitisches Erfahrungs- und Systemwissen i. d. R. bereitwillig preis. Häufig verorteten sie insbesondere ihre Organisation innerhalb eines „Beratungsmarktes“ oder kennzeichneten diese als Akteur innerhalb eines „Wettbewerbs um politischen Einfluss“ (vgl. Abschn. 7.2.9).

Der dritte, resümierende Themenblock fordert die Experten explizit auf, die gewandelten Anforderungsprofile für Nutzer und Nutzerorganisationen zu beurteilen. Als moderat steuernde Elemente wurden hier abermals Erzählaufforderungen (in Form konkretisierender Nachfragen) verwendet. Z. B. wurden Experten ermuntert, Strategien zu entwerfen, anhand derer Nutzer zukünftig Autonomie, Selbstbestimmung und Anerkennung realisieren können. Abgerundet wurden die Interviews mit einer sogenannten „Bilanz-“ sowie einer „Ausblickfrage“: Die Experten sollten sowohl die positiven und negativen Entwicklungen ihrer Arbeit in den letzten fünf Jahren rekapitulieren als auch kommende Trends und Schwerpunkt prognostizieren.

⁹³ Insbesondere Aussagen zur Leitbildentwicklung der jeweiligen Organisation oder hinsichtlich Nutzerkompetenzen, die an Bedeutung gewonnen haben, eigneten sich in diesem Zusammenhang zur thematischen Überleitung.

⁹⁴ Ein Beispiel: „In der öffentlichen Debatte über das Gesundheitswesen ist viel von einem Kostendruck bzw. dem Gesundheitswesen als wirtschaftlichem Wachstumsmarkt die Rede; inwiefern werden Sie in Ihrer Arbeit mit diesen Themen konfrontiert?“ (Vgl. Anhang 3)

Der praktischen Durchführung der Interviews waren drei *Pretest*phasen vorgeschaltet:

Erstens wurden die Fallauswahl und die einzelnen Stufen der Leitfadenentwicklung mehrfach in sozialwissenschaftlichen Kolloquien vorgestellt und konstruktiv diskutiert. Insbesondere das Feedback von in der qualitativen Sozialforschung erfahrenen Wissenschaftlern führte zu einer größeren Sorgfalt bei der *Komposition* des Interviewleitfadens und trug zur Identifizierung der wesentlichen Fragen im Sinne des Forschungsinteresses bei.

Zweitens wurden in einem frühen Stadium der Leitfadenentwicklung zwei Probeinterviews geführt. Als Interviewpartner standen ein in medizinisch-wissenschaftlichen Grundsatzfragen und Versorgungsmodellen versierter Gesundheitswissenschaftler sowie ein langjähriger Vertreter der Selbsthilfe zur Verfügung. Diese Probedurchläufe legten einen Nachbesserungsbedarf am „Feinschliff“ der Interviewfragen offen, die sich zu diesem Zeitpunkt noch zu wenig von den „gröberen“ Leitfragen unterschieden.

Drittens wurden im Rahmen eines Methoden-Workshops zur qualitativen Interviewforschung konkrete Interviewtechniken trainiert. Hierfür wurden auf Basis des ausgearbeiteten Leitfadens mögliche Gesprächssituationen und Probleme in Experteninterviews simuliert.

Die Durchführung der Interviews erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten (Juli bis September 2008). Alle 22 in Deutschland ansässigen Experten wurden *face to face* interviewt und hierzu durch den Interviewer aufgesucht. In 20 Fällen wurde das Interview im Büro der Experten oder in einem separaten Konferenzraum der Organisation/Einrichtung durchgeführt. Zwei Experten zogen es aus organisatorischen Gründen vor, das Gespräch in ihrer Privatwohnung abzuhalten. Alle Interviews verliefen – abgesehen von kleineren Zwischenfällen, wie das Klingeln von Telefonen, Straßenlärm oder der versehentlichen Gesprächsunterbrechung durch Kollegen – störungsfrei. In zwei Fällen baten die Interviewpartner darum, jeweils einen Mitarbeiter zum Gespräch hinzuziehen, der ab und an zur Klärung von Details, teilweise aber auch zur Bestärkung bewertender Aussagen, in das Interview eingriff. Letztere Interviews füllten den veranschlagten Zeitrahmen von 90 Minuten voll aus, wohingegen die übrigen Gespräche zwischen 45 und 75 Minuten dauerten. Alle Interviews wurden mithilfe eines digitalen Aufzeichnungsgerätes mitgeschnitten. Vor dem eigentlichen Beginn des Interviews wurde den Experten eine von ihnen zu unterzeichnende datenschutzrechtliche Erklärung (vgl. Anhang 4) vorgelegt, die ihnen versicherte, dass die Aufzeichnungen ausschließlich

und in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden.⁹⁵ Ferner wurde den Experten eingangs ein mündlicher Überblick hinsichtlich des zu erwarteten Interviewverlaufs ausgehändigt.

Nach Abschluss der Interviewphase wurden alle aufgezeichneten Interviews vollständig transkribiert. Für diese zeitaufwendige Aufgabe wurde eine durch den Autor finanzierte Honorarkraft engagiert, deren Arbeit fortlaufend kontrolliert wurde, um evtl. Unstimmigkeiten mit dem tatsächlichen Interviewverlauf auszuschließen. In der Transkription wurde bewusst auf die Verschriftlichung nonverbaler Äußerungen der Experten verzichtet. Längere Gesprächspausen oder die besondere Betonung von Aussagen wurden jedoch als solche vermerkt (vgl. Gläser/Laudel 2009: 193 f.). Zwei Experten bestanden darauf, das Transkript des Interviews zu autorisieren bzw. ggf. Änderungen vorzunehmen. Hieraus resultierten in beiden Fällen lediglich „sprachliche Glättungen“, jedoch nicht die Streichung von Gesprächspassagen oder inhaltliche Ergänzungen bzw. Änderungen.

Der folgende Abschnitt erläutert die methodologische Vorgehensweise bei der Auswertung und inhaltlichen Analyse der Experteninterviews.

7.1.4 Auswertung der Interviews: qualitative Inhaltsanalyse

Die Transkripte der Experteninterviews haben eine Länge von wenigsten 13 bis maximal 25 Seiten. Bei 22 Experteninterviews ergibt dies (bei einer Durchschnittslänge von 19 Seiten) einen Umfang von 418 Seiten an empirischem Material. Anhand welcher Auswertungsmethode wurden die forschungsrelevanten Informationen aus der Menge an Untersuchungsdaten extrahiert? In der qualitativen Sozialforschung wird die Wahl von Auswertungsverfahren kontrovers diskutiert (vgl. Lamnek 2008: 199 ff.; Mayring 2002: 103 ff.; Przyborski/Wohlraab-Sahr 2009: 183 f.). Den Ausschlag für die Wahl der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gaben in dieser Arbeit die Prinzipien der qualitativen Sozialforschung – hier vor allem die Grundsätze der Offenheit, Prozesshaftigkeit und Explikation (vgl. Lamnek 2008: 20 ff.) – sowie forschungspragmatische Überlegungen hinsichtlich des Herausfilterns bestimmter Informationen aus großen Datenmengen.

Die qualitative Inhaltsanalyse erfüllt gemäß der hier vertretenen Auffassung beide Kriterien hinlänglich: Zum einen handelt es sich bei der qualitativen Inhaltsanalyse um ein dynami-

⁹⁵ Die Einverständniserklärung wurde von allen Experten unterzeichnet.

ches jedoch nicht prinzipienloses Verfahren, das auf theoretisch hergeleiteten Kategorien basiert, die während des Auswertungsprozess kontinuierlich erweitert oder verfeinert werden können (vgl. Gläser/Laudel 2009: 201). Die Nachvollziehbarkeit der angewandten Extraktionskriterien – die Auswahl bestimmter Textabschnitte ist bereits ein „entscheidender Interpretationsschritt“ (ebd.) – bleibt dabei gewahrt. Zum anderen sind die transkribierten Experteninterviews Texte, die *Rohdaten* beinhalten. Im Gegensatz zu anderen Interviewtypen (z. B. narrative, biographische oder ethnographische Interviews), in denen gerade die interaktive Genese und spätere Rekonstruktion von Sinnstrukturen bedeutsam ist, ist die Wahl des Interviewtyps „Experteninterview“ durch ein Analyseverfahren, „das sich frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext trennt und versucht, die Informationsfülle systematisch zu reduzieren sowie entsprechend dem Untersuchungsziel zu strukturieren“ (ebd.: 200), gerechtfertigt. Die Handhabung der Textmenge wurde dabei durch die Nutzung eines computergestützten Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse erleichtert.⁹⁶

Wie gestaltete sich der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse? Mit Gläser und Laudel (2009: 203) lässt sich die qualitative Inhaltsanalyse in fünf konsekutive Teilschritte aufspalten:

- theoretische Vorüberlegungen,
- Vorbereitung der Extraktion,
- Extraktion,
- Aufbereitung,
- Auswertung.

Die Genese der *theoretischen Vorüberlegungen* (vgl. Kap. 1–5) wird hier nicht noch einmal thematisiert. Auf den Vorüberlegungen beruhen die vorläufigen, d. h. im Voraus festgelegten Codes, nach denen die transkribierten Experteninterviews ausgewertet wurden. Die *Vorbereitung der Extraktion* besteht neben der Anfertigung der Transkripte aus der Aufnahme und Verfeinerung des Codesystems sowie der Bestimmung von Indikatoren. Zwei Beispiele zu diesem Arbeitsschritt⁹⁷: Erstens wurde die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen als eine von drei Antriebskräften der gegenwärtigen Veränderungen im Gesundheitswesen identifiziert; folglich wurde „Ökonomisierung“ als ein Code der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt und anhand spezifizierender Variablen (z. B. „Zuzahlungen bei medizinischen Leistungen“, „Kostenbewusstsein von Nutzern“) differenziert. Als Indikatoren wurden Textpassagen be-

⁹⁶ Verwendet wurde die Basisausführung der Software MAXQDA.

⁹⁷ Für das vollständige Codesystem zur qualitativen Inhaltsanalyse vgl. Anhang 5.

stimmt, deren Inhalte explizit auf *Ökonomisierungsaspekte*, wie Verknappung von Leistungen oder ökonomisch präformiertes Nutzerverhalten, eingehen. Zweitens mündeten die Vorüberlegungen zur Figur des Nutzers u. a. im Code „Nutzerkompetenzen“. Hierfür wurden ebenfalls verschiedene Variablen gebildet – etwa die Fähigkeit, Auswahlentscheidungen zu treffen, Eigenverantwortung zu übernehmen oder eigene Interessen in der Arzt-Patient-Interaktion zu vertreten –, denen entsprechende Textpassagen zugeordnet werden können.

Letzteres markiert bereits den Arbeitsschritt der *Extraktion*, d. h. den mehrmaligen „Materialdurchlauf“ (ebd.) und die Suche nach Ausprägungen der ex ante bestimmten Variablen. Die Extraktion erfolgte regelgeleitet: Jedem Interviewtext wurde gleich viel Bedeutung und Aufmerksamkeit zugemessen, relevante Informationen wurden unabhängig von evtl. in ihnen enthaltenen Wertungen extrahiert, wobei teilweise bestehende Variablen verändert wurden. Bspw. ließen sich zur Variable „Eigenverantwortung“ besonders viele widersprüchliche Ausprägungen finden, sodass eine genauere Unterscheidung in die Variablen „positiv“ bzw. „negativ konnotierte Eigenverantwortung“ sinnvoll erschien. Des Weiteren wurde die Variable „Wissen“ (als ein Aspekt des Codes „Nutzerkompetenzen“) während des Materialdurchlaufs genauer spezifiziert: Als Reaktion auf die ersten Suchergebnisse wurde die Unterscheidung „Gesundheitswissen“ und „Systemwissen“ getroffen. Ferner kam es während des sehr sorgfältig durchgeführten Extraktionsprozesses zur Bildung neuer Codes und Variablen, deren Relevanz sich erst nach intensiver Durchsicht des Rohdatenmaterials offenbarte. Hierzu gehörte z. B. unter dem Code „Formen der Nutzerunterstützung“ die Aufnahme der Variable „zielgruppenspezifische Angebote“ – eine Ergänzung, die dem Analyseergebnis Rechnung trug, dass viele Nutzerorganisationen differenzierte Angebotsmuster für gesundheitlich, sozioökonomisch und vor allem vom Bildungsniveau her unterschiedlich unterstützungsbedürftige Nutzergruppen entwickeln. Darüber hinaus wurde der Code „Qualität und Transparenz“ (von medizinischen Leistungen) in das Suchraster integriert und mit erklärenden Variablen, wie „Beurteilung bestehender Qualitätsberichte“, „Transparenzbereitschaft der Anbieter“ sowie „Nutzerbeteiligung in der Qualitätssicherung“ versehen. Insbesondere zur letztgenannten Variablen konnten viele Informationen extrahiert werden: Die Bewertung des medizinischen Leistungsgeschehens betrachten viele Experten als Voraussetzung für einen echten Qualitätswettbewerb zwischen Anbietern.

Der Extraktion des Materials folgt die *Aufbereitung* und *Auswertung* der extrahierten Informationen. Was ist unter diesem doppelten Arbeitsschritt zu verstehen? Ziel der Extraktion

war es, die Texte systematisch, nach zu den Codes (und den subsumierten Variablen) passenden Informationen (d. h. Interviewpassagen und -zitaten) zu durchsuchen. Aus diesem Filterungsprozess resultierten 1015 Textausschnitte, die sich auf neun Analysecodes und insgesamt 64 Variablen verteilten. Die Auswahl bestimmter Textteile generierte eine neue, von den Rohdaten unabhängige, Materialgrundlage der qualitativen Inhaltsanalyse. Fortan wurden nicht mehr die ursprünglichen Experteninterviews, sondern selektiv darin enthaltene Informationen im Sinne des Forschungsinteresses „nutzbar gemacht“, d. h. weiterverarbeitet und analysiert. Die extrahierten Daten fließen als direkte Zitate und paraphrasierte Extrakte in das Empiriekapitel der Arbeit ein.

Im folgenden Abschnitt werden die Auswertungsergebnisse in strukturierter Form präsentiert. Die Vorstellung von Expertenaussagen zu einzelnen Themenblöcken erfolgt sowohl in typisierender und vergleichender Absicht als auch vor dem Hintergrund der theoretisch-konzeptionellen Vorarbeiten. Dies geschieht durch das systematische *Vertexten* von aus der Literatur gewonnenen Hypothesen und der aus dem empirischen Material extrahierten Informationen.

7.2 „Das ist ja wie beim Handymarkt“: das Gesundheitswesen aus Perspektive von Nutzervertretern

Die Forschungsfrage dieser Arbeit zielt auf zwei spezielle Aspekte der Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens: einerseits auf den veränderten Bedarf an Information und Beratung von Nutzern, andererseits auf die daraus resultierenden Leitbilder und Handlungspraktiken von Nutzerorganisationen. Das Ziel der empirischen Untersuchung ist es, Expertenperspektiven auf beide Aspekte hin abzubilden.

Die Lesart der geführten Interviews hängt maßgeblich davon ab, welche theoretischen Konzepte und Interpretationen der Moderne herangezogen werden. Als Deutungspole sind hier – vereinfacht dargestellt – zum einen von Giddens (1991, 1998) inspirierte „Theorien dritter Wege“ zu identifizieren, die subjektive Gestaltungs- und Autonomiepotentiale sozialer (hier: gesundheitlicher) Arrangements in den Vordergrund rücken und somit die „Machbarkeit“ von individueller Gesundheit und Lebensqualität betonen (vgl. u. a. Kickbusch 2006, 2007). Kontär dazu befinden sich zum anderen etwa auf Foucault (2004) zurückgehende Theorieansätze, die weniger die Chancen von Modernisierungsprozessen, wie Emanzipation, Individualisierung und Wettbewerbsorientierung, hervorheben als vielmehr neue Gefahren der Fremdsteuer-

rung, Unterdrückung und Überforderung ausmachen. Strategien des *empowerment*, z. B. durch die Ausweitung von Auswahlmöglichkeiten zwischen Gesundheitsleistungen und der Autonomiesteigerung durch die Rücküberführung von sozialer Verantwortung auf das Individuum, gelten dieser Lesart zufolge als moderne Sozialtechnologien der „Zurichtung und Selbstzurichtung“ (Bröckling 2007: 266).

In der Auswertung der Interviews wird keine der beiden Positionen absolut gesetzt. In modernen Lebenswelten, so die leitende Vorstellung, besteht ein Kontinuum von autonomiesteigernden und identitätsstabilisierenden Elementen, bis hin zu Zumutungen und Ansprüchen, die Selbstbestimmung und Individualität tendenziell beschneiden. Am Beispiel des veränderten Nutzungsverhaltens in Bezug auf Gesundheitsleistungen und der veränderten Nachfrage nach Unterstützung soll gezeigt werden, dass es von der jeweiligen Situation, gesundheitlicher Bedarfe, individueller Kompetenzen und Ressourcen abhängt, ob Interaktionen mit Akteuren des Gesundheitswesens als „nutzerfreundlich“ oder als „Überforderung“ und „potentielle Freiheitseinschränkung“ wahrgenommen werden.

Zunächst muss nach dominanten Vorstellungen von Gesundheit und des Gesundheitswesens gefragt werden. Dies ist insbesondere angesichts der gestiegenen Komplexität und bürokratischen Regelungsdichte dieses Politikfeldes bedeutsam, die zwangsläufig zur intensivierten Auseinandersetzung mit Details und Logiken einzelner Sektoren, Versorgungspakete und Kontrollinstrumente führt. Demgegenüber geraten übergeordnete Fragen der Systemausrichtung leicht aus dem Blick. Wie sehen Experten von Nutzerorganisationen die Entwicklungsdynamik des deutschen Gesundheitswesens?

7.2.1 Solidarität als Wertmaßstab

Signifikant an den Expertenaussagen ist, dass die Einschätzungen des Status quo und einschlägiger Trends im Gesundheitswesen durch die Interviewten i. d. R. mit Verweisen auf den Status quo ante eingeleitet werden. Analysen gegenwärtiger Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozesse erfolgen vor dem Hintergrund einer „solidarischen Gesundheitsversorgung“. Den Referenzrahmen bildet die traditionelle Vorstellung einer gleichermaßen schützenden und ausgleichenden Gesundheitspolitik, deren Stellenwert besonders hervorgehoben wird. Exemplarisch betont ein Interviewpartner etwa: *Das Gesundheitswesen ist doch noch so ein Hort der Umverteilung. Das gibt es ja in keinem anderen Bereich. Also das Solidarprinzip der GKV finden wir sehr, sehr wichtig; wir möchten dazu beitragen, dass es erhal-*

ten bleibt und nicht aufgegeben wird. (1/200–204) Der Interviewte unterstreicht seine politische Haltung im Fortgang des Gesprächs, indem er halb ironisch, halb ernst offenbart: *Ich bin keiner der sagt: Wir müssen das ganze Leben nur mit Nächstenliebe und Kommunismus gestalten. Keineswegs. Da gibt es auch andere Prinzipien [...], aber im Gesundheitswesen möchte ich bitte den Kommunismus haben.* (1/238–241) Auch die Aussagen anderer Interviewpartner sind geprägt von einem grundsätzlichen Bekenntnis zur GKV, deren Prinzipien gewissermaßen die ethischen Leitplanken der eigenen Berufsauffassung darstellen. Dies verdeutlichen zwei weitere Zitate: *Es ist aber eigentlich auch in allen anderen Beratungsstellen eine grundsätzliche Haltung, dass man sagt: Eine solidarische Krankenversicherung ist eigentlich das richtige System.* (4/163–166)

Es muss nach wie vor ein Solidarsystem geben, d. h., GKV; die PKV brauchen wir meiner Meinung nach nicht, sondern es muss ein System geben von Krankenkassen, die gewährleisten, dass ich alle gesundheitlichen Angebote, die nützlich sind, die sinnvoll sind, die wichtig sind, in Anspruch nehmen kann. (3/566–570)

Vor dem Hintergrund der eigenen Sozialisation in einem solidarischen Gesundheitssystem und dessen hoher Wertschätzung lässt sich eine starke Skepsis gegenüber anderen Steuerungsansätzen ausmachen. Diese stehen unter Verdacht, Solidaritätsziele zu unterminieren. Positionen, wie *ich bin grundsätzlich ein Freund der solidarischen Gesundheitsversorgung. Ich glaube, dass es schwierig wird, so etwas an Marktmechanismen zu koppeln* (11/451–452), begleiten die prinzipielle Sorge, dass die Adressaten einer „modernisierten Gesundheitsversorgung“ mittelfristig unsolidarisches Verhalten entwickeln: *Dass da noch andere sind, die ich mitnehmen sollte, die nicht so gute Chancen haben wie ich, das interessiert heute keinen mehr. Diese Mentalität überträgt sich auch auf das Gesundheitswesen, wo sie gar nicht hingehört.* (1/232–234) Wahrgenommen wird insbesondere die Zunahme einer „Schnäppchen- und Geiz-ist-geil-Mentalität“, die keine Verbindungen mehr zum solidarischen Grundgedanken der GKV aufweise: *Jeder schimpft darüber, dass er so viel bezahlen muss, denkt aber, nur weil er gesund ist, nur an sich selber. An den anderen, der neben ihm sitzt, der krank ist, da denkt er doch gar nicht mehr dran.* (2/324–326)

Daran anknüpfend berichten Interviewpartner von einem „verschobenem Denken“ aufseiten der Nutzer, die geneigt seien, eine direkte Kausalität zwischen dem Preis medizinischer Leistungen und deren Qualität und Wirksamkeit herzustellen: *Aber in der Breite ist es jetzt viel stärker so, dass man denkt, man muss für eine gute Leistung auch mehr bezahlen, im Gesund-*

heitsbereich. [...] *Dass dieser Zusammenhang „teuer und Qualität“ gar nicht existiert, daran versuchen wir zu arbeiten. (7/297–298; 301–302) Mehr finanzielle Eigenverantwortung bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird von Experten der Nutzerunterstützung tendenziell ablehnend kommentiert. Dies treffe insbesondere für Leistungen des privaten Gesundheitsmarktes zu, die medizinisch selten notwendig seien. Hierzu zwei Zitate: Ich bin persönlich aber davon überzeugt, dass die Grundversorgung, die solide Grundversorgung, für jeden nach wie vor vorhanden ist, absolut. Und es entwickelt sich meiner Meinung nach so ein bisschen eine Art Hysterie. (8/279–283)*

Ich bin immer noch der Auffassung, dass die Krankenkassen das wirklich Notwendige, was dann auch letzten Endes in der Wirkung erwiesen ist, finanziert. (13/457–458)

Nicht das Versorgungsniveau seitens der GKV wird problematisiert, sondern neu entstehende Parallelsysteme, die – aus der Perspektive der Interviewten – durch geschicktes Marketing Begehrlichkeiten jenseits der Angebote des GKV-Leistungskatalogs wecken. Insbesondere in der bereits angesprochenen Abwertung des gesetzlichen Versorgungsangebots durch zusätzliche „private“ und daher vermeintlich bessere Gesundheitsleistungen liege – so eine generalisierende Aussage der Interviewpartner – eine schleichende Gefahr: *Das ganze Gesundheitssystem ist ja ein Markt geworden, ein großer Markt. Und wo ein Markt ist, wird auch verdient, und wo es teuer ist, dann scheiden sich sozusagen die Geister. Da gibt es dann Therapien, die angeboten werden als IGeL, die von den Kassen nicht gezahlt werden. Und allein dadurch, dass sie nicht von den Kassen übernommen werden, werden sie für bestimmte Kreise interessant, weil die meinen: Die Kasse zahlt es mir nicht, aber ich könnte es doch eigentlich gut gebrauchen. (8/229–236)*

Die Entgrenzung von Gesundheit über den ausschließlich kurativen Sektor hinaus und die sukzessive Etablierung von Gesundheitsleistungen als alltagsnahes Konsumgut, die sich zuerst in der Vielfalt lebensstilorientierter Zusatzangebote (bspw. Alternativmedizin, Schönheitschirurgie, Wellness, Fitness) widerspiegelt, wird von Experten der Nutzerorganisationen nicht als Freiheits- und Optionsgewinn für Nutzer interpretiert. Stattdessen wird die Herausbildung eines privatwirtschaftlichen und profitorientiertem Dienstleistungssegments konstatiert. Dies geschieht zunächst in nüchterner und sachlicher Rhetorik: *Es gibt aber einen Gesundheitsmarkt. Auf dem werden Produkte und Leistungen, die auch zur Verbesserung des Wohlbefindens, und wenn man das in diese große Definition mit reinnehmen will, zur Gesundheit dazugehören, marktförmig angeboten und auch marktförmig von Verbrauchern*

nachgefragt. (7/137–140) Der deskriptiven „Marktcharakterisierung“ folgt der Verweis, dass mit privaten Gesundheitsleistungen neue Risiken für Nutzer einhergehen würden und eine derartige Entwicklung Herausforderungen für die Informations- und Beratungsarbeit darstelle: Das ist ein ganz, ganz weites Feld und auch eines, auf dem viel Schindluder getrieben wird, mit dem Gesundheitsbedürfnis der Verbraucher, wo auch noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist, was sinnvoll ist und was vielleicht nicht sinnvoll ist. (6/499–502)

Exemplarisch für die grundsätzlichen Bedenken der interviewten Nutzervertretern hinsichtlich expandierender Gesundheitsmärkte und deren Angebote ist die zum Ausdruck gebrachte vorherrschende Beratungsintention, Nutzer über den „eigentlichen“ Nutzen gesundheitsnaher Konsumgüter aufzuklären: *Man muss natürlich als allererstes mit dem Patienten besprechen: Brauche ich denn dieses oder jenes Arzneimittel überhaupt? (5/377–379)*

Affirmative und optimistische Äußerungen zu den Potentialen der Gesundheitswirtschaft, die diese als Innovationsmotor betrachten (vgl. Karte/Neumann 2008: 4 ff.), bleiben die Ausnahme. Marktförmige Angebote im Gesundheitsbereich werden vielmehr als logische Konsequenz gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen betrachtet, die eine kritische Grundhaltung von Nutzern erfordern: *Wir leben in einer freien Marktwirtschaft und wenn man damit Geld verdienen kann, dann werden Unternehmen versuchen, damit Geld zu verdienen. Aber ich glaube schon, dass man das entkoppeln sollte von einer medizinisch notwendigen Behandlung, also dass man das strikt trennen sollte und dass es im Prinzip auch in den Köpfen der Nutzer diese Trennung geben sollte. (11/420–424)*

Grundsätzlich rühren Äußerungen zur Herausbildung eines privaten Gesundheitsmarktes von einer „starken“ (politischen) Überzeugung her, die für die Experten handlungsprägend ist: *Also, gesundheitliche, also, medizinische Versorgung im Gesundheitswesen ist fernab jeder sonstigen politischen Haltung, die ich vielleicht vertrete, ist etwas, was einfach nach Maßgaben von sozialer Teilhabe und Gerechtigkeit organisiert werden muss. Und das darf man nicht einem Markt überlassen, das darf man nicht kapitalistischen Marktgesetzen unterliegen lassen. (11/478–482)* Kurzum: Das Selbstverständnis der Nutzervertreter basiert auf einem Verständnis des deutschen Gesundheitssystems als ein solches, für das das Solidarprinzip bestimmend sei und bleiben müsse. Die stärkere Betonung von Marktelementen und (finanzieller) Eigenverantwortung wird grundsätzlich kritisch bis ablehnend beurteilt.

7.2.2 Vorstellungen zum nutzerfreundlichen Markt

Trotz der beschriebenen Skepsis werden die Wirkungsweisen und Steuerungspotentiale von Marktmechanismen nicht per se abgelehnt. Stattdessen spiegelt sich in den Experteneinschätzungen eine Ambivalenz wieder, die zwischen dem Ideal eines „nutzerorientierten Wettbewerbs“ und der als „Kommerzialisierung von Medizin und Gesundheit“ wahrgenommenen Realität changiert. Als Äquivalent zur Leitbildfunktion eines solidarischen Gesundheitssystems lassen sich normative Vorstellungen eines nutzerorientierten Marktes und Wettbewerbs im Gesundheitssystem ausmachen. Hier bestehen Anknüpfungspunkte zu Sens (1999: 7) Forderung nach *„a broader and more inclusive perspective on markets“*, die explizit auf das Vermögen von Märkten abzielt, soziale Gelegenheits- und Beteiligungsstrukturen zu schaffen und auf einem *„agent-oriented view on individuals“* (ebd.: 19) basiert. Exemplarisch sind Aussagen, die auf die fehlende Nutzerorientierung der gegenwärtigen Veränderungen im Gesundheitswesen abzielen. Kritische Bewertungen, wie *der Wettbewerb nutzt im Moment nur den großen Akteuren, aber nicht den Patienten* (21/427–428) werden – wie die folgenden zwei Beispiele zeigen – von Experten mit konkreten Handlungsaufforderungen an die Politik verknüpft, regulierend auf das Marktgeschehen einzuwirken: *Wenn Wettbewerb, dann mehr Wissen und Unterstützung, mehr Transparenz, auch zu den Qualitätserkenntnissen.* (21/457–458)

Wettbewerb braucht gleichzeitig, und auch gleichzeitig wirkend, auch Rahmenbedingungen. [...] Was ist Qualität? An welchen Kriterien macht man sowas fest? Das muss in den Verträgen stehen, das ist eben nicht bundeseinheitlich und auch nicht krankenkasseneinheitlich. (14/545–555)

Insbesondere beklagen die Interviewten die Reduzierung des im Gesundheitswesen dominanten Markt- und Wettbewerbsbegriffs auf den Aspekt der Kosteneffizienz. Zu klären ist aus Expertensicht in diesem Zusammenhang zunächst die Frage: *Was ist denn das Wettbewerbsmerkmal, an dem sich dieses Ringen um die beste Marktposition entspinnen soll?* (20/593–595) Bei der Ausdifferenzierung des Wettbewerbsbegriffs müsse der Einklang von Ökonomie, Nutzen und Leistung Priorität haben: *Es muss [...] immer darum gehen, den Qualitätswettbewerb zu etablieren und nicht einen reinen Kostenwettbewerb – das würde ich mal so als Oberbegriff benennen.* (20/343–345)

Angesichts des Wissens um Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem sowie um Defizite bei der Nutzer- und Qualitätsorientierung sprechen sich einige Interviewte durchaus für die In-

korporation von Marktmechanismen aus. Favorisiert werden politisch regulierte und transparente Wettbewerbsstrukturen, von denen Nutzer unabhängig von ihrem sozialen Status profitieren. Deutlich wird dies an der Idealvorstellung eines legitimen, weil *nutzerfreundlichen*, Marktes, der im starken Kontrast zur wahrgenommenen Wirklichkeit steht: *Ein Gesundheitswesen, das durch Markt und Effizienz gesteuert wird, könnte, wenn es intelligent gesteuert wird, auch zu Prävention und Information führen, und die Leute könnten sich kritischer mit Leistungen auseinandersetzen. [...] Die Kunst des Steuerns ist ja das Problem. (20/465–470)* „Nutzerfreundlichkeit“ sollte – so ein Interviewter – bereits Bestandteil der „politischen Konstitution von Märkten“ (vgl. Czada/Lütz 2000) sein: *Da muss man Leistungsverträge haben, die wirklich möglichst präzise definieren, was im Rahmen dieses Wettbewerbs zu erfolgen hat [:] eine Versorgung mit Dienstleistung, mit Beratung. Da muss dann auch drinstehen, wer berät, wen wie häufig. (14/616–620)*

Was versprechen sich die Experten von „mehr Markt“ und was nicht? Kaum Bedeutung hat die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten zwischen medizinischen Leistungen und Produkten. Der Choice-and-Competition-Diskurs (vgl. Le Grand 2003, 2007; Abschn. 4.3), wie er in Großbritannien geführt wird, findet in deutschen Nutzerorganisationen keinen Widerhall. Die freie Wahl von Ärzten und Krankenhäusern wird als selbstverständliches Recht betrachtet. Mögliche neue Wahloptionen, resultierend aus dem Wettbewerb zwischen Anbietern, werden nicht mit Vermarktlichungsprozessen im Gesundheitswesen assoziiert. Die Option eines *exit* aus der öffentlichen Gesundheitsversorgung wird prinzipiell als unmöglich erachtet.⁹⁸ In Anbetracht der prinzipiellen Abhängigkeit vom bestehenden Gesundheitssystem wird die Ausweitung von *choice* praktisch gleichgesetzt mit der Einführung einer „Zwei-Klassen-Medizin“, in der die Teilhabe am medizinischen Fortschritt durch den soziökonomischen Status bestimmt wird: *Wenn man sich jetzt anguckt, hier ist also ein System im Gange, was die Leistungen der GKV arg beschneidet und parallel ein privates System anbietet, was dann eben auch von privaten Versicherungen, Zusatzversicherungen und Ähnlichem mit abgedeckt wird. (4/316–320)*

Markttypische Wahlmöglichkeiten zwischen Leistungen werden als „schleichende Kommerzialisierung“ des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems begriffen. Dies hängt einerseits mit konkreten Erfahrungen in der Beratungs- und Informationsarbeit zusammen, andererseits ist die reine Erweiterung von Leistungsangeboten kein explizites Anliegen von Nutzerorgani-

⁹⁸ Vgl. hinsichtlich der Unmöglichkeit des *exit* aus öffentlichen Versorgungssystemen auch Hirschman (1970: 100): „[P]eople can stop being producer, but cannot stop being consumer of public goods“.

sationen, sondern wird vor allem als *top-down* initiierte Vermarktlichung der (öffentlichen) Gesundheitsversorgung erlebt. Frei zwischen Anbietern wählen zu können, ist für Nutzer eine kaum hinterfragte Selbstverständlichkeit und eignet sich daher nicht als „Motor“ eines nutzerorientierten Fortschritts. *Choice* wird seitens der Interviewten stattdessen als ein strategisch angewandtes (und einseitig marktkonnotiertes) *Policy-Instrument* und nicht als ein *Policy-Ziel* verstanden. Langjährige Erfahrungen mit Kostendämpfungspolitiken im deutschen Gesundheitswesen, denen zufolge „mehr Wettbewerb“ die Grundlage für mehr Effizienz ist, sehen die Interviewten als Bestätigung ihrer Haltung. Wahlmöglichkeiten zwischen Gesundheitsleistungen haftet somit das Stigma der Kostenverlagerung auf Nutzer an. Zur Illustration verweisen die Interviewpartner auf das Beispiel der „kapitalintensiven“ Zahnersatzindustrie (vgl. Abschn. 3.3.3), ein Versorgungsbereich, in dem Nutzer zwischen qualitativ und preislich sehr unterschiedlichen Materialien und Anbietern wählen müssen: *Die Zahnmedizin ist extrem kreativ, die produzieren [...] immer wieder neue Methoden, neue Materialien, neue Behandlungsmethoden für Parodontitis, für Wurzelbehandlungen. Für allen Schnick und Schnack gibt es Dinge, die die Krankenkasse nicht bezahlt, und zwar auf einem sehr kreativen und auch sehr teuren Niveau. Das wird den Leuten präsentiert wie das hochprofessionelle Nonplusultra.* (4/300–306) Für Nutzer ist eine informierte Wahlentscheidung in diesem Fall vor allem aus finanziellen Gründen von Bedeutung, wie eine Expertin hervorhebt: *Stichwort „Zahnersatz“: Da ist ja gerade dieser Kostenanteil, der Eigenanteil der Betroffenen sehr hoch und wenn dann einem Patienten, der über ein geringes Einkommen verfügt, z. B. eine „andersartige Versorgung“ angeboten wird, d. h., eine Versorgung, wo mit Sicherheit der Eigenanteil sehr hoch ist, weil es einfach schon über privatärztliche Liquidation abgerechnet wird, dann muss man dem Patienten schon mal die Alternativen aufzeigen, d. h, man muss ihm sagen, es gibt verschiedene Möglichkeiten des Zahnersatzes, es gibt eine Regelversorgung, es gibt eine gleichartige Versorgung, es gibt eine andersartige Versorgung.* (5/338–346)

Nutzerorganisationen reagieren, den Ausführungen eines Interviewten zufolge, auf die Entstehung von Gesundheitsmärkten, indem sie die De-facto-Pflicht, Auswahlentscheidungen zu treffen, ihrerseits als strategisches Argument für die Stärkung einer komplementären Infrastruktur an Informations- und Beratungsmöglichkeiten sowie für mehr Mitspracheoptionen der Nutzer anführen: *Immer da, wo ein Markt existiert, muss man einfach auf der anderen Seite darauf achten, dass auch die Interessen des schwächeren Marktpartners, der Patienten, der Kunden, der Versicherten, gestärkt werden, weil es keine gleichwertigen Marktpartner*

sind. (5/624–628) Die logische Konsequenz von „mehr Markt“ im Gesundheitswesen sehen die Interviewten im Ausbau der Infrastruktur an unabhängiger Beratung und Unterstützung und nicht in einer Beschneidung der vorhandenen Angebote: *Man kann nicht einfach Märkte öffnen und da Entscheidungen dem Verbrauchern auferlegen und dann ihnen die Beratung streichen oder so einschränken, dass sie nur noch unter hohen Kosten das wahrnehmen können.* (6/320–322) Kurzum: *Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher da im Regen stehenlassen.* (6/316–317)

Die Interviewpartner machen sich dafür stark, Nutzer mehrfach zu stärken: durch die Verbesserung des Rechtsschutzes, der Ausweitung von individuellen und kollektiven Mitsprachemöglichkeiten und vor allem durch eine Vermittlung spezifischer Gesundheitskompetenzen, die Nutzer dazu befähigen, die ihnen abverlangten Koproduktionsanforderungen zu bewältigen (vgl. Abschn. 7.2.6).

Der Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern könne zudem die Transparenz bestehender Angebote verbessern: *Ich erhoffe mir davon, dass es neben der Tatsache, dass etwas Geld kostet und für manche nicht mehr bezahlbar ist, auch dazu führt, dass sich Anbieter mit ihren Leistungen darstellen müssen.* (7/550–552) Hier drückt sich die Hoffnung aus, dass die von medizinischen Leistungserbringern wahrgenommene Notwendigkeit der Transparenz, um überhaupt wettbewerbsfähig zu werden, auch zur einer Steigerung der Angebotsqualität führt, um langfristig im Wettbewerb bestehen zu können: *Wenn Anbieter über ihre Leistungen informieren müssen, dann müssen sie sich auch einem gewissen Wettbewerb um Qualität stellen.* (7/563–565) Transparenz bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Offenlegung von Qualitätsindikatoren, aber auch auf die Hoffnung, dass um das Vertrauen von Nutzern werbende Leistungserbringer sich verstärkt um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bemühen, um ihre Marktposition zu verbessern. Nach Auffassung eines Experten trifft dies insbesondere auf Krankenkassen zu, die die Kundenbindung erhöhen wollen: *Wenn die Kassen Einzelverträge mit Ärzten machen, dann haben sie Interessen, wenn sie ihre Versicherten in diese Einrichtungen, auch was Reha und Pflege und so weiter anbelangt, vermitteln wollen. Die klugen Kassenvertreter kapierten das jetzt auch so langsam und wissen auch, dass wir so was wie eine Stiftung Warentest für diese Verträge, für diese Versorgungspakete brauchen, also eine neutrale Instanz, die dann darüber informiert.* (6/657–663)

Die interviewten Experten verknüpfen mit dem Stichwort „Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen“ bestenfalls vorsichtige Hoffnungen hinsichtlich einer verstärkten Orientierung am „Endverbraucher“: einerseits durch den Ausbau neutraler und unabhängiger Informations- und Beratungsangebote, andererseits durch ein stärkeres Bemühen von Ärzten, MVZ und Krankenhäusern, Nutzer über Leistungsspektren und deren Qualitäten zu informieren. Gleichzeitig verdeutlichen die Aussagen die Schwierigkeiten, eigene Beiträge zu benennen, die die erwünschte Nutzerorientierung unterstützen.

7.2.3 Dimensionen des Kulturwandels im Gesundheitswesen

Verständlich wird die Dynamik von neuen Rollenzuschreibungen, veränderten Anforderungen und Ansprüchen, aber auch die Verunsicherung von Nutzern erst durch die Einbeziehung zusätzlicher Faktoren. Der (Kultur-)Wandel im Gesundheitswesen ist weiterzufassen, um changierende Rollen, neue Selbstverständnisse und Risiken erklären zu können. Zum Wandel des Gesundheitswesens gehören vor allem dessen managerielle Umstrukturierung, neue medizinische Leitbilder und wissensbasierte Interaktionsformen sowie eine sukzessive Verschiebung dominanter Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen. Erst die Summe dieser Veränderungen gibt Aufschluss über die Ursachen des *Wandels* von Anforderungsprofilen von Nutzerorganisationen.

Grundsätzlich betrifft der identifizierte Wandel Prinzipien und Logiken des zugrunde liegenden Sozialsystems. Nach Einschätzungen der Nutzervertreter kollidieren neue Sozialpolitiken (vgl. Kap. 1), die die Eigenbeteiligung und -verantwortung der Adressaten stärker gewichten, mit dem historisch bedingten Selbstverständnis vieler Nutzer, zuerst „anspruchsberechtigte Leistungsempfänger“ in einem umfassenden Versorgungssystem zu sein: *Es ist ja so, dass wir alle noch gewohnt sind, eingebettet in ein fürsorgendes System zu sein. Also, letztendlich leben wir alle damit, dass die Krankenkassen eigentlich alles, was man so braucht, finanzieren und dass der Arzt schon alles so ordentlich aussucht, was man so individuell braucht. Und mit diesem Verständnis gehen viele Menschen noch ins System rein.* (20/227–231) Hier steht die Vorstellung des Eingebettetheits in ein fürsorgliches Versorgungssystem für eine vergangene sozialpolitische Epoche, in der zufolge retrospektiver Wahrnehmung weitgehende Übereinstimmung zwischen dem sozialstaatlichen Leistungsvolumen und den Erwartungen der Adressaten existierte. Die von Nutzervertretern wahrgenommene Veränderung gefährdet dieses Passungsverhältnis. Neue sozialpolitische Steuerungsparadigmen und Ansprüche von Nutzern stehen zunehmend in einem asynchronen Verhältnis zueinander. Die Erosion des

bisherigen Konsenses birgt für Nutzer unbekanntes Konfrontations- und Enttäuschungspotential: *Insofern kommen die Leute z. T. aus so einer Enttäuschung hier her und fühlen sich ein Stück betrogen um ihre Ansprüche. Ja, was eben in einer gewissen Weise nachvollziehbar ist. Vor allem haben die ja auch ganz oft mitbekommen, also gerade die Älteren, dass vor zwanzig Jahren noch das System ganz anders aussah und man jedes Pflasterchen quasi über die Kasse bezahlt bekam und sich da einfach auch massiv was verändert hat, was die Ansprüche angeht, die man stellen kann, an die GKV. (4/87–94)*

Insbesondere Krankenkassen erscheinen retrospektiv als staatsnahe, oftmals schwerfällige Verwaltungen, deren primäre Aufgabe die Übernahme von Krankheitskosten war. Nutzer schenkten ihrer Krankenkasse – solange diese imstande war, die Beitragssätze stabil zu halten – kaum Aufmerksamkeit. Gleichzeitig bemühte sich die GKV wenig um Öffentlichkeitsarbeit und Aktivierung, geschweige denn Schulung, ihrer Versicherten. In Bewegung kam das Verhältnis zwischen Kostenträgern und Versicherten erst mit der Einführung der freien Kassenwahl 1996 (vgl. Abschn. 3.3.1), die Nutzervertreter als „gravierendste Veränderung“ bewerten: *Durch die Öffnung der Krankenkassen hat sich gezeigt, dass Krankenkassen ihren Charakter als Behörden doch weitgehend verloren haben und sich stärker als Dienstleistungsunternehmen begreifen. (6/516–519)*

Infolge der Verbetriebswirtschaftlichung von Krankenkassen sowie der Transformation zu Wettbewerbsakteuren gewannen Marketing und Kundenservice an Bedeutung – bei gleichzeitigem Verlust an Glaubwürdigkeit der GKV als neutrale Informationsinstanzen. Fragen des individuellen Versicherungsschutz – wenngleich vorrangig solche, die sich mit dessen Kosten beschäftigen – rückten nach und nach in das Blickfeld der Versichertengemeinschaft. Hierbei handelt es sich allerdings, der Wahrnehmung der interviewten Nutzervertreter nach, um ein dynamisches Wechselverhältnis und nicht um eine einseitige Konditionierung, wie folgende Aussage hinsichtlich der gewandelten Erwartungshaltung von Versicherten impliziert: *Patienten sind anspruchsvoller geworden als früher. Diejenigen, die die Zusatzversicherung abschließen, sagen: „Ich will jetzt hier die Chefarztbehandlung“ [...]. Diejenigen, die sagen: „Ich bin hier sozusagen in der privaten Premium-Krankenversicherung“, kriegen sehr viel gemacht, in Rechnung gestellt und bezahlt [...]: Man glaubt [...] als Patient und Patientin sehr viel mehr, dass Geld etwas mit Qualität zu tun hat. (7/285–293)*

Eine (teilweise) äquivalente Entwicklung vollzog sich im Arzt-Patient-Verhältnis. Ärzte sehen sich zunehmend gezwungen, sowohl ökonomisch orientiert, d. h. ihr Budget schonend und Regresse vermeidend, als auch patientenorientiert zu arbeiten. Praktisch führt dies zu einer weiten Spannbreite an ärztlichen Rollenverständnissen, in denen Altruismus, Übernahme neuer Interaktionsmuster und Vermarktung von IGeL eigentümliche Konstellationen an Motiven eingehen. Nutzer sind der Herausforderung, Ärzten, die zugleich hippokratische, partnerschaftliche und betriebswirtschaftliche Rollenelemente vereinen, differenziert zu begegnen, unterschiedlich gewachsen. Nach Auskunft der Interviewten sind Alter, Bildung und Selbstvertrauen für die jeweilige Interaktionskompetenz entscheidend. Wenig überraschend ist daher die Diskrepanz in den Charakterisierungen gegenwärtiger Arzt-Patient-Verhältnisse, wie folgende Aussagen verdeutlichen: *Der Weiße-Kittel-Effekt ist zwar noch da, aber längst nicht mehr so blutdrucksteigernd wie vor ein paar Jahren, sondern sie [die Patienten, B. E] sind kritischer geworden.* (16/99–101)

Der Arzt, der Gott in Weiß, der wird schon das Richtige tun, und „Ich bin ja ..., diese Klinik ..., das ist ja eine Koryphäe, der Herr Professor, und hier bin ich in guten Händen“, also diese Grundhaltung, dahin haben wir Patienten [...] sozialisiert. Und das ist jetzt eine sehr schwere Aufgabe, das wieder aufzulösen und da wieder rauszukommen. (11/294–298)

Weitaus komplizierter gestaltet sich die Beziehung zwischen Professionellen und Nutzern, wenn Rollen in einer Behandlungssituation changieren, d. h., wenn Ärzte Nutzer zunächst als Patienten behandeln und entsprechende Verhaltensempfehlungen geben, ihrer „Kundschaft“ jedoch im Verlauf der Interaktion IGeL unterbreiten, ohne die i. d. R. überraschten Nutzer auf die sich verändernde Beziehungsform hinzuweisen: *Ärzte haben häufig Probleme, diesen Rollenwechsel hinzubekommen und dadurch auch Schwierigkeiten, diese andere Funktion, die sie bei einer Wahlleistung nämlich auch haben, nämlich Patienten noch mal ganz anders aufzuklären, diese Wahlfreiheit eben herzustellen, weil Nutzer in dem Moment eben Verbraucher sind, das passiert oft nicht. Auch Ärzte fallen dann oft in ihre alte Rolle zurück und sagen: „Wir machen das, was ich für richtig halte.“ An dieser Stelle merkt man sehr deutlich, welche Probleme entstehen, wenn diese beiden Rollen in einer sozialen Situation gewechselt werden und welche Probleme das für beide Seiten bieten kann.* (7/117–125)

Für Nutzer gestaltet sich der notwendige Rollenwechsel, um in derartigen Behandlungssituationen bestehen zu können, als äußerst schwierig. Zum einen verlangt die situative Anpassung des eigenen Nutzungsverhaltens eine hohe Aufmerksamkeit, Flexibilität und Beziehungs-

kompetenz von Menschen, die in ihren Fähigkeiten i. d. R. krankheitsbedingt eingeschränkt sind. Zum anderen ist eine ausreichende Selbstidentifizierung mit der für sie untypischen Rolle als Kunde und Konsument in Arztpraxen gefragt. Letzteres überfordert Nutzer größtenteils und kann daher nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden: *Eigentlich müsste man die Patienten in ihrer Rolle als Verbraucher und Käufer und Kunden noch mal stärken. Der Begriff passt natürlich für Patienten nicht, und die identifizieren sich damit auch nicht, und das macht es schwer.* (21/324–326)

Des Weiteren verlangen insbesondere medizinischer Fortschritt und Innovationen in der Qualitätskontrolle und der Kosten-Nutzen-Evaluation von allen Akteuren unentwegt Anpassungsleistungen. Intransparenz und gestiegener Orientierungsbedarf sind nicht alleine auf Effizienzbestrebungen und Anbieterwettbewerb zurückzuführen, sondern ergeben sich zwangsläufig aus der Vielfalt des „medizinisch Machbaren“. Rückblickend resümiert eine Interviewte: *Das Gesundheitssystem ist vielfältiger geworden [...] als es vor dreißig Jahren war. Wenn ich alleine an den Bereich Brustkrebs denke: Die Brustzentren, das Mammographiescreening, DMP, das sind ja auch alles Strukturen, die neu geschaffen wurden, die es früher gar nicht so gegeben hat.* (15/75–81)

Neue Behandlungsformen, insbesondere solche, deren Vorteile in der breiten Öffentlichkeit kommuniziert werden, wecken das Interesse von Nutzern. Zum Kulturwandel des Gesundheitswesens gehört daher auch, dass Ansprüche auf bestimmte Leistungen von außen in das System hineingetragen werden. Bspw. wurde die 2007 in den GKV-Leistungskatalog aufgenommene (freiwillige) Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (sogenannte „HPV-Impfung“) für Mädchen im Alter von zwölf bis 17 Jahren durch die mediale Aufarbeitung von (durchaus widersprüchlichen) Studien über die Impfstoffe Gardasil und Cervarix flankiert. In der Demokratisierung von medizinischem Wissen liegt somit immer auch ein Irritationspotential für Nutzer. Dies zeigt auch das Beispiel evidenzbasierter Patienteninformationen zu wenig erforschten Krankheitsbildern. Nutzer reagieren verunsichert, wenn sie von Professionellen vermittelt bekommen, dass es zu ihrem Fall noch keine gesicherten Forschungsergebnisse oder konträre Bewertungen gebe: *Für diejenigen, die das lesen, ist das extrem frustrierend und auch eine wirklich ganz ungewohnte Situation.* (12/315–316) *Das ist ja etwas, was Menschen auch erst lernen müssen, erst mal zu verstehen: Es gibt nicht die Wahrheit, es gibt auch nicht immer den Weg, den man generell für jeden beschreiten möchte, und sich in dieser Un-*

sicherheit dann auch zurechtzufinden [muss, B. E.]. Das ist ja für Patienten auch ein Lernprozess. (12/307–310)

Die hieraus resultierende Unklarheit oder das Wählen zwischen gleichermaßen risikoreichen Therapieformen kann somit auch ein Ergebnis von mehr Transparenz und Nutzerorientierung sein. Emotionale Bewältigung setzt in diesem Fall u. a. kommunikative Kompetenzen des Nutzers voraus, etwa die Fähigkeit, ein an seinen Interessen orientiertes Arztgespräch zu führen, eigene Bedürfnisse und Ängste zu schildern sowie Orientierungsfragen („Was bedeutet die Vielfalt an Therapien für meine Diagnose?“) zu formulieren. Hier gilt es, Professionelle als „Wissensmediatoren“ aufzusuchen, wie dies das erste der folgenden Zitate verdeutlicht, in dem der interviewte Experte Anforderungen aus Sicht eines Nutzers formuliert: *Ich muss Informationen verstehen können, seien sie geschrieben, seien sie persönlich formuliert – das ist eine ganz wichtige Kompetenz. Und die zweite hängt damit unmittelbar zusammen: Ich muss wissen, an wen ich mich wenden kann. Ich kann nicht alles wissen, aber ich muss die Möglichkeit haben, rauszukriegen: Wo ist der Ansprechpartner für mein Problem? (12/282–286) Und dann – ich glaub', das kommt noch dazu – die Möglichkeit, das in einem Gespräch mit dem Arzt zu artikulieren, was man dann hat und was so seine eigenen Vorstellungen sind und notfalls auch [...] seinen eigenen Vorstellungen Gehör zu verschaffen, bei den Fachleuten. (10/186–190)*

Dass Nutzern potentiell zur Verfügung stehendes Wissen nicht gleichbedeutend mit individueller Mündigkeit und Autonomie ist, sondern immer zuerst „aufgearbeitet“ werden muss (vgl. Abschn. 7.2.8), lässt sich folgendem Zitat zu entnehmen: *Aber natürlich liegt in dieser Informationsfülle auch ein Nachteil, weil man diese Menge an Wissen beherrschen muss und weil man sie valide machen muss. (21/258–259)* Für diejenigen, die Nutzer mündlich oder mittels Medien informieren und beraten, gilt es, zielgruppensensible Ansätze der Wissensvermittlung zu finden, die Nutzer sowohl emotional als auch kognitiv ansprechen. Diese Anforderung beschreibt eine Expertin folgendermaßen: *Das bedeutet, dass die Informationen so gegeben werden, dass jemand in die Lage versetzt wird, dass er eine möglichst hohe Kompetenz entwickelt, die ihn befähigt, so zu handeln, dass er tatsächlich auch in schwierigen, auch in ambivalenten Situationen eine gesundheitsgerechte Entscheidung für sich treffen kann, die zu seiner Person, seiner Situation, seinem Risiko passt. (9/10–14)*

Wer sind *die Nutzer* in den Augen der Experten? Welche Nutzerbilder dominieren in den ausgewählten Nutzerorganisationen?

7.2.4 Nutzerrollen aus Expertensicht

Der Wandel des Gesundheitswesens verändert ebenfalls das Leitbild der interviewten Experten vom informations- und ratsuchenden Nutzer. Mit welchen Nutzertypen sehen sich die Fachleute in ihrer tagtäglichen Arbeit konfrontiert?

Grundsätzlich ist eine deutliche Diskrepanz zwischen den seitens der Interviewten normativ erwünschten Rollenzuschreibungen an Nutzer und den realen Rollenanforderungen auszumachen. Die in den Interviews geäußerten Überlegungen sind vor dem Hintergrund von Überzeugungen zu begreifen, die zunächst einmal die Übernahme markttypischer Interaktionsmuster ausschließen: *Patienten sind keine Kunden. Das finde ich ganz, ganz wichtig. Das sind kranke Menschen in der Regel. (3/363–364)* Die Betonung des schutzbedürftigen Patientenstatus korreliert mit realen Veränderungen hin zu marktformigen Angeboten von Leistungsanbietern. Angesichts der Ausdifferenzierung der im Gesundheitswesen zur Geltung kommenden Steuerungsprinzipien verändern sich die Rollen, in denen Nutzer potentiell adressiert werden. Exemplarisch für diesbezügliche Einschätzung der Interviewpartner ist folgende Aussage: *Das zeigt, wie das Gesundheitswesen immer stärker von solchen marktwirtschaftlichen Elementen [wie, B. E.], „der Patient wird als Kunde betrachtet“, durchsetzt wird. Das kann man nicht mehr stoppen. (1/519–522)*

Normativ gefärbte Vorstellungen der Experten hinsichtlich angemessener Nutzerrollen, wie die des kritischen Bürgers und des schutzbedürftigen Patienten, erscheinen in Anbetracht der „realen“ Unausweichlichkeit von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen mehr als Leitbilder der eigenen Unterstützungsarbeit denn als wirklichkeitsnahe Handlungsalternativen für Nutzer. Insbesondere Vertreter der Verbraucherorganisationen weisen allerdings darauf hin, dass unter bestimmten Rahmenbedingungen Nutzer von Gesundheitsleistungen auch den Status von Kunden und Konsumenten einnehmen: *Gesundheit ist an und für sich keine Ware, individuell gesehen. Es gibt aber einen Gesundheitsmarkt. Auf dem werden Produkte und Leistungen, die auch zur Verbesserung des Wohlbefindens [...], zur Gesundheit dazugehören, marktformig angeboten und auch marktformig von Verbrauchern nachgefragt. (7/136–140)*

Entscheidendes Kriterium zur Ausübung der Konsumentenrolle ist die „freie Wahl“ bei der individuellen Gesundheitsversorgung: die bewusste Entscheidung für eine ergänzende, nicht im GKV-Leistungskatalog enthaltene, Früherkennungsmaßnahme oder die Einnahme eines nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittels usw. In diesem Zusammenhang resümiert ein Interviewpartner: *Solange ich diese Wahlfreiheit habe, würde ich von Verbrauchern sprechen, und dann, wenn diese Wahlfreiheit nicht mehr besteht, dann würde ich von Patienten sprechen.* (7/90–92)

Worauf gründet sich die Wahlfreiheit des Konsumenten? Eine Expertin argumentiert, dass nicht die Angebotsvielfalt von zur Verfügung stehenden medizinischen Leistungen und Produkten über die Rolle von Nutzern im Gesundheitswesen entscheide. Vielmehr sei es der individuelle Gesundheitszustand, der Nutzer von Gesundheitsleistungen dazu befähige, im Stile von Konsumenten zu agieren, oder aber dafür verantwortlich sei, dass Nutzer (temporär) auf diese Handlungs- und Wahlfreiheit verzichten müssen: *In dem Moment, wo ich erkrankte, wo ich eine Erkrankung habe, die mich tatsächlich so beeinflusst in meinem Wohlbefinden, dass ich meinem normalen Alltag nicht mehr nachgehen kann, habe ich keine Wahl mehr, da brauche ich eine Behandlung, eine Unterstützung, eine Therapie, da suche ich nach Hilfe. Und in dem Moment bin ich Patientin. Wenn ich mir das aussuchen kann, wenn ich mir überlegen kann, ich nehme Nahrungsergänzungsmittel oder nicht [...], ich fühle mich ja nicht krank, dann bin ich aus meiner Sicht eine Verbraucherin, die sich entscheidet, eine bestimmte Leistung in Anspruch zu nehmen, weil sie sich davon einen Benefit erhofft.* (7/84–89)

Wie schwierig und z. T. konstruiert derartige Abgrenzungen in der Realität sind, wurde bereits am Beispiel von Arzt-Patient-Interaktionen gezeigt, in denen Rollenzuschreibungen und -anforderungen fließend sind und innerhalb einer Behandlungssituation changieren können (vgl. Abschn. 5.6). Im ungünstigsten Fall sind Patienten, z. B. während einer Zahnbehandlung, gezwungen, kurzfristig über eine zusätzliche Inanspruchnahme privater Leistungen, spezieller („andersartiger“) Methoden oder besondere Materialien zu entscheiden. Dieses Dilemma veranschaulicht folgendes Zitat eines Nutzerberaters in Bezug auf Zahnarztpatienten: *Dann ist man in so einer Situation: Versorgt der mich jetzt noch richtig? Kann ich dem was abschlagen, wenn der mir irgendwas anderes anbietet? Also, das ist hochkompliziert in der Situation, in der ich in der Waagerechten liege und den Mund aufmachen muss und nicht weiß, was er [der Zahnarzt, B. E.] tut und mir wohlmöglich wehtut. Der Nutzer ist da eben nicht unbedingt der freie Kunde, der sich sein Auto machen lässt oder einen Plattenspieler*

kauft. Da kann ich in aller Gemütsruhe das Ding testen und sagen: Wenn es nichts ist, gebe ich es nach zwei Wochen zurück. Das geht in der Medizin nicht [...]. (4/626–633)

Der Entscheidungsdruck, dem Nutzer privater Gesundheitsleistungen ausgesetzt sind, ist je nach Leistungsbereich zu differenzieren. Die von Verbraucherberatern getroffene Definition von Wahlfreiheit ist weniger im Kontext (heikler) ärztlicher Behandlungen zu sehen, vielmehr erhebt sie vor allem auf Märkten gesundheitsnaher Produkte und Leistungen Geltung, auf denen Konsumenten z. B. freiverkäufliche Präparate zur Stärkung des Immunsystems oder Drogerieartikel zur Verbesserung des Wohlbefindens einkaufen oder aber kostspielige Mitgliedschaften in Sport- oder sogenannten „Gesundheitsstudios“ eingehen.

Die Entgrenzung von Gesundheit (vgl. Kickbusch 2006) im Sinne einer alltäglichen Konfrontation mit gesundheitsrelevanten Lebens- und Konsumententscheidungen, aber auch die Zunahme chronischer Krankheiten, bei denen die Betroffenen zu „Experten“ mit graduell kalkulierbaren Entscheidungsspielräumen werden, lassen somit im Ergebnis eine einseitige Fixierung auf „Patienten“ als potientes Beratungsklientel als unzeitgemäß erscheinen. Darüber hinaus ist es die fortschreitende finanzielle Eigenbeteiligung von Nutzern, die (aus der Perspektive der Interviewten) markttypische Rollenzuschreibungen durchaus als legitim und plausibel erscheinen lässt: *Der Ausgangspunkt ist die Verlagerung der Kosten von gesundheitlichen Leistungen weg von der reinen Kostenträgerschaft durch Dritte, durch die Krankenkassen, hin zum Verbraucher oder [zur, B. E.] Verbraucherin. (7/216–219)*

Dennoch wird die Kunden- und Konsumentenzuschreibung von den interviewten Nutzervertretern nur widerwillig akzeptiert. Die Adressierung von Nutzern als Marktakteure wird als „logische Konsequenz“ begriffen, wobei – wie eine Gesprächspartnerin anmerkt – der Kundenstatus formal im Widerspruch zum solidarisch finanzierten GKV-System stehe. Aufgrund des geltenden Sachleistungsprinzips besäßen gesetzlich Versicherte keine unmittelbare Marktmacht, da sie nicht als direkte, über ihr Geld persönliche verfügende, Käufer aufträten. Gleichwohl gelte es, die „Rolle des Wählenden“ durch neue Mitspracherechte und eine größtmögliche Anbieter- und Qualitätstransparenz zu stärken, auch wenn die neuen Rollenbilder nicht dem Selbstbild der Nutzer entsprächen. Abgelehnt werden eine Totalisierung der Konsumentenzuschreibung und die Überbetonung des menschlichen Vermögens, rational zu handeln. Exemplarisch hierzu zwei Zitate einer Expertin, die einerseits die Schutzbedürftigkeit aus Sicht von Nutzern hervorhebt und andererseits auf deren gezielte Förderung

setzt: *Kann ich mich dann noch vertrauensvoll dieser Einrichtung überantworten, wenn die nur noch die Dollarzeichen dabei sehen und nicht [...], dass ich ein kranker Mensch bin und eine ganz besondere Form von Hilfe brauche?* (12/660–663)

[Den, B. E.] *ganze[n] Aspekt „empowerment“, den werden wir noch stärker in den Mittelpunkt stellen.* (12/683–684)

Vor dem Hintergrund der beschriebenen normativen Positionen ist es wenig überraschend, dass unter den Interviewten skeptische Einschätzungen im Hinblick auf den befähigenden Charakter von Wahlentscheidungen für Nutzer deutlich überwiegen. Insbesondere bildungs-schwachen Nutzern wird eine „massive Überforderung“ hinsichtlich der Möglichkeit attestiert, auf Augenhöhe mit Leistungsanbietern über Angebote „zu verhandeln“ und die mit medizinischen Leistungen verbundenen Kosten realistisch zu beurteilen. Die folgenden zwei Zitate unterstreichen diese Beurteilung: *Es ist für die Versicherten und die Patienten zunehmend komplexer, Wahlentscheidungen zu treffen; [...] die Transferkosten, [...] die Information, die Navigation und diese Sachen werden erhöht.* (6/527–530)

Die Kundenpotenz, die in diesen marktwirtschaftlichen Angeboten liegt, kann man gar nicht mehr ausschöpfen, weil es so viele Bereiche sind, wo man das tun müsste, dass man den ganzen Tag nichts anderes zu tun hätte, als sich damit zu beschäftigen und irgendwelche Wahlentscheidungen zu treffen, zu überprüfen, ob ich richtig versichert bin. (1/743–747) Der Begriff „Kundenpotenz“ zielte im Gesprächszusammenhang auf potentiell positive Auswirkungen eines Anbieterwettbewerbs für Nutzer ab, wie z. B. die informierte Auswahl von Krankenhäusern, anhand von Qualitätsberichten oder (internetbasierten) Suchmaschinen. Derartige Souveränitätsgewinne auf der Nutzerseite werden zwar theoretisch für möglich gehalten, entsprechen allerdings nicht den Erfahrungen aus der Informations- und Beratungsarbeit im Alltag.

Unterstützungsangebote werden vorrangig von denjenigen Nutzern in Anspruch genommen, die Schwierigkeiten mit den an sie gestellten Anforderungen haben. Die dominante Wahrnehmung der Experten zu Nutzern im gesundheitlichen Versorgungssystem umfasst somit nicht nur deren Konsumentenrolle, sondern auch die latente Gefahr für Nutzer, „Marketingopfer“ zu werden. Hier wird vor allem auf teils versteckte, teils offene Werbestrategien von Ärzten und Medizinprodukte-Herstellern abgestellt, die informierte Nutzerentscheidungen bewusst unmöglich machen: *Die Realität ist zunehmend so, dass sehr viel mit Fehlinformationen ge-*

arbeitet wird [...], also, dass Transparenz, die immer Voraussetzung ist, damit ich überhaupt [...] selbständig entscheiden kann, keine Chance hat. (3/580–584)

Und das nutzen die Anbieter aus, indem sie ihre Leistungen so schräg anbieten, durch Werbung so einseitig bewerben und so viel verschleiern und so viel in Fußnoten schreiben, in Minischrift, was man wissen muss, dass Leute da ständig reinfallen und einfach zu viel bezahlen. (1/749–752)

Abgesehen von erheblichen Mängeln in der Transparenz des Leistungsangebots sehen die Interviewpartner vor allem bei den Nutzern selbst Defizite hinsichtlich der Entwicklung einer „echten“ Kundensouveränität im Gesundheitswesen. Vergleiche beziehen sich in diesem Zusammenhang auf den Bereich des Alltagskonsums: *Bei der Anschaffung einer Waschmaschine, da holt man sich vielleicht noch mal zwei, drei Preisangebote ein [...] und guckt, ob es was im Angebot gibt. (5/521–523)* Ein markttaugliches Verhalten existiere jedoch im Hinblick auf entstehende Gesundheitsmärkte bisher nur bei einigen wenigen Nutzern, wohingegen die Mehrzahl angesichts der für sie ungewohnten Rolle verunsichert sei: *Kundensouveränität existiert [...] in diesem Gesundheitsbereich in großen Teilen nicht, bei manchen schon, aber in der überwiegenden Zahl aus unserer Beratungspraxis nicht. (5/523–525)*. Aktive Verbraucher, aber auch Patienten, benötigten Markt- und Systemwissen, um sich im Gesundheitswesen behaupten zu können, wie folgendes Interviewzitat hervorhebt: *Sie müssen wissen, wo sie zuverlässige Informationen bekommen. Sie müssen Zugangswege kennen. Sie müssen wissen, welche Kosten ggf. entstehen und Sie müssen über das Angebotsprofil informiert werden. (9/108–110)* Real bestehen für Nutzer in einem nach ökonomischen Kriterien ausgerichteten System, dessen Akteure widersprüchliche Interessen verfolgen Verortungs- und Orientierungsprobleme: *Die Patienten leiden darunter, dass sie sich als Objekt der Versorgungssysteme verstehen, wahrnehmen und fühlen und dass sich das System immer nach seiner eigenen Logik richtet und die Versorger und Anbieter und Leistungserbringer nach ihrer Logik und nach ihren Interessen und nicht so sehr nach den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten. (21/191–195)*

Auf die Frage, welche Eigenschaften Patienten konkret benötigen, um innerhalb des Gesundheitssystems bestehen zu können, antworten viele Experten zunächst defensiv und wiederholen die Ansicht, dass Patienten schutz- und hilfebedürftig seien und dieser Zustand grundsätzlich mehr oder weniger stark eingeschränkte Fähigkeiten bedinge. An den Aussagen ist auffallend, dass Interaktionskonzepte, wie Koproduktion oder Shared Decision Making, nicht

ohne Weiteres mit der Patientenrolle in Verbindung gebracht werden; stattdessen wird am Bild von Patienten als eines „leidenden Menschen“ festgehalten. Gleichwohl gibt es, folgt man der Einschätzung eines Interviewten, selbst für akut erkrankte Patienten immer noch Möglichkeiten, ein Gefühl des „Ausgeliefertseins“ zu vermeiden: *Also ich würde es gar nicht versuchen, hier den perfekten, aufgeklärten Patienten definieren zu wollen [...] Das Einzige, was man vielleicht sagen könnte, ist vielleicht eine kritische Grundhaltung gegenüber dem Versorgungssystem und daraus resultierend einfach der Wille, sich damit auch kritisch auseinanderzusetzen, so weit die eigenen individuellen Möglichkeiten das zulassen.* (11/239–246)

Nutzerorganisationen kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe eines *vertrauensbasierten Konsumentenschutzes* zu: Zum einen müssen Nutzer als Patienten davon überzeugt werden, dass ihnen Verständnis für ihre leidvolle und schwierige Situation entgegengebracht wird, und zum anderen gilt es, gemeinsam mit ihnen Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Als Ideal wird von Nutzervertretern der „kritisch mitdenkende“ Patient genannt, der ein Anrecht auf voraussetzungsfreie Versorgungsleistungen habe, sich jedoch gleichzeitig, aufgrund seines Gesundheits- und Systemwissens, vom „passiven Leistungsempfänger“ unterscheide. Dies treffe insbesondere auf chronisch kranke Patienten zu: *Gerade chronisch kranke Patienten sind häufig ganz hervorragende Experten für ihre eigene Erkrankung und wissen sehr gut Bescheid, z. T. besser Bescheid als ihr behandelnder Facharzt, weil sie die Möglichkeit haben, sich von morgens bis abends mit ihrer einzelnen Erkrankung auseinanderzusetzen.* (11/388–391)

An Chronikern, deren Therapieverläufe sich entlang des Kontinuums eines Wechsels zwischen Krankheit und Gesundheit bewegen, lässt sich zeigen, wie fließend Identitäten und Rollen in Versorgungssystemen sind. Die Vielschichtigkeit der Nutzerfigur spiegelt sich in den Expertenausführungen zum Patientenstatus wider, dessen Sonderrolle nachdrücklich unterstrichen wird. Patienten werden allerdings nicht einseitig als passiv und leidend verstanden, sondern müssten „Mensch bleiben“ und „mutig sein“. Besonders kennzeichnend ist das Resümee eines Interviewpartners, der Patienten als mündige Nutzer betrachtet, die im Umgang mit Informationen kritisch seien: *Was der Nutzer noch mitbringen sollte, ist tatsächlich das Bewusstsein, dass es ein hochkomplexes System ist, in dem man sich da bewegt, und dass es durchaus Sinn macht, sich nicht irgendwas erzählen zu lassen und schon gar nicht, während man behandelt wird, sondern, dass man sich quasi auch immer wieder trainiert darin zu sagen: „Alles klar, hab’ ich gehört, jetzt suche ich mir erst mal eine zweite Meinung oder eine*

neutrale Haltung oder eine neutrale Institution, die mir darüber dann noch weitere Informationen geben kann.“ (4/238–245)

Eine weitere Rolle, deren Bedeutung Nutzervertreter zunehmen sehen, ist die des „Bewerter“, der nach dem Durchlaufen eines medizinischen Behandlungsprozesses ein Feedback zu den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen gibt: *Er [der Patient, B: E.] ist aber auch Bewerter [...]. Das ist, glaube ich, eine neue Rolle, die zunehmend an Bedeutung gewinnt, gerade, wenn man sich diese Onlinebewertungsportale ansieht, die es jetzt gibt, so nach diesem Prinzip „Holiday-Check“: „Ich bewerte mal meinen Hausarzt und ich bewerte mein Krankenhaus.“ (11/263–266)* Nahezu einhellig sprechen sich die Interviewten für einen Ausbau der Nutzerbeteiligung in der Qualitätssicherung aus. Hiermit verbunden ist die Hoffnung, das Leistungsgeschehen langfristig von „innen heraus“ reformieren zu können, indem Nutzer- und Patientenerfahrungen, wie Zufriedenheit, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse oder Häufigkeit von Behandlungsfehlern, gleichrangig neben medizinischen Evaluationskriterien zur Anwendung kommen. Mit den Worten einer Interviewpartnerin ist bspw. die Entwicklung nutzerorientierter Indikatoren in Berichten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) „das“ strategische Zukunftsthema für die unabhängige Nutzervertretung, *weil Patienten nämlich ganz andere Anforderungen an Qualitätsberichte haben als es Einrichtungen haben. Die wollen ja wissen: „Kann ich denn ungestört zu jeder Tages- und Nachtzeit Besuch empfangen?“, oder „Kann ich auch eine Mahlzeit zu mir nehmen, außerhalb der strikten Mahlzeitenfenster, die vorgegeben sind?“, oder „Kann ich denn ungestört auch mal in einer Einrichtung telefonieren?“ (5/604–609)*

Eine Gemeinsamkeit aller Nutzerrollen ist die Zunahme von Eigenverantwortung im Versorgungsgeschehen. Welche Bedeutung messen die interviewten Experten diesem Begriff zu?

7.2.5 „Eigenverantwortung“: ein deutungsoffener Begriff

Die Ambivalenz in den Aussagen der Interviewten in Bezug auf den Begriff der Eigenverantwortung ist groß. Nutzervertreter changieren in ihren Kommentaren zwischen generellem Begrüßen der „gestiegenen Eigenständigkeit“ von Nutzern und einer vollständigen Ablehnung der als obsessiv wahrgenommenen Eigenverantwortungsappelle. Zur Kennzeichnung der Endpunkte des Kontinuums der Positionen eignen sich folgende Zitate: *Eigenverantwortung ist ein ganz wichtiger Begriff für die Gestaltung seines eigenen Lebens (9/175–176)* und *Die Eigenverantwortungsforderung ist absurd, weil Sie ja nicht auf Augenhöhe verhandeln,*

wenn Sie jetzt speziell den Medizinbetrieb nehmen, aber auch den Betrieb sonstiger Sozialleistungen. (18/445–447)

An der Eigenverantwortungsdebatte lassen sich beispielhaft Verwirrungen ausmachen, die entstehen, wenn mehrere Akteure ein und denselben Begriff mit unterschiedlichen Inhalten versehen und strategisch von ihm Gebrauch machen (vgl. Dieterich 2006, 2010). Kostenträger, Leistungserbringer und Pharmaindustrie berufen sich gleichermaßen auf eine Eigenverantwortung der Nutzer. Die Attraktivität des Begriffs liegt gerade in seiner Unbestimmtheit. Unter „Eigenverantwortung“ lassen sich unterschiedliche ökonomische und ethische Interessen subsumieren. Private Investitionen in Gesundheitsleistungen können ebenso das Ergebnis von „mehr Eigenverantwortung“ sein wie die ethisch-moralische Entlastung von Ärzten bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen. Die Interviewten heben im Einklang mit der Selbsthilfetradition zum einen die gemeinschaftsbezogenen Aspekte von Eigenverantwortung hervor: *In dem Maße, in dem die Betroffenen aktiv werden und ihre Restpotentiale nutzen und das eben gemeinsam tun und subsidiär, also sich gegenseitig stützen und helfen, in dem Maße werden sie auch wieder Bewältigungskompetenz erlangen. (18/282–285)* Zum anderen betonen die Interviewpartner die Verfügbarkeit von Ressourcen als Voraussetzung eigenverantwortlichen Handelns im Zusammenhang mit Gesundheit: *Eigenverantwortung kann man aber nur übernehmen, wenn man gut informiert ist. Information, Motivation, Aufklärung sind wichtige Voraussetzungen, um eigenverantwortlich zu handeln. (9/181–183)*

Der Zwiespalt, in dem sich Nutzerorganisationen befinden, besteht darin, dass sie ihre originäre Aufgabe zwar in der Befähigung („Emanzipation“) des einzelnen Nutzers zu gesundheitlicher Eigenverantwortung sehen (vgl. Abschn. 3.1.2), jedoch tatsächlich existierenden Eigenverantwortungsangeboten kritisch bis abweisend gegenüberstehen. Hier korreliert die Überzeugung, dass *die Mitwirkung eines Patienten am Behandlungsprozess auch ganz entscheidend zur Gesundheit beiträgt (11/379–380)*, mit der wahrgenommenen gesundheitspolitischen Wirklichkeit, in der Eigenverantwortung häufig mit Kostenübernahmen einhergeht oder durch Sanktionen erzwungen wird. Da aus Sicht der Experten in den existierenden Versorgungsarrangements Eigenverantwortung durchweg negativ konnotiert ist und es ihnen bisweilen schwerfällt, eigene Deutungen des Begriffs oder alternative Praktiken von Eigenverantwortung in den gesundheitspolitischen Diskurs einzubringen, bleibt ihnen häufig nur der rhetorische Rückzug auf den Status quo ante: den des weitestgehend von Eigenverantwortung befreiten Leistungsempfänger und Patienten. Hinsichtlich möglicher Chancen von

Eigenverantwortung sind die interviewten Experten pessimistisch: *Inbesondere Menschen mit geringem Einkommen, mit schlechten Durchsetzungsfähigkeiten im System klagen darüber, dass sie mehr zahlen müssen, dass sie mehr leisten müssen, dass sie mehr Eigenverantwortung übernehmen müssen.* (21/198–201)

Die Chance, wirklich das zu machen, was gefordert wird, wird immer geringer. [...] Der Patient wird in eine Rolle gezwungen, wo er selber schuld ist, also ein schuldhaftes Verhalten wird aufgebaut, und das ist eine Rolle, die auch von Ratsuchenden als zunehmend sehr irritierend gesehen wird und [die, B. E.] unterm Strich auch destruktiv ist. (3/586–592)

Die Verknüpfung von Eigenverantwortung mit „Schuldverursacherfragen“, z. B. im Zusammenhang mit Früherkennungsmaßnahmen und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aufgrund (vermeintlich) ungesunder Lebensstile, z. B. Rauchen, Polygamie, Drogenmissbrauch, Tätowierungen, Piercings, lehnen die Interviewten ab. Kritisiert wird insbesondere die Unverhältnismäßigkeit derartiger „strafender Ansätze“, die häufig gesellschaftliche Randgruppen betreffen, im Vergleich zum Gesundheitsverhalten anderer Risikogruppen, wie Extremsportler und Workaholics. Weitestgehend ignoriert wurde die Frage des Ausmaßes und der Angemessenheit einer graduellen Mitverantwortung von Nutzern für ihr Gesundheitsverhalten. Jedoch betonten die Interviewten, dass für Nutzer kaum Gelegenheit bestehe, eine dialogische Übereinkunft mit Professionellen darüber herbeizuführen, was „gesundheitliche Eigenverantwortung“ ausmacht. Resümierend ist festzustellen, dass Vertreter von Nutzerorganisationen dem dominanten, umstandslos auf Blame-the-Victim-Strategien, ausgerichteten Eigenverantwortungsbegriff scharf kritisieren, ihm allerdings im gesundheitspolitischen Diskurs wenig entgegenzusetzen haben.

7.2.6 Koproduktion und Mündigkeit als Schlüsselkompetenzen

Welches Wissen und welche Kompetenzen sind aus Sicht der Interviewten besonders bedeutsam für Nutzer? Nutzervertreter formulieren „Wunschlisten“ an Kompetenzen, deren vollständige Realisierung jedoch als utopisch betrachtet wird. Einigkeit existiert hinsichtlich der Überzeugung, dass prinzipiell nur aktive, mitdenkende und *eigenverantwortliche* Nutzer (vgl. Abschn. 7.2.5) ausreichend gerüstet sind, um den komplexen Anforderungen innerhalb moderner Gesundheitssysteme gewachsen zu sein. „Eigenverantwortung“ bezieht sich hier auf die individuelle Erhaltung von Gesundheit durch das Erlernen gesundheitsförderlicher Lebensstile: *Eigenverantwortung zu stärken heißt im Sinn des [...] Gesundheitsförderungsansatzes, Menschen zu helfen, ihre persönlichen Fähigkeiten so zu entwickeln, dass sie in die Lage*

versetzt werden, eigenverantwortlich Entscheidungen für ein gesundes Leben zu treffen. (9/177–180)

Am Idealbild des „gesunden Versicherten“, der seine Gesundheit aktiv fördert und mögliche Gesundheitsrisiken reflektiert, zeigt sich einerseits der Wunsch der Interviewten nach einem Ausbau von Maßnahmen der präventiven Gesundheitsförderung, andererseits die Auffassung, dass Gesundheitsleistungen und -produkte grundsätzlich keine Investitionsgüter seien, sondern deren Inanspruchnahme alleine von der Bedürftigkeit der Nutzer abhängen solle. Im Hinblick auf den wachsenden medizinischen Grenzbereich, wie Schönheitschirurgie, Nahrungsergänzungsmittel und Leistungen der *medical wellness*, merkt eine Interviewte an: *Ich denke, man muss alle Produkte, die angeboten werden kritisch hinterfragen: Brauche ich das wirklich? Welchen Nutzen hat das für mich? Oder kann das auch Schaden anrichten?* (9/287–289) Den meisten interviewten Experten zufolge gilt es, „kritische Nutzer“ auszubilden, deren persönliche Gesundheitsvorsorge so weit wie möglich unabhängig von Angeboten des privaten Gesundheitsmarktes ist.

Aufgesucht und in Anspruch genommen werden Angebote und Dienste von Nutzerorganisationen jedoch in der Regel von Menschen, die bereits krank sind und/oder in Konflikt mit Kostenträgern und Leistungsanbietern geraten. Wissen und Kompetenz bedeuten in diese Fällen mehr als die Entwicklung einer *health literacy* (vgl. Abschn. 3.4.7). Da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht vermieden werden kann, gilt es, die Autonomie von Nutzern innerhalb des Systems zu stärken. Für wie schwierig Experten diese Aufgabe angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems und der bestehenden Interessenkonflikte von Akteuren halten, verdeutlicht folgendes Zitat: *Diese Kompetenz, wenn man so will, da Mensch zu bleiben und nicht Patient, das ist glaube [ich] Grundvoraussetzung.* (14/363–365) Um der Komplexität moderner Gesundheitssysteme standzuhalten, ist es demnach in erster Linie von Bedeutung, „Mensch zu bleiben“, d. h. den formal technischen Rationalitäten (z. B. Kosteneffizienz, Compliance) des Gesundheitswesens eigene Werte, Präferenzen und auch Emotionen entgegenzusetzen. Diese Form von *voice* (vgl. Abschn. 4.2) verlangt von Nutzern vor allem Mut: *Dass er da [...] den Mut hat [...], wenn er die Behandlungsabläufe [nicht versteht, B. E.] und einfach sagt: Ich möchte das wissen.* (14/355–359)

Gleichwohl reichen „Menschsein“ und eine allgemeine Unerschrockenheit (trotz gesundheitlicher Einschränkungen) als Rüstzeug für die Interaktion mit Leistungsanbietern nicht aus.

Zwei weitere Aspekte gewinnen für Nutzer an Bedeutung, um die systemimmanenten Logiken der Gesundheitsversorgung zu verstehen und adäquat auf sie reagieren zu können. Zum einen das Wissen von Nutzern um ihre Rechte als Versicherte und Patienten. Dies gestaltet sich in Deutschland als schwierig, weil Patientenrechte nicht in einem Gesetzeswerk gebündelt sind, sondern in mehrere Dokumenten bzw. Paragraphen verstreut vorliegen. Dennoch ist – wie eine Interviewte hervorhebt – das Wissen über die Rechtslage Voraussetzung für ein kompetentes Nutzungsverhalten: *Ich glaube, das Wichtigste, was Patienten im Augenblick brauchen, ist Rückgrat, erstens also wirklich zu sagen: „Das ist mein Recht und das möchte ich jetzt auch bitte in Anspruch nehmen“, um dann wirklich auf einer Augenhöhe dem Arzt, der Ärztin, dem Therapeuten begegnen können, zweitens ihre Rechte [zu, B. E.] kennen, was die Krankenkassenleistungen angeht, also: „Was steht mir zu.“ (3/296–300)*

Eng damit verbunden, wenngleich noch umfassender, ist zum anderen die Notwendigkeit von Systemwissen (vgl. Abschn. 6.5, 7.3.1). Hierzu zählt u. a. das Verstehen der Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem System oder von Zuständigkeiten in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Die Kenntnis der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen ist Bedingung, um sich selbstbewusst im System bewegen zu können. Das Gesundheitssystem als solches ist allerdings, wie die folgenden zwei Aussagen belegen, bereits eine Hauptursache für individuelle Überforderung und Resignation von Patienten: *Sie müssen [...] das Gesundheitssystem mit seinem Regelungsaufbau kennen, damit sie wissen, wo sie vorstellig werden können: Krankenkasse, Bundesausschuss, Gesetzgeber. [...] Sie müssten die Portfolios der Krankenkassen kennen, um eine Krankenkasse auswählen zu können, die den eigenen Bedürfnissen adäquat entspricht. Sie müssten sich selbst eine vollständige Transparenz schaffen zu den Qualifikationsmustern der Leistungserbringer, also nicht nur Krankenhäuser, BQS-Berichte auswerten, sondern auch die Qualifikationsanforderungen an die Niedergelassenen müssten sie kennen und sich Informationen darüber verschaffen und sie müssten natürlich in evidenzbasierter Hinsicht gucken: „Ist das Arzneimittel, das mir verschrieben wurde, überhaupt dasjenige, was die Wirkung hält, [die, B. E.] es verspricht?“ und das sind natürlich alles letztendlich Defizite. (20/189–201)*

Die Regelungsdichte, z. T. auch konfligierende Regelungsdichte zwischen Bundesvorschriften, Landesvorschriften, Vorschriften der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, also der Pflegekassen, der Krankenkassen, die hat ein Ausmaß erreicht, dass schätzungsweise zwei Drittel unserer Mitglieder von der Bearbeitung überfordert sind, also schlichtweg nicht mehr wissen,

was so eine Kasse oder ein Krankenhaus von ihnen will, wenn die Fragebögen zuschicken.
(18/106–112)

Andere Experten rücken basale Fähigkeiten in den Vordergrund, die prinzipiell jeder erlernen kann, wie das Lesen und Verstehen medizinischer und gesundheitsbezogener Informationen, kritisches Nachfragen in der Interaktion mit Leistungserbringern und ein Grundverständnis von medizinischen Zusammenhängen den eigenen Körper betreffend. Das modernen Gesundheitssystemen innewohnende Überforderungspotential soll mithilfe einzelfallorientierter und edukativer Strategien abgemildert werden. Der zeitgemäße Nutzer ist aus dieser Perspektive der *aktive Versicherte* und *Koproduzent*, der ausreichend befähigt ist, eigene Interessen und Bedürfnisse innerhalb des Versorgungsprozesses zur Geltung zu bringen. Erst ein Rüstzeug an Handlungskompetenzen versetzt Nutzer in die Lage, strukturell vermachtete „Routinekulturen“ der Leistungserbringer aufzubrechen und Entscheidungsoptionen mit Ärzten zu sondieren. Hierfür ist die Fortführung des Kulturwandels im Verhältnis zwischen Nutzern und Professionellen Voraussetzung, wie folgende zwei Aussagen verdeutlichen: *Da müssen alle Beteiligten noch lernen. Patienten müssen es besser einfordern, aber das professionelle System muss einfach lernen, anders damit umzugehen. SDM ist ja ein Versuch, diese Art des Umgangs mit dem Patienten in gewisser Weise zu systematisieren.* (12/596–600)

Einen Arzt zu finden, der gemeinsam mit den Patienten partnerschaftlich entscheiden kann. Das müssen ja beide können. Das ist eine besondere Fähigkeit, sich auf diese Ebene einzulassen und zu wissen, der eine ist Experte für Medizin und der andere ist Experte für sein Leben.
(1/374–376)

Neben Gesundheits- und Systemwissen weisen Experten auf die Bedeutung von Kommunikations- und Beziehungskompetenzen hin. Um innerhalb des Versorgungssystems Gehör zu finden, ist es unabdingbar, Anliegen möglichst problemzentriert zu artikulieren und Vertrauen gegenüber Professionellen und Mediatoren kommunikativ herzustellen: *Ich denke, Kommunikation ist ja das Schwierigste zwischen uns Menschen. Und mit mangelnder kommunikativer Kompetenz kann man auch nicht sein Anliegen rüberbringen.* (8/153–155) Die Experten nehmen einen Nutzerwunsch nach „emotionaler Sicherheit“ wahr. Dieser sei stärker als das Bestreben, „objektives“ Medizinwissen anzuhäufen. Weiterhin seien Ärzte als vertrauensvolle Ansprechpartner von Nutzern gefragt, um Verunsicherungen hinsichtlich, der für sie richtigen Behandlung, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung abzumildern: *Man muss einen guten Arzt haben, mit dem man sich versteht, dem man vertraut. [...] wenn man sich da aufge-*

hoben fühlt, kann man auf viele andere Dinge verzichten. Dann braucht man keine Transparenz der Krankenhausleistungen und muss keine Qualitätsberichte lesen, wenn man weiß: „Mein Arzt ist gut und schickt mich schon an die richtige Stelle.“ (1/771–776)

Dies trifft insbesondere für chronisch kranke Nutzer zu. Um die eigene Versorgung dem wechselnden Bedarf anzupassen, gilt es für Chroniker zu kommunizieren, was sie von ihrem Arzt oder ihrer Krankenkasse erwarten. Derartige Kommunikations- und Interaktionskompetenzen werden von edukativ ausgerichteten Nutzerorganisationen in praxisnahen Schulungsangeboten vermittelt: *Es gibt z. B. einen Kurs, der heißt: „Mit Ärzten kommunizieren“, wo wir mit zwanzig Teilnehmern [...] in Kleingruppen ganz konkret mit den Teilnehmern üben: Wie führe ich so ein Gespräch? Wie frage ich noch mal nach und wie traue ich mich in der Situation „Arzt-Patient“ auch noch mal zu sagen: „Das hab’ ich jetzt nicht verstanden, können Sie mir das noch mal erklären?“ (12/128–134)* Allerdings steigt die Komplexität von Entscheidungssituationen, je schwerer die Erkrankung ist und je mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, um eine Verschlimmerung der Krankheit zu vermeiden oder gar Heilung zu erreichen. Im Fall langanhaltender Krankheiten erhöhen sich Kompetenzanforderungen und Eigenverantwortungszumutungen parallel zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Nutzern: *Das ist in gewisser Weise paradox, dass diejenigen, die kaum krank sind, es noch relativ einfach haben, rationale Entscheidungen zu treffen, während die, die sehr krank sind, sehr komplexe, rationale Entscheidungen treffen müssen. (20/308–311)*

Eigenverantwortung, Koproduktion und Mitgestaltung der eigenen Gesundheitsversorgung werden von Nutzern in der Realität unterschiedlich verwirklicht. In Fällen von fortgeschrittener chronischer Krankheit, aber auch sozialer Benachteiligung, reicht die Intensivierung der Wissens- und Kompetenzentwicklung von Nutzern nicht aus: *Aber es wäre eine Illusion zu meinen, dass das alle Patienten lernen könnten und sich dieses Wissen aneignen könnten. D. h., man braucht auch Mittler. Mittler und Unterstützer, Übersetzer, Multiplikatoren. (21/225–228)* Wie reagieren Nutzerorganisationen auf den ungleichen Unterstützungsbedarf von Nutzern?

7.2.7 Nutzerwunsch nach einzelfallorientierter Assistenz

Ein von den Interviewpartnern häufig verwendetes rhetorisches Stilmittel sind „existenzialistische“ Vergleiche, wie das „Alleinsein auf freier Wildbahn“ oder der „Wunsch nach Geborgenheit“, die die fortwährende Asymmetrie und latente Regression (im Gegensatz zur be-

wussten Delegation von Entscheidungsverantwortung an Ärzte) von Nutzern im Verhältnis zu Leistungsanbietern und Kostenträgern umschreiben sollen. Nicht nur die Aneignung von komplexem Wissen und Kompetenzen überfordert Nutzer, sondern insbesondere der Umstand, dass Nutzer diese Anforderungszuschreibungen „alleine“ erfüllen sollen: *Man hat so viele Möglichkeiten, ist eigentlich überversorgt und fühlt sich dadurch nicht mehr geborgen, weil man auswählen muss zwischen diesen vielen Dingen, die man da machen könnte. [...] In der Überforderung liegt der Verlust der Geborgenheit.* (1/818–822) Gerade ältere Nutzer reagieren auf das Gefühl des „Verlorenseins“ innerhalb der Versorgungsstrukturen, indem sie sich nach einem *monolithischen System* (6/532) sehnen, das nur wenige Versorgungsoption vorsieht. Sie wünschen sich eine begleitende Unterstützung, die sie entlastet, ihnen hilft, Wahlentscheidungen zu treffen und ihnen bei der Artikulation eigener Interessen im gesundheitlichen Versorgungsprozess assistiert: *Die meisten, die sich hierher wenden, haben das Bedürfnis, dass ich ihrem Einzelfall individuell nachgehe und dass ich wie eine Ombudsstelle oder wie eine Begleiterin mitgehe und für sie bestimmte Interventionen mache. Also, entweder bei der Krankenkasse interveniere, dass eine Kostenbefreiung erfolgt, dass ich bei der Rentenversicherung nachhake und kläre, warum dem Widerspruch nicht abgeholfen wurde, dass ich mich einsetze, dass ein bestimmtes Hilfsmittel zu Verfügung gestellt wird und so weiter.* (21/174–180)

Aus Sicht der Interviewten wünschen sich viele Nutzer Assistenz auf dem Weg zur Mündigkeit. Sie möchten Auswahlprozesse in der Gesundheitsversorgung „partnerschaftlich“ bestreiten, d. h. in ihrer jeweiligen Entscheidung bestärkt werden oder aber zusätzliche Informationen von unabhängiger Seite einholen. Nutzerorganisationen sehen sich somit zusehends mit der Herausforderung konfrontiert, Vermittlungs- und Orientierungsarbeit zu leisten. Einzelfallorientierte Hilfe hat hierbei mehrere Dimensionen: Neben dem Aufzeigen verschiedener Alternativen, etwa bezüglich der Wahl eines Krankenhauses im Vorfeld einer Hüftgelenkoperation oder dem Anbieten von Zahnersatz, spielt die Erörterung finanzieller Aspekte eine Rolle: sowohl bei der Eruierung der individuellen Möglichkeiten im Rahmen des zur Verfügung stehenden Budgets als auch hinsichtlich des Antizipierens möglicher Profitinteressen von Leistungsanbietern. Auf Letztere zielt folgende Expertenaussage ab: *Man muss den Patienten noch mal sagen: Viele Ärzte wollen z. B. auch jenseits ihres vorhandenen Budgets ihren Finanzrahmen durch IGeL erweitern, aber auch da können wir den Betroffenen noch mal sagen, dass nicht jede IGeL sinnvoll ist und man dieses Geld sparen kann.* (5/355–359)

Ein zusätzlicher Aspekt ist die Frage, inwiefern medizinische Empfehlungen von Leistungserbringern tatsächlich der bestmöglichen Versorgung entsprechen oder ob weitere (verdeckte) Anreize, wie etwa die Schonung des eigenen Budgets, existieren. Viele der Interviewten sehen in der „Rationierung“ und/oder „Priorisierung“ medizinischer Leistungen *das* kommende Konfliktfeld zwischen Nutzern, Professionellen sowie Kostenträgern und fordern daher die Schaffung einer neutralen Kontrollinstanz („Clearing-Stelle“). Der Zusammenhang von Leistungsqualität und Kostendruck gewinnt nach Auffassung der Experten insbesondere durch Selektivverträge an Bedeutung, die Krankenkassen ermöglichen, einzelne Versorgungspakete mit Ärzten und Krankenhäusern auszuhandeln. Die Interviewten befürchten einerseits, dass die Leistungssteuerung in Selektivverträgen zukünftig effizienz- und nicht qualitätsorientiert erfolgt, andererseits sorgen sie sich um die Transparenz der Leistungsoptionen für Nutzer: *Die Abbildung integrierter Versorgungsstrukturen [...], das wird kompliziert werden. Das sektorale Gesundheitswesen abzubilden, Säule für Säule, ist relativ logisch noch machbar. In dem Moment, wo man sich aber von diesen Sektorengrenzen trennt, aus Patientensicht denkt und nur noch einen Behandlungspfad vor sich hat, der durchzogen ist von Vertragskonstrukten, und das ist ja wie beim Handymarkt, das wird uns schwer beschäftigen.* (11/575–581)

Grundlegend ist die Überzeugung, dass Informationen für Nutzer erst durch deren Nutzerfreundlichkeit, d. h. mittels einer bedarfs- und kompetenzgerechten Aufbereitung entscheidungsrelevant werden. Der Markterfolg von Nutzerorganisationen hängt zunehmend von deren Serviceangeboten und gewählten Unterstützungsstrategien ab. Analog zur Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums ist daher eine Vielfalt sich ergänzender, aber auch miteinander konkurrierender Modelle zu erwarten.

7.2.8 Zielgruppenorientierung

Standardisierte Informations- und Beratungsmuster werden zu komplexen Fragen der individuellen Gesundheitsversorgung wie „Welcher Arzt oder welches Krankenhaus ist der/das Richtige?“, oder „Was zahlt die Krankenkasse und was ist selbst zu finanzieren?“ nicht gerecht. Nutzervertreter plädieren daher für eine systematische Aufarbeitung von Qualitäts- und Nutzungswissen aus der Perspektive der Nutzer bzw. von zielgruppenspezifischen (Schulungs-)Ansätzen: *Warum soll man dieses Wissen nicht auch der Bevölkerung und einzelnen Zielgruppen in einer Weise zu Verfügung stellen, dass sie was damit anfangen können? Und zwar eben laiengerecht aufbereitet, in laiengerechter Sprache, in unterschiedlichen Medien,*

wo sie die Möglichkeit haben, das auf unterschiedlichen Wahrnehmungskanälen zur Kenntnis zu nehmen. (12/35–40)

Maßgeblich ist die Einsicht, dass sich die Beratungs- und Informationslandschaft mittels flexibler Vermittlungsstrategien an den Nutzer anpasst und nicht umgekehrt: *Wir müssen für alle Zielgruppen zielgruppengerechte, sehr differenzierte Angebote entwickeln, soweit das im Rahmen unserer Kapazitäten möglich ist. [...] Gute Kommunikation bedeutet, differenzierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen zu machen und die besonderen Merkmale der jeweiligen Zielgruppen zu identifizieren.* (9/73–78)

„Guter Service“ zeigt sich darin, dass Unterstützungsangebote Nutzer entlasten und nicht überfordern, indem gesundheitliche Einschränkungen, unterschiedliche Bildungsniveaus und individuell zur Verfügung stehende Zeitressourcen berücksichtigt werden. Für wenig lesegeübte Nutzer gilt es z. B., Informationen zu modularisieren, indem immer wieder kleine Abschnitte einer Gesamthematik kommuniziert und Informationen mit gut verständlichen und einprägsamen Bildern und wenig Text präsentiert werden. Kurzum: Für kompetenzschwache Nutzergruppen bietet ein gewissermaßen „milder“ Paternalismus, der nicht autoritär daherkommt, sondern Nutzer in ihren basalen Unterstützungsbedarfen ernst nimmt, einen Sicherheitsanker.

Entscheidendes Kriterium dafür, ob Nutzer Informationen über Präventions- und Versorgungsangebote oder Behandlungspfade im Gesundheitswesen zu Kenntnis nehmen, ist deren Niedrigschwelligkeit. Gerade sozial schwache Nutzer und Migrant*innen, die Ärzte nicht aufsuchen, weil sie mit Zuzahlungen rechnen und deswegen notwendige Vorsorgeuntersuchungen versäumen, werden am ehesten über zugehende Beratungsformen erreicht: *Hier ist es einfach erforderlich, gerade diese Patienten vor Ort, im Setting aufzusuchen, die kommen auch nicht zwingend in die Beratungsstelle, sondern die muss man an der Stelle ihres Handelns, ihres Lebensumfeldes aufsuchen, um denen diese Zusammenhänge noch mal klarzumachen.* (5/364–367)

Der erste Schritt einer zielgruppenspezifischen Assistenz ist das gemeinsame Herausarbeiten individueller Probleme. Oft sind es falsche Vorstellungen hinsichtlich der selbst zu tragenden Kosten, die als Hemmnis wirken, gesundheitliche Versorgungsangebote überhaupt in Anspruch zu nehmen. Viele Nutzer wissen nicht, dass es Belastungsgrenzen für Zuzahlungen

gibt, dass kostenintensive Zahnbehandlungen von alternativen Anbietern möglicherweise günstiger angeboten werden oder dass IGeL medizinisch nicht dringlich und ausschließlich freiwillig sind. Dies sind, wie ein Experte feststellt, für Nutzer weitestgehend unbekannte Wissensbestände, die erst von Belang sind, wenn ein akuter Versorgungsbedarf besteht: *Wenn Sie mal jemanden auf der Straße nach dem Unterschied zwischen Zuzahlung und Aufzahlung fragen, weiß es kein Mensch. Ökonomisches Denken oder auch die Interessenvertretung in der eigenen Sache ist völlig unterentwickelt. (20/234–236)* Von monetären Steuerungsinstrumenten und einem fehlendem Wissen über Handlungsalternativen gehen insbesondere für sozioökonomisch schwache Nutzergruppen abschreckende Effekte aus: *Ich weiß auch, dass die Zuzahlungen, Rezeptgebühren, also Praxisgebühren, nur bei den Armen steuernde Wirkung gehabt haben und nicht bei den Reichen. Bei den Armen haben sie so viel Steuerung gehabt, dass sie sie vom Arztbesuch abhalten. Das ist kontraproduktiv, wenn man es längerfristig betrachtet oder muss kontraproduktiv sein, weil dann die Behandlungskosten irgendwann mal rapide ansteigen. (1/474–479)*

Eine erste Anlaufstelle für Nutzer, die eigeninitiativ nach Informationen suchen, sind zunehmend Serviceangebote im Internet (vgl. Abschn. 3.4.3). Der Erfolg von netzbasierter Selbstaufklärung und -orientierung hängt wiederum vom Differenzierungsgrad entsprechender Internetseiten ab, d. h. davon, ob relevante Fakten, wie etwa die Anzahl der von einem Arzt durchgeführten Operationen oder die Anzahl der Behandlungsfehler, differenziert nach Art des medizinischen Eingriffs und nutzerorientiert dargestellt werden. Die Qualität von Onlineangeboten ist ferner danach zu beurteilen, ob Nutzer medizinisch-technische Informationen in Relation zu für sie persönlich wichtigen Kriterien (z. B. wohnortnahe Versorgung) setzen können. Kurzum: Die Entscheidungsrelevanz von Informationen steigt durch deren Nutzungsfreundlichkeit, wie folgendes Zitat hervorhebt: *[...] D. h., durch die neue Aufbereitung [...] bekommen Informationen Impact. Und ich glaube, das ist die Herausforderung, nicht einfach nur Indikatoren zu entwickeln, Daten zu sammeln, Informationen zusammenzustellen, sondern diese letzte Meile zum Patienten, das ist die Herausforderung. (11/593–597)*

Durch eine möglichst dialogische Vermittlung und Aufbereitung von Informationen ist die „letzte Meile“ zum Nutzer so zu gestalten, dass dessen Autonomie gewahrt bleibt und Emanzipationspotentiale zur Entfaltung kommen können. Zentral ist das kommunikative Element dieser Vorgehensweise: Nutzer wünschen sich Interpretationshilfen und eine gesprächsbaute Entscheidungsunterstützung, anstatt standardisierter Informationen. *Empowerment* be-

deutet in diesem Kontext, Nutzern die Möglichkeit zu eröffnen, als Koproduzenten zu agieren. Notwendige Serviceleistungen sind z. B. die Reduzierung von Komplexität und die Vorstrukturierung von Entscheidungsspielräumen, wie es das Nudge-Konzept vorschlägt (vgl. Abschn. 4.1). Das Darstellen von Entscheidungsoptionen ist – so ein Interviewter, der sich indirekt auf das Nudge-Konzept bezieht – das Ergebnis einer Entwicklung: *Früher haben wir stärker so gearbeitet, dass klare Handlungsempfehlungen gegeben wurden. Heute gehen wir deutlicher einen Weg, bei dem wir den Menschen Wege aufzeigen, selbst zu prüfen, was sie wissen, was sie nicht wissen, wie sie ihr Wissen ergänzen können. Wir stellen ihnen Entscheidungsoptionen dar, sodass sie ein eigenes Risikomanagement entwickeln können. Die Möglichkeit, sein eigenes Wissen zu überprüfen, Selbsttests durchzuführen, interaktiv zu einer eigenen Entscheidung zu kommen und eigenes Risikomanagement zu lernen, ist heute sehr nachgefragt.* (9/30–36)

Bezogen auf Internetangebote machen Organisationen, die sich in ihrer Arbeit auf ein bestimmtes Krankheitsbild (z. B. Krebs, Parkinson, Aids etc.) konzentrieren, andere Erfahrungen. Hier spaltet sich die Nutzerschaft – einerseits in hochinformierte *expert patients*, die zu ihrer Erkrankung und hinsichtlich des Spektrums von Therapieansätzen oftmals fundiertere Kenntnisse besitzen als der behandelte Spezialist und prinzipiell auch über den gleichen Wissenszugang verfügen: *Der Trend zu Open-Access-Publikationen bedeutet, dass man in Fachzeitschriften publiziert, die jedem zugänglich sind [...] und wir sehen zunehmend, dass unsere Nutzer auch Fachartikel gelesen haben.* (8/83–86) Andererseits ist eine weitaus größere Gruppe von Nutzern auszumachen, die angesichts der Vielfalt an „unsortierten“ Informationen von unterschiedlicher Qualität im Internet entweder verunsichert zurückbleibt oder Gefahr läuft, anhand von lediglich angehäuften Wissen, diagnostische und therapeutische Fehlentscheidungen zu treffen. Die persönliche Einordnung von Informationen setzt gerade im Gesundheitsbereich ein hohes Maß an Medienkompetenz voraus, bspw. ein Verständnis darüber, wie Wissen zustande kommt. Hilfreich sind daher Kontrollfragen, wie „Wer gibt welche Informationen?“, „Ist die Organisation unabhängig oder interessegeleitet?“ oder „Verdient die Organisation mit einer Information Geld oder nicht?“ In Bezug auf diese Nutzerqualifikationen resümiert ein Interviewpartner: *Wenn ein Nutzer ein Grundgefühl dafür hätte, was Recherche bedeutet, Grundgefühl dafür hätte, was unterschiedliche Typen von Quellen oder [deren, B. E.] Stärken und Schwächen sind und schon mal in der Lage wäre, also wirklich grob und zuverlässig schon mal auszusortieren, das würde schon helfen.* (10/161–164)

Speziell Grundkenntnisse in der Internetrecherche und in der Bewertung unterschiedlicher Typen und Qualitäten von Quellen sind für die Nutzung von netzbasierten Gesundheitsinformationen unerlässlich. Gerade wegen der voraussetzungsvollen Nutzungsbedingungen sehen viele Interviewte in Internetangeboten nur einen ergänzenden „Servicebaustein“ ihrer Arbeit, der das vertrauensvolle Gespräch nicht ersetzen kann: *Das Internet hat ja schon sehr viel bewirkt. Für uns hat sich aber auch gezeigt, dass trotz der Fülle von Informationen die Suche nach Orientierung da ist. Und wir haben gemerkt, dass das persönliche Gespräch durch nichts zu ersetzen ist. Der persönliche Kontakt, das Sich-gegenüber-Sitzen, das Sich-in-die Augen-Gucken-Können oder das Sich-in-den Arm-Nehmen-Können – all das ist durch nichts zu ersetzen.* (15/625–629)

Da sich das Nutzerverhalten durch das Medium Internet verändert hat, bieten fast alle Nutzerorganisationen online Informationen und/oder Beratung an. Die partielle Verlagerung des Informations- und Unterstützungsangebots in den virtuellen Raum verändert zudem traditionelle Nutzungskulturen, was insbesondere für die auf Reziprozitätsbeziehungen ausgerichtete Selbsthilfe problematisch sein kann – vor allem dann, wenn Betroffene nicht mehr bereit sind, sich mit anderen Betroffenen in Gruppen auszutauschen: *Es ist natürlich so, dass das Nutzerverhalten sich auch durch neue Medien verändert hat. Früher war die Selbsthilfe der einzige Anker, wo man sich eine Information besorgen konnte. Heutzutage hat die Selbsthilfe häufig das Problem, dass Menschen im Internet irgendwas gelesen haben, dann sich noch eine Information abgreifen, in der Beratungsstelle, und dann wieder ihren eigenen Weg gehen.* (20/112–117) Die räumliche Expansion von netzbasierten Gesundheitsinformationen und deren permanente Verfügbarkeit verändern die Arbeit mit Nutzern und auch die Angebotsprofile der Organisationen selbst.

7.2.9 Nutzerorganisationen unter Professionalisierungsdruck

Angesichts der beschriebenen Komplexität der Versorgungsstrukturen verwundert es nicht, dass die Interviewten die grundsätzliche Bedeutung ihrer Arbeit zukünftig weiter wachsen sehen. In der Selbstdarstellung heben die Experten deshalb die „neutrale“ Mittlerposition von Nutzerorganisationen als „dritte Bank“ im Gesundheitswesen hervor. Anders als Krankenkassen und Ärzteschaft, die starke Eigeninteressen innerhalb des korporatistischen Systems verfolgen, sind diese Fachleute in ihrer Unterstützungs- und Vertretungsarbeit explizit an Nutzeranliegen interessiert.

Dem grundsätzlichen Bedeutungszuwachs von Nutzerorganisationen stehen gestiegene Anforderungen gegenüber, Nutzer in der Praxis kompetent zu informieren und zu beraten: *Ich würde sagen, die Angebote werden komplexer. Die müssen ausdifferenziert werden. Und das erfordert wesentlich mehr Kompetenz [...], gerade im Bereich der Kompetenz der Mitarbeiter. (13/582–586) Professioneller zu arbeiten, verlangt zum einen, gleichermaßen kompetent zu sein: in medizinisch-wissenschaftlichen, ökonomischen, aber auch rechtlichen Fragen der Gesundheitsversorgung. Zum anderen bedeutet es, sich auf die Vielfalt Hilfe- und Ratsuchender einzustellen. Notwendig ist daher ein bezüglich Qualifikationen und Beratertypen heterogenes Beratungsteam, wie dies eine Vertreterin einer Selbsthilfegruppe formuliert: *Unsere Berater sind fast alle professionelle Sozialarbeiter, teilweise noch mit Zusatzqualifikationen im Bereich der Pflege, der Therapie, oder wir haben auch eine Juristin. Sie müssen auf jeden Fall Beratungskompetenz haben und auch empathisch sein können und auf jeden Fall auch für sich verinnerlichen, dass wir hier die Organisation der Betroffenen sind. (17/189–193)**

Unterschiedliche Auffassungen existieren hinsichtlich des Berufsprofils von Nutzerberatern, wobei selbst diejenigen Experten, die vorrangig auf die Vermittlung evidenzbasierter und entscheidungsunterstützender Informationen setzen, Nutzern eine zusätzliche einzelfallorientierte Beratung empfehlen. Letztere charakterisiert ein „ganzheitlicher“ Ansatz: *Wir versuchen möglichst viele Aspekte, von denen, die die Leute wohlmöglich nur indirekt ansprechen, in die Beratung mit einzubeziehen, und geben dementsprechend dann etwas breitere Handlungsspektren zur Auswahl. (4/151–154) Die Spannweite des Nutzerleitbildes umfasst sowohl in informierenden als auch stärker edukativen Ansätzen *den gut Vorinformierten, der nur noch mal eine Bestätigung haben will, bis hin zu dem vollständig Hilfebedürftigen, der Unterstützung braucht, dem man die Widerspruchsverfahren führen muss, der sozusagen umfassenden Support bis hin zu einem Case Management braucht. (5/581–585)**

Neben der inhaltlichen Informations-, Beratungs- und Schulungsarbeit sind ferner die Kompetenzanforderungen an Nutzerorganisationen gestiegen, Nutzer politisch zu vertreten. Die Ausweitung an kollektiven Beteiligungsrechten, z. B. innerhalb des G-BA oder des IQWiG-Kuratoriums, verlangt von Nutzervertretern politisch-strategische Fähigkeiten. Hierzu zählt fachliches Wissen über gesundheitspolitische Prozesse, d. h., *kompetent zu Studienbewertung[en] Stellung zu nehmen, ohne das eigene Anliegen aus den Augen zu verlieren, [...] Gesetzestexte [...] lesen zu können und durch die ganzen Gremien durchzublicken. (17/268–271)*

Die Wahrnehmung von Mitberatungsrechten und die Realisierung von Möglichkeiten zur Stellungnahme verlangen ferner ein „tiefes“ Einsteigen in Sachfragen, diplomatisches Geschick, aber auch das Setzen von Prioritäten und Grenzen hinsichtlich des eigenen Arbeitsschwerpunktes. Der Anforderungswandel in der politischen Arbeit von Nutzerorganisationen erschließt sich durch einen Blick zurück: *Früher gab es kaum Beteiligungsmöglichkeiten, und da war es recht einfach: Wir konnten einfach abwarten, was der Bundesausschuss oder der Gesetzgeber entschieden hat, und dann konnten wir eine kernige Stellungnahme abgeben, möglichst flankiert mit Öffentlichkeitsarbeit, dass das alles nicht gut und richtig ist. Man brauchte da auch nicht allzu sehr in die Details gehen, weil man sowieso an den Hintergründen der Entscheidungsprozesse nicht beteiligt war.* (20/54–60] Derselbe Experte hält den gestiegenen organisatorischen Aufwand in der Gegenwart in der Summe für lohnenswert: *Jetzt, wo es Mitberatungsrechte gibt und eine Vielzahl von Stellungnahme-Möglichkeiten, muss man natürlich schon im Vorfeld der Entscheidung die Entscheidungsfindungsprozesse begleiten und teilweise auch sehr tief einsteigen, in die Sachfragen. Und das macht natürlich die Abstimmungsprozesse mit den Mitgliedsverbänden aufwendiger. Aber auf der anderen Seite, positiv betrachtet, sind die Gestaltungsmöglichkeiten natürlich erheblich gewachsen.* (20/61–66)

Um ein anerkannter Akteur des Gesundheitswesens zu werden, müssen Nutzerorganisationen abwägen, inwieweit eine interne Professionalisierung vorangetrieben werden soll. Eine aus der Selbsthilfeszene kommende Expertin schildert: *Wir merken jetzt, es wird relevant bei der Patientenvertretung, da sind wir an einer Stelle, dass z. B. das IQWiG sagt: „Ihr müsst die Studienlage kennen, ihr müsst aktuelle Studien wissen“, und wir sagen: „Uff, das ist nicht unser Part als Patienten.“ Und da müssen wir jetzt einfach entscheiden: Wollen wir einen Funktionär einstellen, der für uns spricht, oder sind wir oder halten wir uns nach wie vor für so kompetent, dass wir sagen: „Wir sind die Patienten, und wir vertreten unsere Interessen selbst.“* (15/44–50)

Der Wunsch, ausschließlich „Erfahrungswissen“ vertreten zu wollen, das, wie in der Selbsthilfe, auf eigener Betroffenheit basiert, ist in einem Gesundheitssystem, dessen Leistungsangebote und politische Aushandlungsprozesse immer komplexer werden, schwer zu verwirklichen. Auf der anderen Seite erfordert gerade die Stärkung der Nutzerposition in Qualitätsberichten und in Kosten-Nutzen-Bewertungen eine „ungefilterte“ Patientennähe. Es gilt; beim Formulieren entsprechender Kriterien „erlebte“ Nutzererfahrung zu berücksichtigen, ändern-

falls würden ökonomisch-technische Rationalitäten vollständig gegenüber Nutzeranliegen – z. B. hinsichtlich des ethischen Werts von Gesundheit in Relation zu Behandlungskosten, aber auch lebensweltlicher Aspekte, wie Service und Freundlichkeit in Krankenhäusern – dominieren. Aus der Perspektive der Interviewten erfordert die Herstellung von Objektivität im Gesundheitswesen daher einen besonderen Schutz. Dieser besteht in der kritischen Beobachtung und gesetzlichen Limitierung des Einflusses von ressourcen- und einflussstarken Akteuren. Die Bedeutung der politischen Vertretung von Nutzerinteressen durch Nutzerorganisationen sowie deren Lobbying- und Advocacy-Funktionen seien Nutzern jedoch noch nicht ausreichend bewusst: *Viele Menschen sind beim ADAC als Autofahrer, aber kaum jemand kommt auf die Idee, dass er sich als Patient organisieren müsste, um Interessen gegenüber anderen durchzusetzen. Das ist einfach ein Kulturwandel, der noch ansteht, weil die Menschen noch in dem Selbstverständnis leben, dass schon für sie gesorgt ist.* (20/236–240)

Als das größte Defizit in diesem Zusammenhang benennen interviewte Experten die „strukturelle Unterlegenheit“ ihrer Organisationen im Vergleich zu Leistungsanbietern und zur pharmazeutischen Industrie. Angesichts der nicht vorhandenen „Augenhöhe“, insbesondere was die Reichweite von Öffentlichkeitsarbeit betrifft, versuchen einige Nutzervertreter, aus der Not eine Tugend zu machen: *Wir haben nicht die Werbeetats, die der Industrie zur Verfügung stehen. Da sind wir immer der David. Aber – wenn man jetzt im Bild bleibt – die Kraft unserer Steinschleuder besteht darin, dass wir für seriös gehalten werden und dass unsere Informationen einen anderen Wert haben als die Informationen der Industrie.* (6/401–405) Andere Interviewpartner hingegen erachten die Erfolgchancen ihrer Arbeit, aufgrund der unzureichenden finanziellen Ausstattung, von vornherein für begrenzt: *Ich würde mir natürlich wünschen, dass die Ressourcen gestärkt würden, weil man dann noch viel effizienter ins System hineinwirken könnte. Mal ganz platt gesagt: Wenn wir hier noch zehn Leute mehr hätten, hätten wir auch noch genügend Aktionsfelder, um für mehr Bewegung zu sorgen.* (20/571–516)

7.3 Anforderungen an eine moderne Nutzerunterstützung

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Auswertung der Experteninterviews ziehen? In diesem Abschnitt werden generalisierende Synthesen formuliert, die Bezüge zu den theoretisch-konzeptionellen Überlegungen und Analysen herstellen. Dies geschieht zu vier übergeordneten Themengebieten:

- Gesundheit und der Wandel des Gesundheitswesens,

- Nutzerrollen und -anforderungen,
- Strategien und Praktiken der Nutzerunterstützung,
- organisatorische Entwicklung und politische Ausrichtung von Nutzerorganisationen.

Hinsichtlich der Anforderungen an Nutzerorganisationen liegen die Akzente dieses Kapitels auf drei Bereichen:

Erstens stehen Nutzerorganisationen vor der Herausforderung, das aus ihrer Sicht Problematische an einem Leitbildwandel im Gesundheitswesen zu verdeutlichen, der Mündigkeit und Konsumentensouveränität unhinterfragt voraussetzt. Die Einseitigkeiten bzw. Limitationen des dominanten Nutzerdiskurses sind zu benennen. Hierfür ist das Anerkennen eines mehrdimensionalen Nutzerleitbildes eine Grundvoraussetzung.

Zweitens gilt es herauszustreichen, dass ein Wandel des Nutzerkonzeptes auch Chancen bieten kann, vorausgesetzt, dessen Veränderungen werden dialogisch verhandelt und nicht oktroyiert. Die grundsätzliche Bereitschaft, konstruktiv an neuen Nutzerleitbildern mitzuwirken, ist insofern bedeutsam, da Nutzerorganisationen ansonsten riskieren würden, ebenfalls als Verfechter eindimensionaler Leitbilder, wie dem des Leistungsempfängers oder des passiven Patienten, zu erscheinen.

Drittens müssen Nutzerorganisationen den Wandel aktiv mitgestalten, indem sie gezielt den inhaltlichen Konflikt um Nutzerkonzepte und -rollen suchen und deren Bestimmung nicht allein den etablierten Akteuren im Gesundheitswesen überlassen. Einseitig rationalistische Ausdeutungen von dominanten Nutzerbildern, wie denen des Koproduzenten bzw. Konsumenten, sind mit eigenen Leitbildern zu kontrastieren.

7.3.1 Nutzungsvoraussetzungen: Gesundheits- und Systemwissen

In der Zusammenschau der Expertenaussagen zum Themenbereich „Veränderungen im Gesundheitswesen sowie des eigenen Aufgabenbereichs“ zeigt sich, dass der „enge“ marktwirtschaftliche Fokus zur Abbildung der im Gesundheitsbereich wirkenden Dynamiken unzureichend ist. Die Interviewten zeichnen ein weitaus komplexeres Bild, indem – je nach Perspektive und politischem Standpunkt – zwar eine Steuerungsrationaltät dominiert, die Wirklichkeit der Gesundheitsversorgung jedoch durch spezifische Allianzen zwischen mehreren Reformkräften charakterisiert wird.

Zentral sind die Aufwertung von Gesundheit als gesellschaftlicher Wert, die gleichzeitige Enttabuisierung von Krankheit sowie die Ausweitung des „medizinisch Machbaren“. Nutzer werden mittels einer Vielzahl von Informationskanälen über Gesundheitsthemen⁹⁹ informiert; gleichzeitig werden ungesunde Lebensstile (Rauchen, Übergewicht u. ä.) zunehmend stigmatisiert. Darüber hinaus treten chronisch kranke Menschen (häufig mit Unterstützung bzw. im „Windschatten“ von prominenten Betroffenen) selbstbewusst in der Öffentlichkeit auf. Krebsleiden, HIV-Infektionen oder Alzheimer-Erkrankungen werden per Selbstoffenbarung enttabuisiert, laiengerecht verständlich gemacht und breit diskutiert. Die schiere Virulenz und gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheits- und Krankheitsthemen sowie die Demokratisierung von Gesundheitswissen tragen gleichsam zu pluraleren Nutzungskulturen, aber auch zum Entstehen neuer Nutzungsprobleme in Bezug auf Versorgungsleistungen bei. Die Interviewpartner schildern den Themenbereich „Gesundheit“ und das Gesundheitswesen als Wissens- und Kompetenzgebiete, die von immer neuen Dynamiken und Innovationen geprägt sind.

Gesundheitswissen und -kompetenz fungieren bei Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems als „*currency of competition*“ (Kuhlmann 2006: 199). Medizinisch versierte Nutzer verbessern grundsätzlich ihre Ausgangsbedingungen für eine erfolgreiche Behandlung, im Gegensatz zu kompetenzschwachen Nutzern. Soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen bemisst sich zunehmend an persönlichen Fähigkeiten, Leistungsarrangements adäquat in Anspruch zu nehmen, anstatt nur an sozioökonomischen Aspekten. Auf der anderen Seite umfasst der Wandel zudem die „*inclusion of lay knowledge*“ (ebd.: 200) in etablierte Wissensstrukturen, die „*the supremacy of medical knowledge*“ (ebd.) herausfordert, indem das Professionswissen um Erfahrungswissen von Nutzern ergänzt und damit relativiert wird. Nutzerorganisationen treiben die Transformation des Versorgungssystems anhand des kumulierten Wissens ihrer Mitglieder zu Krankheit, Gesundheit und Gesundheitssystem voran. Die Expertenaussagen ergeben ein Kaleidoskop an unterschiedlichen Wissenskulturen im Gesundheitswesen, die für Nutzer kontextuell Bedeutung erlangen:

- Eine *Koexistenz* medizinischer Wissenskulturen besteht traditionell zwischen der Schulmedizin und heilpraktischen bzw. homöopathischen Ansätzen. Gefestigt wird

⁹⁹ Das „Zentralorgan“ für Gesundheitsthemen (von einfachen Befindlichkeitsstörungen und homöopathischen Therapien bis hin zu „Volkskrankheiten“, wie Diabetes oder Krebs) ist in Deutschland die *Apotheken Umschau*. Die 14-tägig erscheinende Zeitschrift hat eine Auflage von 9,64 Millionen und erreicht schätzungsweise 20 Millionen Leser (vgl. Wilkens 2009, o. S.).

diese Zweiteilung durch die Exklusion Letzterer aus dem Leistungskatalog der GKV. Gleiches trifft auf psychotherapeutische Verfahren zu. Hier werden derzeit lediglich die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die analytische Psychotherapie anerkannt und Kosten daraus seitens der GKV erstattet.

- Ein *Diffundieren* unterschiedlicher Wissensbestände ist bei Krankheitsbildern zu beobachten, die einerseits im medizinwissenschaftlichen Fokus stehen, andererseits intensiv von Selbsthilfegruppen bearbeitet werden. Im positiven Fall kann dies zur Entmystifizierung und gemeinsamen Fortentwicklung eines kollektiven Wissens über Krankheiten führen. Dies zeigt etwa das Beispiel „Rheuma“, ein Befund, der nicht mehr als eigenständige Diagnose gilt, sondern mittlerweile als Obergriff zu über 400 Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (vgl. Rheuma-Liga 2011, o. S.).
- In der Leistungsnutzung kommt es zur *Kooperation* von medizinischen Wissenskulturen, z. B., wenn Patienten als Koproduzenten in DMP mitarbeiten, d. h. bei einer Diabeteserkrankung evidenzbasierte Leitlinien bezüglich Ernährung und Bewegung einhalten oder Erfahrungen mit der Krankheitsbewältigung – z. B. hinsichtlich der zu wählenden Insulinart – kommunizieren können.
- *Konflikte* entstehen immer dort, wo individuelle Gesundheit als Wert strategisch von Leistungsanbietern zur Stärkung anderer Bedürfnisse, wie Schönheit, Jugendlichkeit oder Schlankheit, proklamiert wird. Bspw. beanspruchen Schönheitschirurgie, Zahnersatzanbieter oder „Diätindustrie“ einen „gesundheitlichen Mehrwert“ aus ihren Leistungen. Einige Interviewte klagen hingegen über „verquere“ Gesundheitsvorstellungen und Körperbilder als Folge der Angebote. Hierzu folgende Interviewaussage als Beispiel: *Womit ich ganz große Probleme habe, ist, dass Gesundheit oft verbunden ist mit: Jugend, Schönheit, ewige[m] Leben. Da gibt es diese zunehmende Tendenz, z. B. zu chirurgischen Maßnahmen, zum Ziehen gesunder Zähne, weil Implantate schöner aussehen, zur Unterspritzung von Falten und Mimik etc. Da wird es natürlich sehr risikoreich für den eigenen Körper, aber auch für die Psyche und die Seele. (3/530–536)*

Die Interviewpartner greifen die Vielfalt an Wissenskulturen und -zugängen auf, um darzulegen, wie komplex und heterogen ihr Arbeitsgebiet ist. Für sie bedeutet „Wandel im Gesundheitswesen“ vor allem eine Entgrenzung und Überformung der Angebotsseite und damit einhergehend komplexere Wissens- und Nutzungsvoraussetzungen (vgl. Evers/Heinze 2008). Für

Nutzer wird die persönliche Bedarfsprüfung angesichts des wachsenden Leistungsspektrums zur Schlüsselkompetenz.

Soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen definiert sich vor diesem Hintergrund zunehmend durch Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz. Beide Fähigkeiten entscheiden darüber, ob Patienten diagnosegerechte Hilfe zuteilwird oder medizinisch nicht notwendige (und evtl. auch kostspielige) Leistungen in Anspruch genommen werden. Als Koproduzenten werden Nutzer zudem in der Navigation durch ein „Labyrinth“ an Angeboten des Gesundheitssystems gefordert. Der Übergang von einem „monolithischen System“, in dem Nutzer lebenslang Versicherte einer Krankenkasse waren, zu einem System komplexer Versorgungspfade, verursacht, ökonomisch gesprochen, Transferkosten, die Nutzer bisher bestenfalls aus dem Telekommunikationsmarkt kannten.

Das Personalisieren von Wissen in der Gesundheitsversorgung wird von Nutzervertretern grundsätzlich als Fortschritt im Vergleich zum unflexiblen und paternalistischen System der Leistungszuweisung anerkannt. Alte Vorstellungen und Strategien zur Herstellung von Gleichheit werden infrage gestellt. Der Schlüssel für Gleichheit in Bezug auf Gesundheitsversorgung liegt in der Gegenwart nicht nur in gleichen Anbieterstandards, sondern auch in gleichen Nutzerkompetenzen. Deshalb wird seitens der Interviewten im doppelten Sinne auf die Gefahr einer „Zwei-Klassen-Medizin“ hingewiesen, die den Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen nicht nur vom sozioökonomischen Status des Einzelnen abhängig mache, sondern zunehmend auch von dessen Fähigkeiten, Gesundheitsleistungen zu nutzen. Die Verlierer eines solchen Systems sind bildungsschwache Nutzergruppen, zumal das Solidarbewusstsein der kompetenten Nutzer nicht dauerhaft garantiert ist. Wie ist dieser latenten Gefahr vorzubeugen? Die folgenden beiden Abschnitte verknüpfen empirische Befunde mit Konzepten zur Nutzerfigur und der Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten.

7.3.2 Anerkennung und Stärkung von Nutzeridentitäten

Welche Erkenntnisse leiten sich aus der Empirie zu Nutzeranforderungen ab? Grundsätzlich ist die Suche nach Unterstützungsangeboten für eine immer heterogener und anspruchsvoller werdende Nutzerschaft von Gesundheitsleistungen auszumachen. Die programmatische Ausrichtung von Nutzerorganisationen beruht auf den Prinzipien einer solidarischen Gesundheitsversorgung. Die Überzeugung, *dass jeder Einzelne in dieses System eingebettet ist, als Teil des Ganzen natürlich [...], als Rädchen im Getriebe* (15/615–617) ist grundlegend.

Ausgehend von dieser kollektivistischen, auf Gleichheit bedachten, Position wird der Anspruch verfolgt, jedem Nutzer des Gesundheitswesens „als Individuum“ mit eigenen Bedarfen gerecht zu werden. Die Betrachtung von Nutzern als einzelne *Menschen* im Gesundheitssystem *und* als Mitglied der Solidargemeinschaft in der GKV ist dabei Teil des übergeordneten Unterstützungskonzepts. Im Idealfall sind die konkrete Nutzerunterstützung und die politische Interessenvertretung von Nutzern aufeinander abgestimmt. So wird einerseits der Versuch unternommen, Nutzer für das Solidarprinzip der GKV zu sensibilisieren. Andererseits setzen sich Nutzervertreter politisch bspw. für Behandlungsverfahren ein, die trotz notwendiger Evidenzbasierung tolerant gegenüber Abweichungen im Einzelfall sind.

In der Aussage *Mensch zu bleiben und nicht Patient, das ist, glaube ich, die Grundvoraussetzung* (14/365–366) spiegelt sich die Haltung (vieler) Interviewter zur Rollenvielfalt von Nutzern wider. „Mensch zu bleiben“ in einem immer komplexer werdenden Versorgungssystem wird in diesem Kontext mit Attributen wie Kritikfähigkeit und Skepsis gegenüber den Leistungsanbietern und deren medizinisch-wirtschaftlichen Rationalitäten, Wahrung von Autonomie und Verfolgung individueller Bedürfnisse und Werte im Behandlungsprozess konnotiert. Appelliert wird an den „gesunden Menschenverstand“ von Nutzern, der sich je nach Situation sowohl in Form von kritischem Nachfragen bei IGeL bzw. einer Selbstanalyse („Will ich diese Leistung überhaupt?“) als auch in der Fähigkeit zeigt, vertrauensvolle Beziehungen zu Professionellen aufzubauen. „Mensch zu sein“ im Gesundheitswesen beinhaltet den interviewten Experten zufolge allerdings ebenfalls, als unangemessen wahrgenommene Verhaltensanforderungen zu ignorieren oder ihnen eigene Vorstellungen entgegenzusetzen. Sennett (2003) bringt die Notwendigkeit der Nutzerexpertise auf den Punkt, indem er darauf hinweist, dass nur Betroffene darstellen können, „*how it feels*“ – d. h., als Patient krank, bedürftig und somit dem Versorgungssystem ausgeliefert zu sein.

Wie verhält sich das Leitbild „Nutzer als Mensch“ zum Konzept „multipler Nutzeridentitäten“? Die Mobilisierung multipler Identitätsdimensionen im Gesundheitswesen hängt von äußeren Anreizen und Gelegenheitsstrukturen ab. Entscheidend ist die Anschlussfähigkeit zwischen der eigenen Persönlichkeit und den jeweiligen Rollenanforderungen. Nutzerberater unterstützen und begleiten idealerweise Nutzer in der Mobilisierung von Anteilen der eigenen Identität im Gesundheitswesen. In der Praxis kann das bedeuten, verunsicherten Patienten zu empfehlen, sich der medizinischen Expertise von Professionellen anzuvertrauen, sofern sie

sich von diesen respektvoll behandelt fühlen, oder aber ihnen naheulegen, einen anderen Arzt aufzusuchen.

Gute Unterstützung hilft Nutzern, die Prämissen ihres Handelns, z. B. als Bürger, Patienten und Koproduzenten, mit den situativen Erfordernissen – in der Arzt-Patient-Interaktion oder der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen – in den Einklang zu bringen. Ein „mechanisches“, eindimensionales Abrufen von Rollen widerspricht hingegen der selbstbestimmten Leistungsnutzung. Die Annahme und Nutzung der zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen kann nicht oktroyiert werden. Affirmativ zu den Aussagen der Interviewten, ist festzustellen, dass die Fähigkeit, „Mensch zu bleiben“, die Voraussetzung ist, um potentiell verschiedene Identitäten zu mobilisieren: sei es durch ein authentisches Verhalten gegenüber Professionellen, den Zusammenschluss in gemeinschaftsstiftenden Selbsthilfenetzwerken oder aber durch Berücksichtigung individueller Versorgungsbedarfe beim Abschluss von Krankenversicherungsverträgen. Da Nutzer im Gesundheitswesen phasenweise und situationsabhängig unterschiedliche Rollen durchlaufen, ist es aus Expertensicht entscheidend, *dass die Betroffenen sich auch mit dieser Rolle [z. B. des Konsumenten] identifizieren* (11/288), d. h. eine Passung zwischen ihren Selbstbildern und äußeren Anforderungen herstellen.

Dennoch sind die Experten skeptisch, was die Realisierung eigener Ansprüche von Nutzern beim Gebrauch von Leistungen des Gesundheitssystems betrifft. Wahrgenommen wird vor allem eine „menschliche“ Überforderung. Diese bestehe darin, die eigenen Handlungsmuster tatsächlich situativ anzupassen, potentielle Nutzen- und Nutzungsspektren von medizinischen Versorgungseinrichtungen, Arzneimitteln oder Kassenangeboten nicht vergleichen zu können, oder im Anliegen, Gewissheit zum persönlichen Versorgungsbedarf zu erlangen: *Auf der anderen Seite ist es natürlich so, dass die Komplexität des Geschehens die Menschen erschlägt, gerade weil dieser Kulturwandel nun mal nicht vollzogen ist und weil die Informationsgrundlagen nicht da sind, sind die Menschen schlichtweg überfordert.* (20/296–299)

Für die Umsetzung eigener Ansprüche – etwa innerhalb von SDM – ist für viele Nutzer daher eine assistierende Unterstützung, Begleitung und Schulung unverzichtbar: *Einerseits wollen Menschen Partner sein, wollen gleichberechtigt in der Beziehung zu Ärzten sein. Andererseits ist es häufig eine Überforderung. D. h., sie brauchen schon eine Unterstützung dabei, diese neuen Rollen auch einzunehmen.* (12/567–570) Nutzervertreter erkennen bei Nutzern vor allem dann eine situative Überlastung, wenn diese unvorbereitet ambivalenten Anforderungen

ausgesetzt sind. Ein von Interviewpartnern häufig erwähntes Beispiel ist in diesem Zusammenhang das der älteren Frau, die nach tiefen Verunsicherungen Arztbesuche vermeidet: *„Wenn ich zum Arzt gehe, dann muss ich immer die zehn Euro bezahlen, dann wird mir noch irgendeine IGeL oder Früherkennungsleistung angeboten, und zwar vorne schon am Tresen“, und dann sagt die „Wie, das wollen Sie nicht? Das kostet doch nur dreißig Euro und das sollten Sie doch bitte schön machen“, und dann sagt die Patientin: „Dann ist mir das so peinlich, und dann schäme ich mich, also gehe ich erst gar nicht hin.“ (3/163–168)*

Um zu demonstrieren, wie voraussetzungsvoll ein selbstbestimmtes Agieren in vernetzten Identitäten ist – insbesondere dann, wenn die ursprüngliche Erwartungshaltung von Nutzern inkongruent zu den an sie gestellten Anforderungen ist – ziehen die Interviewten Vergleiche zu anderen „gehandicapten“ Gruppen wie Sozialleistungsempfängern und/oder Migranten. Zur Stärkung der Nutzerposition sprechen sich die Experten für korrigierende Interventionen aus, deren Fokus je nach Zielgruppe auf einem verbesserten Schutz von Nutzern vor (finanzieller) Eigenverantwortung sowie der Ausbildung situationsbezogener Nutzerkompetenzen liegt. Das Primärziel der unabhängigen Nutzerunterstützung ist es, konkrete Hilfestellungen in der Nutzung des solidarischen Gesundheitssystems zu geben, dessen Prinzipien zu vermitteln und somit auch einen Beitrag zur Akzeptanz und Wertschätzung der GKV zu leisten. Kurzum: Die Sicherstellung, dass bedürftige und mehrfach (sozioökonomisch in Bezug auf Bildung und gesundheitlich) benachteiligte Nutzer, die ihnen zur Verfügung stehenden Leistungsangebote tatsächlich nutzen und von ihnen in akuten Notsituationen profitieren, hat in den Augen der Nutzervertreter eine höhere Priorität als Nutzerreduktion. Gleichwohl realisieren Nutzerorganisationen, dass Zugangshilfen für Nicht-Nutzergruppen des Gesundheitswesens ohne die parallele Sensibilisierung für ein situatives Rollenverständnis nur von geringem Wert sind. Im Gegensatz zum Zugang zum Gesundheitswesen ist die Nutzung von Gesundheitsleistungen zunehmend an Kompetenzen geknüpft.

Idealerweise bildet die Struktur der Nutzerunterstützung ein Äquivalent zur „vernetzten“ Nutzerfigur. Zugänglichkeit, Angebotsstreuung und Kommunikationsstrategien von Nutzerorganisationen sollten nicht „monolithisch“ und starr konzipiert sein, sondern diese sollten stattdessen auf zielgruppenbasierte, flexible und kombinierbare Unterstützungsprogramme setzen. Einzelne „Bausteine“ wurden von den Interviewpartnern mehrfach benannt:

- Aufklärung über Rechte als GKV-Versicherter,

- Ermutigung, diese in Anspruch zu nehmen,
- Vermittlung von Gesundheitssystemwissen,
- Anwaltschaft für Patienten in Schadensfällen (u. a. Behandlungsfehler, Leistungsverweigerung, Abrechnungsbetrug),
- Hilfe bei der Identifizierung von seriösen Gesundheitsinformationen,
- Schulung hinsichtlich basalen Gesundheitswissens und selbstwirksamer Präventionsmaßnahmen,
- Ausbildung von Interaktionskompetenzen, die es Nutzern erleichtern, in einen Kontakt mit Professionellen zu treten.

Eine breitaufgestellte Unterstützungslandschaft orientiert sich an individuell unterschiedlichen „Abstufungen von Mündigkeit und Selbstbestimmung“. Das Angebotsrepertoire von Nutzerorganisationen sollte genügend Elastizität besitzen, um sowohl gesunde Nutzer zu beraten, die z. B. Schwierigkeiten haben, die für sie wichtigen Versorgungsprioritäten zu setzen, als auch Chroniker zu unterstützen und zu begleiten.

7.3.3 Ausdifferenzierung des Marktes an Unterstützungsangeboten

In welchem Zusammenhang stehen die Anforderungsprofile zur organisatorischen Entwicklung, strategischen Positionierung und politischen Ausrichtung von Nutzerorganisationen? Die interviewten Experten sind von der wachsenden Bedeutung und Notwendigkeit ihrer Arbeit überzeugt. Als Indizien dafür werden bisher größtenteils unbearbeitete „Aktionsfelder“ (wie eine Vermittlung der „kulturellen“ Grundlagen und der Solidaritätsprinzipien in der GKV) angeführt, für die z. Zt. die finanziellen, infrastrukturellen und zeitlichen Ressourcen fehlten. Zum anderen verorten die Experten ihre jeweiligen Organisationen als Akteure (teilweise bereits als Entrepreneur) auf einem dynamischen Informations- und Beratungsmarkt.

Wodurch ist dieser Markt charakterisiert? Gewandelt hat sich zunächst das Umfeld an Nutzerunterstützung, in dem mittlerweile Selbsthilfegruppen mit Anbietern onlinebasierter Patientenberatung konkurrieren, (kommerzielle) Leistungsanbieter und Arzneimittelhersteller sowie Patientenorganisationen und Verbraucherzentralen gleichermaßen versuchen, mittels Gesundheitsinformationen die Aufmerksamkeit von Nutzern zu erlangen. Zunehmend entwickeln auch Krankenkassen entsprechende Angebote, um sich einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Der Konkurrenzkampf verschiedener Anbieter führt zu veränderten Unterstützungsangeboten: Sie werden einerseits spezieller, wie dies etwa die Ausdifferenzierung der

Selbsthilfelandchaft in Deutschland belegt, andererseits aber auch instrumenteller, wie dies etwa das Bestehen von Onlineportalen für Zahnersatz oder Krankenhausvergleiche verdeutlicht. Gerade für Nutzerorganisationen, die sich gegen kommerzielle Anbieter behaupten müssen (vgl. Abschn. 6.3), ist es daher von hoher Relevanz, signifikante Alleinstellungsmerkmale zu entwickeln, die sie von den übrigen Akteuren unterscheiden, wie ein Interviewpartner hervorhebt: *Das ist ein heißumkämpfter Markt und wir können uns auf diesem Markt nur durch unsere Unabhängigkeit behaupten. Das stellen wir auch in den Vordergrund und das ist von den Nutzern so gewünscht, die fühlen sich wohl mit einer unabhängigen Informationsquelle, Nutzer wünschen sich das.* (11/114–118) Bemerkenswerterweise messen Nutzer dem Attribut der Unabhängigkeit jedoch nur eine *relative* Bedeutung zu. Die Qualität der Information, die Art der Vermittlung und der persönlichen Ansprache wird von Nutzern stärker wertgeschätzt (Prognos AG 2009: 27). Hier deutet sich ein Missverständnis zwischen Nutzerorganisationen und Nutzern an. Letztere sind vorrangig an einem breiten Angebotspektrum, einem guten Service und einer Ansprache interessiert, die ihren Versorgungsbedarfen und Unsicherheiten in der Leistungsnutzung gerecht wird. Nutzerorganisationen hingegen sehen in der Unabhängigkeit ihrer Arbeit die eigentliche Voraussetzung, um genau diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

Um sich auf dem Markt der Nutzerunterstützung langfristig zu behaupten, aber auch um ein Gegengewicht zu etablierten Akteuren, wie Leistungsanbietern und Kostenträgern, zu bilden, plädieren viele Experten für eine bessere Arbeitsteilung und Vernetzung von Nutzerorganisationen untereinander: *Das ist ganz wichtig, dass wir uns im Gesundheitssystem vernetzen müssen. Es kann nicht jeder dasselbe machen, sondern man muss eine Arbeitsteilung haben und jede Gruppe muss von der anderen profitieren.* (8/376–379) Hier drückt sich der Wandel vom „kollektiven Bemühen“ von Nutzerorganisationen um Anerkennung und Mitsprache im Gesundheitswesen hin zu einer professionellen arbeitsteiligen Anwaltschaft und Beratung aus (vgl. Abschn. 3.1.1–3.1.3). Insbesondere, um nicht fortwährend und ausschließlich auf Veränderungen „von außen“ reagieren zu müssen, fordern einige Experten eine vorausschauende Analyse, die zu erwartende Unterstützungsbedarfe von Nutzern identifiziert. Der reale Nutzen der Angebote hängt davon ab, inwiefern es gelingt, die Beratungs- und Informationslandschaft *an die Nutzer anzupassen*. In den Vordergrund stellen die Experten deshalb vor allem die Gemeinschaftsdimension von Nutzerorganisationen – neben der Unabhängigkeit ein weiteres Alleinstellungsmerkmal. Die Fachleute nehmen für sich in Anspruch, Nutzer über Bereitstellung objektiver Informationen und sachgerechter Beratung hinaus emotional und mora-

lich zu unterstützen. Insbesondere Vertreter von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen reklamieren hier einen Sonderstatus, der ihrer Ansicht nach unabhängig von organisatorischen Professionalisierungszwängen fortbestehen sollte. Nur sie selbst sind ihrer Ansicht nach zu emphatischen Reaktionen auf existenzielle Verunsicherungen und Ängste von Nutzern und demnach zur „echten Anteilnahme“ an individuellen Problemen von Patienten fähig. Das Auffangen derjenigen Nutzer, die an bürokratischen Fallstricken, medizinisch-technischen Rationalitäten und ökonomischen Prämissen des Gesundheitswesens scheitern oder bereits gescheitert sind, wird bewusst als „einzigartige“ Unterstützungsleistung hervorgehoben: *Zu uns kommen viele Leute, die sich ausgesetzt fühlen, die sich verlassen fühlen vom System, die falsch behandelt worden sind oder das vermuten. Und dann hat ihnen niemand richtig geholfen und es wird verleugnet.* (1/785–787)

Inwiefern und vor allem von welchen Akteuren diese Aufgabe in Zukunft glaubwürdig übernommen werden kann, ist innerhalb der unabhängigen Unterstützerlandschaft umstritten. Die Ausweitung der institutionellen Nutzerpartizipation wird in diesem Zusammenhang insbesondere von der Selbsthilfe als Entwicklung mit ambivalenten Auswirkungen beurteilt. Zu unterscheiden sind, je nach politischem Inkorporationsgrad und eigener Nutzerklientel, folgende Positionen:

- Skepsis gegenüber den Eigendynamiken einer verstärkten gesundheitspolitischen Mitwirkung: Vertreter dieser Position befürchten eine Instrumentalisierung von Nutzerorganisationen in gesundheitspolitischen Machtkämpfen (z. B. eine Vereinnahmung seitens staatlicher Interessen in der Auseinandersetzung mit Ärzten und GKVen). Ferner beklagen sie ein „Verwaschen“ der eigenen Ideale und eine begriffliche und personalpolitische Beliebigkeit innerhalb der unabhängigen Nutzerunterstützung: *Wer heute bei einer Krankenkasse arbeitet, kann morgen bei einer Selbsthilfeunterstützungsstelle sein.* (18/93–94) Als Begründung für diese skeptische Haltung wird die unzureichende (finanzielle) Ausstattung der institutionellen Nutzerpartizipation betrachtet: *Die Ausstattung der Patientenbeteiligung ist so miserabel angegangen worden, so undurchdacht gewesen, also für eine Herkulesaufgabe geradezu eine Nullnummer an Ausstattung.* (18/701–704)
- Stolz, aber auch Überforderung hinsichtlich der politischen Aufwertung: Ein politischer Akteur zu sein, dessen Expertise und Meinung in Entscheidungsprozessen zur gesundheitlichen Versorgung nachgefragt und gehört wird, ist für viele Nutzervertreter

- eine „schmeichelhafte“ Situation, die ihnen neue Gelegenheiten verschafft, ihre Themen zu kommunizieren: *Wir haben zu den Ministerien einen guten Kontakt. [...] Ulla Schmidt begegne ich, der sind wir ein Begriff. Und ich kann auch, wenn Probleme sind, sie direkt ansprechen und war auch schon mal eingeladen im Ministerium.* (15/223–227) Gleichzeitig steigt der organisationsinterne Priorisierungsdruck: Um Kernanliegen effektiv zu vertreten, gilt es, Ressourcen zu bündeln und den zu erwartenden Nutzen bestehender Partizipationsoptionen abzuschätzen.
- Ein pragmatischer Umgang mit den eigenen Mitgestaltungsmöglichkeiten resultiert i. d. R. aus einem politischen Lernprozess: An die Stelle utopischer Ansprüche treten realistische Forderungen, die sich am vorhandenen Finanzierungsrahmen orientieren. Nutzervertreter, die ihre Oppositionsrolle gegenüber der Gesundheitspolitik aufgegeben und sich konstruktiv an Gesetzgebungsverfahren beteiligen, werden als ernsthafte Verhandlungspartner wahrgenommen. Der eigene Pragmatismus zeigt sich hier in der Wahl der Kooperationspartner, die sich an Sachfragen (z. B. Arzneimittel-Rabattverträge, Morbi-RSA) und gemeinsamen Interessenlagen orientieren: *Es geht darum, die Ausgestaltung des Leistungsrahmens der gesetzlich Versicherten aus Patientensicht zu diskutieren. Und da gibt es keine geborenen Bündnispartner.* (6/62–65)

Nutzervertretern, die einer Single-Issue-Organisation angehören, vertreten weitaus öfter die ersten beiden Positionen als solche Experten, die die gesamte Nutzerschaft (potentiell) als ihre Zielgruppe betrachten. Es ist zu vermuten, dass etwa Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, die sich für „ihre“ Betroffenenengemeinschaft einsetzen, überproportional von den verbesserten Mitberatungsmöglichkeiten profitieren und gleichermaßen „viel zu verlieren haben“. Bspw. werden Nutzerorganisationen deutlich aufgewertet, wenn sich der Gesetzgeber oder das Ministerium direkt (gewissermaßen „ratsuchend“) an sie wendet. Die Gefahr einer zu großen Politiknähe liegt insbesondere für kleinere Nutzerorganisationen darin, unsensibel gegenüber den Spezialinteressen ihrer Klientel, wie z. B. der Übernahme kostspieliger Therapien durch die GKV, zu werden. Vertreter der dritten, pragmatischen, Position finden sich vor allem in der allgemeinen Verbraucher- und Patientenberatung sowie der institutionellen Nutzer- und Patientenunterstützung. Sie verfügen i. d. R. bereits über gesundheitspolitische Gremienerfahrungen, sei es im G-BA, in entsprechenden Kuratorien oder aus Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Ausgestaltung der Patientenberatung nach SGB V § 65 b. Allerdings hat die Mitsprache als anerkannter Teil des Gesundheitssystems für Nutzerorganisationen auch einen Preis: „Freilich sorgt die zunehmende ‚Diskursverstrickung‘ qua Beteiligung auch

dafür, dass Patientenvertreter [...] einen Teil ihrer ‚Unschuld‘ verlieren.“ (Etgeton 2009d: 228)

Es ist noch auf eine dritte Gruppe von Nutzervertretern hinzuweisen, nämlich solchen, die sich mit ihren Anliegen bevorzugt direkt an die (Medien-)Öffentlichkeit wenden, entweder weil sie nicht mit Institutionen und Gremien des Gesundheitswesens assoziiert sind oder aber wenig Vertrauen in politische Prozesse haben bzw. wenig Einfluss auf sie besitzen. Als Alternative zur eigenen Interessenartikulation in Gremien wird von dieser Gruppe oftmals die Strategie der medialen Skandalisierung von wahrgenommenen Missständen gewählt. Mit diesem bewusst plakativen Vorgehen ist neben der Steigerung der eigenen Bekanntheit die Hoffnung verbunden, dass der Gesetzgeber proaktiv die gewünschten Veränderungen herbeiführt. Gleichwohl – das räumen die Interviewten ein – beschränkt sich der Erfolg derartiger Vorgehensweisen i. d. R. auf die Beseitigung lokaler Probleme. Bspw. berichtet ein Experte, dass er von mehreren Sozialstationen in der Region über Fälle informiert wurde, in denen eine Krankenkasse, um Leistungen einzusparen, im Umfeld von Pflegebedürftigen nach Indizien für deren (fortbestehende) Selbständigkeit recherchiert habe. Der Fall wurde gelöst, *indem ich an die Medien gegangen bin und die Kasse der Stasi-Methoden bezichtigt habe* (2/115–116). Ferner ist die öffentliche Vermittlung von individuellem Leid und einzelnen Schicksalen für viele Organisationen besonders effektiv, um im Verteilungskampf um Ressourcen, aber auch hinsichtlich der Solidarität mit Leidenden genügend Aufmerksamkeit zu erlangen. Den Druck, öffentliche Wahrnehmung generieren zu müssen, verdeutlicht folgende Expertenaussage: *Da spielen Kompetenzen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit eine Rolle, auch schon oft auf der kleinen, örtlichen Ebene. Für jede Gruppe, die sich da vertritt, wird es wichtig sein zu schauen: Wenn da ein Bürgermeister mit begrenztem Budget ist: Welche Gruppe will er unterstützen? Will er da eine Beratungsstelle für Demenz machen oder einen Fußballplatz? Da konkurriert man wieder mit anderen Bevölkerungsschichten und mit einer anderen Gruppe von behinderten oder kranken Menschen.* (17/557–564)

Nutzerorganisationen buhlen neben vielen anderen gesellschaftlichen Akteuren um das „knappe Gut“ der öffentlichen Aufmerksamkeit. Allen Kooperationsabsichten zum Trotz stehen sie dabei zunehmend auch untereinander in einem kompetitiven Verhältnis.

7.3.4 Nutzerorganisationen als Kompetenzvermittler

Welche Muster der Nutzernachfrage lassen sich in der Informations- und Beratungsarbeit ausmachen? Vier Entwicklungslinien zeichnen sich vor dem Hintergrund des vorhandenen Datenmaterials ab:

Erstens teilen alle Unterstützungsgesuche von Nutzern, so unterschiedlich sie im Detail sind, eine gemeinsame Problemursache: den Mangel an Kompetenzen, vorhandene Versorgungsangebote adäquat zu nutzen. Aus der fehlenden „Selbstsicherheit“ (Evers/Nowotny 1987: 180) von Nutzern im Umgang mit komplexen Gesundheitsgütern resultieren Verunsicherungen und Ängste. Diese können zu einer generellen Opposition sowie einem massiven Vertrauensverlust gegenüber „dem Gesundheitssystem“ führen und die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen trotz offenkundigen Bedarfs nach sich ziehen. Als Reaktion von verunsicherten Nutzern ist ebenso ein unhinterfragter Konsum von privat zu finanzierenden Gesundheits- bzw. gesundheitsnahen Leistungen zu beobachten. In beiden Fällen liegen i. d. R. ein unzureichendes Gesundheitswissen sowie falsche Erwartungen hinsichtlich der Eigenanforderungen und Wirksamkeit medizinischer Leistungen vor.

Hieraus ergeben sich *zweitens* Orientierungsfragen zum vorhandenen Versorgungsangebot und dessen Qualität. Nutzer äußern den Wunsch nach einem unabhängigen Lotsen durch das als komplex und undurchsichtig wahrgenommene Gesundheitssystem, der ihnen hilft, Informationen auf persönliche Bedürfnisse anwendbar zu machen und rechtliche Aufklärung hinsichtlich der Leistungsverträge bietet. Schwierigkeiten der „Navigation“ im Gesundheitswesen, z. B. die Suche nach einem „guten“ Arzt oder dem „richtigen“ Krankenhaus im Vorfeld einer Operation, erfordern die Entschlüsselung pfadabhängiger Therapieoptionen. Kurzum: Die Nutzernachfrage zielt verstärkt auf eine (onlinegestützte) Assistenz beim „Lesen“ der Versorgungsebenen und -strukturen des Gesundheitssystems und beim Erkennen von Qualität bei medizinischen Leistungen.

Drittens werden Unterstützungsangebote von Nutzern in Anspruch genommen, die als Leistungskonsumenten in Konflikt mit Gesundheitsanbietern geraten sind. In diesen Fällen besteht ein finanzieller Beratungsgrund, z. B. in Bezug auf Angebotsspektren von Gesundheitsmärkten, IGeL, Kassentarife mit Selbstbehalt, Kostenerstattung oder Prämienzahlung sowie Ökonomisierungsinstrumente, wie Auf- und Zuzahlungen bei bestimmten Leistungen. Primäres Beratungsziel ist es, Nutzern den gegenwärtigen Kulturwandel im deutschen Gesund-

heitswesen nahezubringen: die Abkehr von einem System, in dem praktisch fast alle Leistungen kassenfinanziert wurden, hin zu mehr (finanzieller) Eigenbeteiligung und -verantwortung.

Viertens haben Nutzer Schwierigkeiten, die auf sie überführte Eigenverantwortung praktisch umzusetzen. Verhaltenszumutungen, wie die Verpflichtung zur Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung oder zu einem therapiegerechten Verhalten, führen zu Verunsicherungen, insbesondere dann, wenn Verhaltensabweichungen negativ sanktioniert werden. Nutzer wünschen sich in diesem Zusammenhang eine laiengerechte Kompetenzvermittlung durch Multiplikatoren. Worin eigenverantwortliches Verhalten im Einzelfall in gesundheitsrelevanten Alltagssituationen, aber auch innerhalb der Interaktionen mit Ärzten besteht, ist im Beratungsgespräch zu klären. Des Weiteren sind die individuellen Dispositionen, wie der Gesundheitszustand und das Bildungsniveau von Nutzern, in Betracht zu ziehen.

Gewandelte Muster der Nutzernachfrage führen ihrerseits zu einer Neuausrichtung von Nutzerorganisationen. Welche Trends zeichnen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab? Assoziierte man in der Vergangenheit mit dem Begriff „unabhängige Unterstützung“ im Gesundheitswesen vor allem „demokratisch orientierte“ Patienten- und Selbsthilfeorganisationen (vgl. Abschn. 3.1.2), deren Ausgangspunkt die „Kritik an ärztlicher Bevormundung und fehlender Mitbestimmung im Gesundheitssystem“ (Ose 2008: 267) war, subsumiert der Begriff in der Gegenwart eine Vielfalt an Akteuren und Unterstützungsformen. Neben der Kernaufgabe des „emotionalen Auffangen[s] und Begleiten[s]“ von Nutzern, eine Aufgabe, deren Bedeutung in fragmentierten Versorgungsstrukturen weiter zunimmt, und dem klassischen *empowerment* von Nutzern, verstanden als Ausweitung der demokratischen Mitsprache im Gesundheitswesen, treten Herausforderungen, die die konkrete Ebene der Nutzerpraxis betreffen: die Vermittlung von Gesundheits- und Gesundheitssystemwissen und die Schulung entsprechender Kompetenzen.

Insbesondere ist die Herstellung von Transparenz als Voraussetzung zur selbständigen Systemnavigation eine Aufgabe, die in direktem Zusammenhang zur Vermarktlichung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens steht (ebd.). Dieser sukzessive an Stellenwert gewinnende Teilbereich unabhängiger Nutzerunterstützung wird größtenteils von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V geleistet (vgl. Francke/Mühlenbruch 2004). Dahingegen verfolgen Angebote der Nutzerschulung einen ganzheitlicheren Ansatz, der die obengenannten Unterstützungselemente idealerweise einbettet. „Integrierte Angebo-

te“, die Nutzern Gemeinschaft, politische Interessenvertretung, Transparenz und Kompetenztraining „aus einer Hand“ anbieten, bleiben bisher die Ausnahme. Gleichwohl ist eine allmähliche Durchmischung und Hybridisierung der Interventionsformen, speziell bei etablierten Anbietern (z. B. Selbsthilfe und Patienteninformationsstellen), zu beobachten.

Unstrittig ist, dass Nutzer unabhängige Informationen benötigen, um in gesundheitsrelevanten Situationen adäquat handeln zu können. Weniger Klarheit existiert hingegen hinsichtlich der Frage, wie heterogene Nutzergruppen effektiv erreicht werden können. Den Ergebnissen der empirischen Untersuchung zufolge empfiehlt sich ein Leitbild, das Nutzern mit niedrigschwelligem Angeboten begegnet und der Unterstützung besonders bedürftiger Nutzergruppen Priorität einräumt (vgl. Abschn. 7.2.8). Bspw. machen Nutzer von netzbasierten Angeboten noch sehr verschieden Gebrauch bzw. profitieren in ungleichem Maße von ihnen. Das Verhalten unterschiedlicher Informations- und Beratungsangebote, die Nutzern unmittelbar ersichtlich machen, an welche Zielgruppe sich die Beratung richtet und welche Themen und Leistungen sie jeweils beinhaltet, ist geboten.

Um gesundheitlich gefährdete und unterversorgte Gruppen zu erreichen, sind Angebote, deren Inanspruchnahme das Aufsuchen entsprechender Beratungsstellen erfordert, ungeeignet. Erprobt werden daher in Kooperation mit Kommunen, Wohlfahrtsverbänden und anderen beratenden Einrichtungen (z. B. Arbeitslosen- und Schuldnerberatung) Setting-Ansätze (vgl. Ose 2008: 274) für eine Klientel mit hohen Gesundheitsrisiken. Bspw. sind Migranten am ehesten in ihren Stadtteilen und Gemeinschaften durch (muttersprachliche) Beratungsangebote zu erreichen, deren übergeordnetes Ziel es ist, bisherigen Nicht-Nutzern des Gesundheitswesens zu helfen, *dass die Leute sich in [das, B. E.] System bewegen (4/507–508)*. „Zugehende Beratungsformen“ bilden idealerweise eine Parallelstruktur zu eher mittelschichtorientierten Angeboten, die auf Eigeninitiative von Nutzern setzen.

Defizite existieren aus Sicht vieler Interviewpartner bei der Kooperation und Verzahnung der einzelnen Anbieter und Angebotsformen. Allerdings bestehen unterschiedliche Vorstellungen zur Ausgestaltung einer Zusammenarbeit. Anbieter unabhängiger Gesundheits- und Navigationsportale im Internet haben in diesem Kontext die geringsten Berührungängste. Sie streben eine direkte *Verlinkung* mit anderen Unterstützungseinrichtungen und den Krankenkassen

an.¹⁰⁰ Ähnlich pragmatisch agieren Anbieter, die zu einzelnen Krankheiten evidenzbasierte Informationen und Entscheidungshilfen (*decision aids*) bereitstellen.

Weitaus kritischer beurteilen Selbsthilfeorganisationen, deren Unterstützungsansatz auf vertrauensbasierte Hilfebeziehungen setzt, die Potentiale einer Vernetzung und Integration bestehender Angebote. Gerade die Selbsthilfe hat die Sorge, dass die Ausweitung von Onlineberatung und virtuellen Nutzerforen ihre klassische, gemeinschaftsorientierte Arbeitsform verdrängt, d. h., dass immer weniger Menschen bereit sind, sich in zeitaufwendigen Gruppentreffen auszutauschen und gegenseitig zu stützen. Eine Mittlerrolle zwischen den genannten Polen nehmen die gesundheitliche Verbraucherberatung sowie die allgemeine Nutzerberatung ein, deren Mitarbeiter insbesondere bei komplexen medizinischen Fragen, aber auch angesichts des Bedürfnisses von Nutzern nach emotionaler Unterstützung auf ergänzende Angebote verweisen. Grundsätzlich besteht ein Bedarf – analog zur NAKOS – eine unabhängige Kontaktstelle einzurichten, die Nutzer „wegweisend“ an Informations- und Beratungseinrichtungen jeglicher Art im Gesundheitswesen vermittelt.

¹⁰⁰ Gewissermaßen als Vorbild fungiert hier das digitale Navigationssystem Google Maps, das mittels einer Programmierschnittstelle und eines von Google gratis zur Verfügung gestellten Autorisationsschlüssels in jede Internetseite integriert werden kann.

8 Fazit und Ausblick

Der abschließende Teil konzentriert sich auf drei zentrale Aspekte dieser Arbeit: Mit Blick auf theoretische Vorüberlegungen, wie sie zur Hauptsache im Kapitel 3 („Modernisierungsdimension des Gesundheitswesens“) und Kapitel 5 („Multiple Nutzeridentitäten“) vorgestellt wurden, sowie zu Nutzern und Nutzerorganisationen des deutschen Gesundheitswesens werden resümierende Schlussfolgerungen gezogen, nachdem einleitend die zentralen Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel rekapituliert worden sind. Ausblickend werden praktische Bewältigungsstrategien für Nutzer und insbesondere für Nutzerorganisationen formuliert.

Gegenstand dieser Arbeit ist das deutsche Gesundheitssystem, als dasjenige Referenz- und Interaktionsfeld, in dem sich das Handeln bzw. die Koproduktion von Nutzern und Nutzerorganisationen vollzieht. Pointiert formuliert war der Status quo ante durch ein großflächiges Versorgungssystem charakterisiert, in dem die Ansprüche und der Schutz von anspruchsberechtigten Leistungsempfängern durch kollektive Verträge zwischen KVen und GKVen garantiert wurden. Nutzern kam in diesem Kontext kaum eine Bedeutung als kollektive Mitgestalter von Versorgungsarrangements und individuelle Mitentscheider in Bezug auf Leistungskomponenten zu. Mit einem dem Schachspiel entlehnten Begriff Le Grands (2006: xii) wurden sie als unmündige „*pawns*“ (Bauern) begriffen: als „Schutzbefohlene“, deren Recht auf gesundheitliche Versorgung fremdverwaltet wurde. Versorgungssicherheit und Schutz gingen mit der von Nutzern erwarteten Folgsamkeit sowie einer wohlmeinenden Fremdbestimmung einher (vgl. Kap. 2). Unter der Einwirkung von Modernisierungsdimensionen transformierte und transformiert sich das traditionelle Framework des deutschen Gesundheitssystems. Parallele Prozesse der Ökonomisierung, Vermarktlichung und Wissensbasierung dynamisieren und fragmentieren die Steuerungsabläufe des Gesundheitswesens. Folglich entsteht ein komplexeres System, in dem kleinteiligere Versorgungseinheiten mit unterschiedlichen Logiken nebeneinander bestehen (vgl. Kap. 3).

Die Rationalitäten der drei Modernisierungsdimensionen teilen und forcieren gleichermaßen den Aspekt der individuellen und kollektiven Nutzeraktivierung und sind somit als gesundheitspolitisches Äquivalent neuer sozialpolitischer Leitbilder zu lesen (vgl. Kap. 1). Welche vielfältigen Anforderungen der Mitwirkung und Verantwortungsübernahme für individuelle Nutzer bestehen, wurde anhand verschiedener Nutzungsbereiche wie DMP, IGeL oder des Wissensmanagements im Arzt-Patient-Verhältnis dargestellt. Die Modi der Nutzerbeteiligung

können zudem unterschiedlich ausgestaltet sein: Nutzerhandeln kann a priori durch eine Begrenzung von Wahloptionen und paternalistischer *nudges* in Richtung erwünschter guter Entscheidungen kontrolliert werden. Mehr Autonomie bieten Nutzern in der Leistungsanspruchnahme Choice-und-Voice-Arrangements, sofern diese nutzerfreundlich ausgestaltet sind (vgl. Kap. 4)

In realen Nutzungssituationen agieren Nutzer *zur gleichen Zeit* als Bürger, Patienten, Konsumenten und Koproduzenten. Nutzer stehen vor der Herausforderung, mehrere Interessen und Ziele parallel verfolgen zu müssen. Hierfür verantwortlich sind Rollenzuweisungen, die in modernen Gesundheitswesen über traditionelle Zuschreibungen, wie die des Versicherten und Patienten, hinausgehen. Daneben existieren individuelle Vorstellungen hinsichtlich der Inanspruchnahme des Versorgungssystems, die sich aus dem jeweiligen Gesundheitszustand, der soziokulturellen Sozialisation, aber auch der politischen Überzeugung von Nutzern ergeben. Um dieses Konglomerat an Einflussfaktoren und Handlungsmotiven im Nutzungsgeschehen analytisch zu fassen, wurde das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ erarbeitet (vgl. Kap. 5). Die Entstehung multipler Identitätsbündel im Zuge der Modernisierung des Gesundheitssystems weist auf die nur eingeschränkte Erklärungskraft eindimensionaler Nutzerbilder hin. Stattdessen besteht eine Vielzahl an divergenten und ineinanderfließenden Nutzertypen. Demnach ist die Nutzerfigur ein aus mehreren Identitätsdimensionen bestehendes Mosaik, das sich je nach Versorgungskontext und individueller Dispositionen (kontinuierlich) neu zusammensetzt. Welche Identitätsmerkmale wann in relativer Gewichtung zur Geltung kommen, ist nicht beliebig, sondern wird erheblich durch das jeweilige *Framing* von Versorgungsarrangements beeinflusst. So zwingen Ökonomisierung und Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen auch diejenigen Nutzer dazu, partiell im Stile von Konsumenten zu agieren, die sich selbst vorrangig als anspruchsberechtigte Bürger verstehen.

Auch die Profile von Nutzerorganisationen haben sich gewandelt. In Deutschland dominierten nach dem Zweiten Weltkrieg drei, historisch zumindest grob voneinander abgrenzbare, Beteiligungsmotive: die Fürsorge für sozial benachteiligte, kranke und behinderte Menschen, die Emanzipation der Betroffenen gegenüber den etablierten Akteuren und Versorgungspraktiken des Gesundheitswesens und die Vermittlung von Kompetenzen an Nutzer als Konsumenten und Koproduzenten (vgl. Abschn. 3.1). Vor dem Hintergrund von systemischen Ausdifferenzierungsprozessen und gewandelten Nutzerrollen nehmen Nutzerorganisationen in der Gegenwart eine Vermittlerrolle ein. Ihr Fokus richtet sich vor allem darauf, Nutzer bei der Navi-

gation im Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu unterstützen. Information, Beratung und Schulung von Nutzern zielen darauf ab, die Komplexität des Versorgungsgeschehens zu reduzieren, Nutzungsbedingungen zu dechiffrieren und auf individuelle Bedarfe zuzuschneiden sowie anwaltschaftlichen, aber auch emotionalen Beistand zu leisten. Ferner engagieren Nutzerorganisationen sich im gesundheitlichen Konsumentenschutz, indem sie sich u. a. dafür einsetzen, dass sensible Patientendaten in der Hoheit der Betroffenen bleiben und Leistungsanbieter Qualitätsdaten allgemeinverständlich aufbereiten und veröffentlichen (vgl. Kap. 6). Im optimalen Fall sind Nutzerorganisationen *enabler*, *empowerer* und *protector* zugleich, die diversen Nutzergruppen den Zugang und die Nutzung von Versorgungsangeboten, aber auch die Mobilisierung bestimmter Identitätsdimensionen erleichtern. Diese Doppelfunktion als *Kompetenzvermittler* und „Schutzpatron“ von Nutzern lässt ursprüngliche emanzipatorische Anliegen von Nutzerorganisationen verblassen, deren Fokus sich auf alternative Konzepte zu konventionellen Gesundheits-, Versorgungs- und Behandlungsmodellen gerichtet hatte. Für Nutzerorganisationen stellt sich angesichts disparater Gesundheitswesen, in denen eine *gute Versorgung* im Einzelfall immer mehr vom glücklichen Zusammentreffen eines pluralen Leistungsspektrums, partizipativer Nutzungsarrangements, individueller Kompetenzen und auch von Vertrauensbeziehungen abhängt, die Frage nach dem eigenem Leitbild: Inwieweit können Nutzerorganisationen in einem weiterhin leistungsanbieterdominiertem System noch Initiatoren und Promotoren von nutzerfreundlichen Innovationen sein? Kurzum: Sind Nutzerorganisationen „*simple service providers or also change agents*“ (Ewert/Evers 2012¹⁰¹)?

Plurale Funktionslogiken und Identitätsdimensionen

Was wird durch ein analytisches Konzept gewonnen, das an der „doppelten“ Pluralisierung – nämlich denjenigen von Versorgungsstrukturen *und* Nutzerleitbildern – des traditionellen Gesundheitswesens ansetzt? Darüber hinaus ist zu fragen: Welche Risiken gehen mit einer deutungsoffenen „Aufschließungsarbeit“ (Begriff von Adalbert Evers) von eindimensionalen Funktionslogiken und -modi einher?

Die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens als mehrdeutigen Prozess zu begreifen, in dem mehrere Antriebskräfte parallel wirken, bedeutet eine grundsätzliche Absage an dichotome Erklärungsmuster. Für Letztere steht klassischerweise das „öffentliche Gesundheitssystem“, das Nutzer (mehr oder weniger) ausschließlich als im Bedarfsfall anspruchs-

¹⁰¹ Siehe Literaturverzeichnis.

berechtigte Leistungsempfänger adressiert. Aktive Mitarbeit und markttypische Wahlentscheidungen von Nutzern als Koproduzenten und Konsumenten kommen in dieser Lesart des öffentlichen Versorgungssystems kaum vor. Ein mehrdimensionales Analysekonzept, so wie es in dieser Arbeit erarbeitet und angewandt wurde, ermöglicht es hingegen, vielschichtige Facetten von Wandlungsprozessen abzubilden. Es bereichert den Diskurs zur Modernisierung des Gesundheitssystems und zur Konzeption von Nutzerleitbildern, indem es für ein *Identitätskontinuum* plädiert, das sowohl den Patienten als auch den Konsumenten umfasst. Gleichzeitig birgt der Umgang mit Mehrdimensionalität für Nutzer und Nutzerorganisationen Risiken in sich.

Folgende Aspekte sind mit Blick auf das Analysekonzept dieser Arbeit besonders hervorzuheben:

- *Anerkennen von Mehrdimensionalität*: Weder Gesundheitsleistungen noch Nutzerleitbilder sind Ergebnisse von hermetisch abgeschlossenen Entstehungsprozessen. In der Realität koexistieren und durchdringen sich managerielle Prinzipien, Markt und Wettbewerb sowie plurale Wissenssysteme in der medizinischen Versorgung wechselseitig und/oder konfliktieren miteinander. Übergeordnetes Gebot ist es daher, Mehrdimensionalität als ein *konstitutives* und *instrumentelles* Kernelement moderner Gesundheitssysteme anzuerkennen (vgl. Sen 1999: 36). Sie zu erfassen und wertzuschätzen, ist die Voraussetzung für die Analyse der spezifischen Dynamiken in Wandlungsprozessen.
- *Bezugnahme auf Machtverhältnisse und dominante Diskurse*: Das Anerkennen von Mehrdimensionalität darf jedoch nicht gleichbedeutend mit dem Ignorieren von realen Hierarchien und Dominanzen im Gesundheitswesen sein. In der Negation von Machtdimensionen und realen Gewichtungen von Nutzeridentitäten liegen Risiken, die das Analysekonzept abbildet. Bspw. verlieren infolge wirkmächtiger Ökonomisierungsstrategien Dimensionen, wie die des vertrauensbasierten Arzt-Patient-Verhältnisses und des schutzbedürftigen Patienten, an Gewicht gegenüber Interaktionsmustern, die sich markttypischen Dienstleistungsbeziehungen annähern.
- *Anschlussfähigkeit statt Substitution traditioneller durch neue Leitbilder*: Es können sich in realen Konflikten des Gesundheitswesens (z. B. bezüglich Arzt-Patient-Verhältnis) Sphären, Handlungsräume und Rationalitäten, die traditionell getrennt voneinander gedacht wurden, zu neuen Arrangements und Leitbildern verbinden. Das

Herstellen von Anschlussfähigkeit ist grundlegend von der *oktroierten Substitution* „alter“ eindimensionaler durch „neue“ eindimensionale Leitbilder zu unterscheiden. Ein mehrdimensionales Analysekonzept bietet die Chance für ein behutsames Umlernen und einen kulturellen Wandel – bspw. für das Aushandeln von Versorgungsarrangements, die Nutzer nicht in eindimensionalen Rollen adressieren, sondern in denen relative Anteile von Patienten-, Koproduzenten- und Konsumentenidentitäten mobilisiert werden.

- *Differenzierte Nutzer- und Nutzungskonzepte*: Auf der Basis eines mehrdimensionalen Analysekonzepts können somit alternative Leitbilder der Nutzeradressierung wirklichkeitsnäher entworfen werden. Ein detailliertes und differenziertes Wissen über Versorgungsrealitäten im Gesundheitswesen kann es Nutzerorganisationen erleichtern, ein *kaleidoskopisches* Nutzerbild zu entwickeln, das Balancen und Gewichtungen innerhalb eines Identitätskontinuums ermöglicht. D. h. für Nutzerorganisationen zum einen, die Einseitigkeit populärer Rollenzuweisungen (z. B. „mündiger Patient“ oder „souveräner Konsument“) offenzulegen, zum anderen nach außen deutlich zu machen, welche realen Bedarfe und subjektiven Bedürfnisse von Nutzern in unterschiedlichen Kontexten des Gesundheitswesens aufgrund von deren Identitätsmix vorliegen.

In der empirischen Untersuchung treten insbesondere die dargestellten Risiken für Nutzer und Nutzerorganisationen zum Vorschein. Nutzervertretern fällt das Anerkennen von pluralen Funktionslogiken in der Praxis schwer, da sie ihren Einfluss auf das Gesundheitssystem als gering einschätzen. Nutzerorganisationen werden von Nutzervertretern als Akteure charakterisiert, die in ökonomisch überformten Zwangskontexten traditionelle Normen, wie Solidarität und Schutzbedürftigkeit, verteidigen. Gleichzeitig gelingt es Nutzerorganisationen selten, alternative Nutzerleitbilder und Nutzungsstrategien, die nicht a priori bestimmte Dimensionen absolut setzen, wirksam in den gesundheitspolitischen Diskurs einzuspeisen.

In welche Richtung schwingt das Pendel hinsichtlich der Bedeutung und des Einflusses von Nutzerorganisationen? Dass Nutzerorganisationen zukünftig mehr denn je gebraucht werden, scheint eindeutig. Unklar hingegen sind ihre Rollen und Aufgaben im Gesundheitssystem. Bevor zu Fragen der strategischen Positionierung und inhaltlichen Ausrichtung von Nutzerorganisationen praktische Schlussfolgerungen gezogen werden, sollen drei theoretisch denkbare Entwicklungen skizziert werden. Diese unterscheiden sich hinsichtlich des Spielraums von Nutzerorganisationen, (politischen) Einfluss auszuüben und eigene Akzente zu setzen.

Erstens ist eine Fortsetzung der schrittweisen Einbeziehung von Nutzerorganisationen (die mit der Aufnahme in den G-BA 2004 ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte) in die Governance des Gesundheitswesens realistisch. Mehr Beteiligung und Mitbestimmung streben insbesondere Organisationen an, die bereits in das Selbstverwaltungssystem als dessen anerkannter Teil integriert sind (vgl. vzbv 2011: 6 f.). Ein politischer Machtzuwachs birgt gleichwohl Chancen und Risiken für Nutzerorganisationen: Einerseits kann es gelingen, Nutzerperspektiven und -anliegen tatsächlich zum Ausgangspunkt von Reformprozessen zu machen, andererseits droht vormals system- und medizinkritischen Nutzerorganisationen eine schleichende Domestizierung – ausgelöst durch Professionalisierungs- und Anpassungsdruck sowie die politische Notwendigkeit, (unliebsame) Kompromisse mit anderen Akteuren schließen zu müssen.

Zweitens: Politisch integrierte Nutzerorganisationen können auf der praktischen Ebene zu „normalen Dienstleistungsunternehmen“ werden, die ihre administrative Kompetenz nutzen, um neue Unterstützungsangebote, wie internetbasierte Navigationssysteme oder Beratungskonzepte, zu entwickeln und zu vermarkten. Nutzerorganisationen liefern in diesem Fall die notwendige „Software“ zur Nutzung komplexer Versorgungssysteme. Sie sind sowohl *political player* als auch *service provider* des Gesundheitswesens, die ihren Anteil am expandierenden Informations- und Beratungsmarkt vergrößern wollen.

Drittens: Die Rolle des kritischen Mahners und potentiellen *change agents* kann hingegen zur Option für diejenigen Nutzerorganisationen werden, die keinen Zugang zu den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens haben. Hier führen die Distanz zur Politik und das Ausbleiben finanzieller Unterstützung notgedrungen in die Rolle einer Opposition. Die gewählten Mittel und Ziele von politisch exkludierten Nutzerorganisationen können vielfältig sein: Sie reichen vom Versuch der medialen Skandalisierung wahrgenommener Versorgungsmissstände bis hin zu Ansätzen, die verfasste Gesundheitspolitik geschickt zu umgehen. In Letzterem sehen insbesondere Single-Issue-Organisationen, die über ein hohes Spezialwissen zu ihrem Themengebiet verfügen, eine Handlungsalternative: Diese versuchen, direkten Einfluss auf Medizin, Leistungserbringer und Krankenkassen auszuüben.

Wie lässt sich der Spagat zwischen der Pflicht zur Koproduktion einerseits und dem Bestreben nach Autonomie bzw. Realisierung von Gestaltungsansprüchen andererseits bewältigen? Die Kontextbedingungen und potentiellen Handlungskorridore sind für Nutzerorganisationen

sehr unterschiedlich. Zudem ist ihr Verhältnis zu Politik, Leistungserbringern und Kassen nicht statisch, sondern verändert sich je nach Thema. Nutzerorganisationen müssen ihre Position und Aufgaben innerhalb des Versorgungssystems kontinuierlich neu ausloten. Gleiches gilt für die Nutzer selbst: Der Grat zwischen einer „maßgeschneiderten“ Versorgung und einer Überforderung von Nutzern angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems ist schmal. Im Sinne eines Ausblicks ist daher für beide Akteure nach praktischen Bewältigungsstrategien zu fragen. Dies geschieht in Form der Aufzählung der wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit.

Für *Nutzer* des Gesundheitswesens sind dies folgende Punkte:

Erstens verlangt der Nutzerbegriff notwendigerweise nach bereichsspezifischen Konkretisierungen, wie diese im Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ angelegt sind (vgl. Kap. 5). *Den* Nutzer gibt es nicht, jedoch je nach Versorgungssituation dominierende Nutzertypen, deren Nutzungsinteressen und Unterstützungsbedarf weit auseinandergehen. Unmittelbar einsichtig ist dies bei einem Vergleich der Nutzerpraktiken gesunder und chronisch kranker Nutzer. Während Erstere weitaus öfter als gewiefte Konsumenten auftreten, um ein für sie optimales Versicherungspaket abzuschließen, sind Letztere mitunter vorrangig an gemeinschaftlichem Rückhalt in Selbsthilfeorganisationen oder an einer Vertrauensgenese zu Ärzten interessiert. Große Unterschiede bestehen ebenso in Bezug auf einzelne Patientengruppen: Bspw. haben akut hilfsbedürftige Patienten, die sich kurzfristig in die Hände von Professionellen begeben, wenig mit chronisch kranken Patienten gemein, die bezogen auf die Bewältigung ihrer Krankheit einen Expertenstatus entwickelt haben. Kurzum: Die Gewichtung individueller Nutzeridentitäten innerhalb einer Person verändert sich je nach Versorgungskontext und ist abhängig vom Gesundheitszustand und dem Versorgungsbedarf während des Lebensverlaufs.

Zweitens gewinnt der Aspekt der Koproduktion für alle Nutzertypen signifikant an Bedeutung. Koproduktion von Nutzern im Versorgungsprozess ist jedoch potentiell beides: Autonomieressource und Ursache von Überforderung. Eine moderne Gesundheitsversorgung erfordert *per definitionem* die Mitwirkung von Nutzern. Koproduktion ist ein Bestandteil der Leistungserbringung, der nicht länger auf Interaktionsbeziehungen beschränkt ist. Vielmehr umfasst die Koproduktion von Nutzern ein breites Spektrum an Aspekten: die Navigation durch das Gesundheitssystem, die Auswahl von Leistungsanbietern, die Ko-Finanzierung von Leistungen, aber auch den Erwerb von Gesundheitswissen und gesundheitsförderlichen Le-

bensstilen. Für Nutzer besteht zunehmend die Pflicht, die Rolle des Koproduzenten anzunehmen, wohingegen Passivität und/oder Inkompetenz prinzipiell die eigene Versorgungsqualität mindert. Nutzer mit einer hohen Koproduktionskompetenz besitzen sowohl bessere Chancen auf eine gute Versorgung als auch hinsichtlich der Realisierung eigener Ansprüche im Gesundheitswesen. Inwieweit Koproduktion eine moderne Technik zur Herstellung von Folgsamkeit und Kontrolle ist oder aber die Autonomie von Nutzern steigert, hängt zudem maßgeblich von der Ausgestaltung der Versorgungsarrangements ab.

Drittens ist zu fragen, wie eine Politik der Nutzerorientierung in einem Gesundheitssystem zu gestalten ist, in dem der kollektive Schutz und die Folgsamkeit von Nutzern *nicht mehr* die Norm sind, sondern in dem plurale Versorgungsmuster und verpflichtende Koproduktionsanforderungen an Bedeutung gewinnen. Welche Ansätze sind differenziert genug, um sowohl tendenziell überforderten Patienten die nötige (und weiterhin erwünschte) Fürsorge entgegenzubringen als auch diejenigen Nutzer im Blick zu haben, die zur Eigenverantwortung fähig sind und diese selbstbewusst einfordern? Hier geht es um die Entwicklung realitätsnaher Leitbilder, die an die Stelle heterogener „Container-Begriffe“ (wie der „mündige Patient“ oder „Eigenverantwortung“) und präformierter Nutzungsmuster (z. B. im Sinne der ökonomischen Nutzenmaximierung) treten. Wie die Empirie dieser Arbeit zeigt, fällt Nutzerorganisationen jedoch insbesondere der Umgang mit solchen pragmatischen Gegenentwürfen schwer, die die Konsumentenrolle in der Gesundheitsversorgung nicht per se ablehnen, sondern sie als Teil einer multiplen Nutzeridentität anerkennen und alternativ – z. B. sozial gestalterisch und weniger rationalistisch bzw. nutzenmaximierend – interpretieren. Das Festhalten an traditionellen Leitbildern ist oftmals den alltäglichen Erfahrungen von Nutzervertretern geschuldet. Aufgrund einer Klientel, die überdurchschnittlich oft Probleme mit Leistungsanbietern, Krankenkassen etc. hat, versuchen Nutzerorganisationen, Versorgungsangebote grundsätzlich an den Bedarfen der unterstützungsbedürftigsten Nutzer auszurichten. Diese seien keine souveränen Konsumenten. Nutzerfreundliche Leistungsangebote zeichnen sich demnach primär durch eine inhärente Komplexitätsreduktion aus. Konkret kann dies z. B. bedeuten, GKVen dazu zu verpflichten, Nutzer (wie i. d. R. üblich) automatisch kollektivvertraglich zu versichern und das Anbieten von differenzierten Tarifvarianten erst nach einer Mindestzeit der Mitgliedschaft zu erlauben.

Welche praktischen Schlussfolgerungen lassen sich für die Arbeit und Ausrichtung von Nutzerorganisationen ziehen?

Erstens gilt es, die Erkenntnis, dass Nutzerorganisationen in erster Linie den vielfältigen Unterstützungsbedarfen von Nutzern gerecht werden müssen, real in anwendungsfreundliche Angebote umzusetzen. Dies verlangt von Nutzerorganisationen ein Selbstverständnis als *lernende Organisation*, deren interne Struktur elastisch und deren konzeptionelle Ausrichtung ausreichend flexibel ist. Erkennen Nutzerorganisationen die Komplexität des Gesundheitswesens als potentielle Problemursache für Nutzer an, sind sie eher in der Lage, geeignete Unterstützungsangebote zu entwickeln. Für die praktische Arbeit mit Nutzern ist ein pragmatischer Ansatz, der Nutzern mögliche Optionen aufzeigt, nach welchen Kriterien sie bspw. GKV-Wahltarife oder IGeL wählen bzw. ablehnen können, hilfreicher als eine Aufklärung darüber, wie wesensfremd derartige Elemente im System der GKV seien. Ähnliches gilt für die Selbsthilfe, die ihr Angebotsrepertoire um internetgestützte Dienste erweitern sollte, auch wenn sie weiterhin ihren Schwerpunkt auf den persönlichen Austausch zwischen Betroffenen legen mag. Ob Nutzerorganisationen auf „Tuchfüllung“ mit den tatsächlichen Problemen von Nutzern sind, hängt letztlich davon ab, inwieweit sie ein *hybrides Profil* entwickeln. Gleichwohl gilt: Nicht alle Organisationen müssen Nutzer zugleich informieren, beraten und schulen – hier ist eine inter- und intra-organisatorische Arbeitsteilung unvermeidlich und auch aus Gründen der Effizienz und Qualitätssicherung sinnvoll. Wesentlich ist, dass viele Zugangswege zu Nutzerorganisationen bereitstehen und diese mit einem mehrdimensionalen Nutzerbegriff operieren.

Zweitens stehen Nutzerorganisationen vor der Herausforderung, denjenigen Nutzern erhöhte Aufmerksamkeit zuteilwerden zu lassen, die den Koproduktionsanforderungen einer modernen Gesundheitsversorgung am wenigsten gerecht werden. Dies setzt voraus, dass Nutzerorganisationen ihre grundsätzliche Kritik an den Strukturen des Gesundheitswesens von konkreten Hilfestellungen trennen, deren Ziel das Heranführen bisheriger Nicht-Nutzer an das Versorgungssystem sein sollte. Systemferne Zielgruppen (z. B. sozial schwache Menschen und Migranten) sind von der Notwendigkeit einer basalen Gesundheitsvorsorge, z. B. in Form von regelmäßigen Haus- und Zahnarztbesuchen, zu überzeugen. Nutzerorganisationen müssen daher grundsätzlich Prozesse der Vertrauensbildung in die GKV sowie in die Arbeit von Professionellen unterstützen, wohingegen die Entwicklung eines kritisch-reflektierten Nutzerverhaltens von nachgeordneter Bedeutung ist. Ferner sind Nutzerorganisationen gefordert, aktiv auf benachteiligte Zielgruppen zuzugehen. Vor allem Organisationen, die auf die allgemeine Nutzerinformation und -beratung ausgerichtet sind, sollten intensiver mobile Beratungsstellen einsetzen, die Nutzer in ihren Stadtteilen und Gemeinschaften aufsuchen. So gilt es Ansätze,

wie eine „„aufsuchende“ Patientenberatung für türkischsprachige Migrant/innen“ (UPD 2011, o. S.), weiterzuentwickeln, finanziell zu fördern, mit anderen sozialen Diensten zu vernetzen und auf weitere Zielgruppen auszuweiten.

Drittens gilt es für Nutzerorganisationen einen praktischen Ausweg aus dem Dilemma zu finden, zugleich strategischer Partner und Koproduzent des Gesundheitswesens sowie dessen vehementesten Kritiker zu sein. Ob und wie dieser grundsätzliche Widerspruch in eine glaubwürdige Doppelrolle umgewandelt werden kann, hängt stark von der intra-organisatorischen Arbeitsteilung, aber auch der Vernetzung mit anderen Nutzerorganisationen ab. Diese sollten zudem sehr vielseitig sein, um Nutzern sowohl Informationen und Nutzungsstrategien zu offerieren als auch nutzerorientierte Reformen in der Gesundheitspolitik anzustoßen. Wenn Nutzerorganisationen ihren Status als *change agents* aufrechterhalten, d. h. zu zukünftigen Schlüsselthemen der Gesundheitsversorgung, wie dem Umgang mit Patientendaten, Kriterien der medizinischen Qualitätssicherung oder der Erzeugung von Transparenz auf privaten Gesundheitsmärkten, eigene Konzepte und Vorschläge einbringen wollen, müssen sie ihre Kräfte bündeln und geschlossen auftreten. Asymmetrische Allianzen mit Politik, Ärzten oder Unternehmen, in denen Nutzerorganisationen als Erfüllungsgehilfen von Partikularinteressen instrumentalisiert werden (können), gefährden auf Dauer das politische und moralische Kapital von Nutzerorganisationen: ihre Unabhängigkeit.

Die Zukunft von Nutzerorganisationen wird letztlich maßgeblich dadurch bestimmt werden, ob es ihnen gelingt, für Nutzer klar zu erkennende Alleinstellungsmerkmale auszubilden oder ob sie lediglich zu *einer Marke unter vielen* Leistungsanbietern im modernen Gesundheitswesen werden. Gerade, weil Nutzer von Gesundheitsleistungen in so vielfältiger Hinsicht aktiviert und als Koproduzenten gefordert werden und ihr Nutzungshandeln zunehmend von Ambivalenzgefühlen begleitet ist, besteht ein wachsender Bedarf nach hilfeorientierten Angeboten, vertrauensgestützten Beziehungen und/oder einer solidarischen Gemeinschaft. In diesen auf persönliche Unterstützung und emotionalen Rückhalt ausgerichteten Bereichen können und müssen Nutzerorganisationen ihr besonderes Profil schärfen. Die enge Konzentration auf praktische, aber weitestgehend standardisierte Serviceleistungen, wie Navigationshilfen und Qualitätstest, macht Nutzerorganisationen hingegen für Rat- und Hilfesuchende als *Partner* wenig attraktiv. Für Nutzerorganisationen bedeutet die Erfüllung dieser von ihnen erwarteten Pflichtaufgaben eine hohe Arbeitsbelastung und Ressourcenbindung. Daher liegt die Herausforderung für Nutzerorganisationen in den nächsten Jahren vor allem darin, *dennoch*

finanzielle und personelle Kapazitäten für den persönlichen und am Einzelfall orientierten Austausch mit Nutzern bereitzuhalten sowie innovative Konzepte der Nutzeransprache zu entwickeln. Gelingt es Nutzerorganisationen, die Beziehungen zu und den Austausch mit *ihren* Nutzern persönlich, vertrauensvoll und verlässlich zu gestalten, sind sie für die Durchkreuzung des stürmischen Meers der Gesundheitsversorgung dringend gebrauchte Leuchttürme und Rettungsbojen. Ob Nutzerorganisationen darüber hinaus die Kraft und das Gehör finden, um die Großwetterlage im Gesundheitswesen als *change agents* zu verändern, muss aus heutiger Sicht bezweifelt werden.

Literaturverzeichnis

- Abel, T./Schori, D. (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie (ÖZS)*, 34 (2), S. 48–64.
- Adams, R. J./Stocks, N. P./Wilson, D. H./Hill, C. L./Gravier, S./Kickbusch, I./Beilby, J. J. (2009): Health literacy – A new concept for general practice? *Australian family physician*, 38 (3), S. 144–148.
- Aichinger, H. (1971): *Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik*. Frankfurt: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Allgemeine Ortskrankenkassen (2011a): Wir über uns: Die AOK, abrufbar unter: <http://www.aok.de/bundesweit/die-aok/ueber-die-aok-2692.php> (17.10.2011).
- Allgemeine Ortskrankenkassen (2011b): Kein Zusatzbeitrag 2011!, abrufbar unter: <http://www.aok.de/hessen/beitraege-tarife/kein-zusatzbeitrag-2011-148421.php> (17.10.2011).
- Amelung, V. E. (2007): *Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Andreassen, H. K./Bujnowska-Fedak, M. M./Chronaki, C. E./Dumitru, R. C./Pudule, I./Santana, S./Voss, H./Wynn, R. (2007): European citizens' use of E-health services: A study of seven countries, *BMC Public Health*, 7: 53.
- Ärztezeitung (31.03.2010): Zusatzbeiträge lösen regelrechte Fluchtwellen aus, abrufbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/596218/krankenkassen-zusatzbeitraege-loesen-regelrechte-fluchtwellen.html?sh=92&h=-1103691933, (14.07.2010).
- Arndt, C./Volkert, J. (2006): Amartya Sens Capability-Approach – Ein neues Konzept der deutschen Armuts- und Reichtumsberichterstattung, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75 (1), S. 7–29.
- Badura, B. (2009): Gesundheitswissenschaftliche Hinweise auf Grenzen des Nutzens der NutzerInnenorientierung in Behandlungsprozessen. In Mozygemba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.): *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?*, Bern: Huber, S. 31–39.
- Badura, B. (2004): Aktivierender Staat und aktive Bürgergesellschaft im deutschen Gesundheitswesen, *Soz.-Präventivmed.* 49, S. 152–160.
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (1999): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz und Beteiligung [Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen]*, Baden-Baden: Nomos.
- Baecker, D. (2008): Zur Krankenbehandlung im Krankenhaus. In Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 39–62.
- Bagott, R./Allsop, J./Jones, K. (2005): *Speaking for patients and carers: health consumer groups and the policy process*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Baldock, J. (2003): On being a welfare consumer in a consuming society, *Social policy and society*, 2 (1), S. 65–71.
- Balkhausen, I. (2007): *Der Staat als Patient. Rudolf Virchow und die Erfindung der Sozialmedizin von 1848*, Marburg: Tectum Verlag.
- Bandelow, N. C. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie, *APuZ*, B 33–34/, S. 14–20.

- Bandelow, N. C./Schade, M. (2009): Wettbewerbliche Transformation im ambulanten Sektor: Governanceformen und Zielpräferenzen im Wandel. In Böckmann, R. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 91–116.
- Barnes, M./Prior, D. (2009): Examining the idea of ‚subversion‘ in public services. In Barnes, M./Prior, D. (Hrsg.): Subversive Citizens. Power, agency and resistance in public services, Bristol: The Policy Press, S. 3–16.
- Bartens, W. (2011): Rettet die Medizin vor der Ökonomie. Harvard-Mediziner warnen vor einer Industrialisierung der Heilkunde, Süddeutsche Zeitung (SZ), 13.10.2011, S. 18.
- Bastian, H./Knelangen, M./Zschorlich, B. (2009): Making information available to patients and the general public: The example of ‚Informed Health Online‘ from Germany. In Edwards, A./Elwyn, G. (Hrsg.): Shared Decision-Making in Health Care, New York: Oxford University Press, S. 185–189.
- Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung der Gesundheit, APuZ 8–9/2006, S. 17–24.
- Bauer, U./Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In Badura, B./Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisationen. Beiträge aus der Versorgungsforschung, Bern: Huber, S. 187–201.
- BDH Bundesverband Rehabilitation (2011): Die Geschichte des BDH. Vom "Kriegerverein" zum modernen Selbsthilfeverband, abrufbar unter: <http://www.bdh-reha.de/de/der-bdh/geschichte-des-bdh.php> (09.10.2011).
- Beck, U./Giddens, A./Lasch, S. (1996): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Benz, A. (2004): Einleitung: Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? In Benz, A. (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–28.
- Beresford, P. (2004): Qualität sozialer Dienstleistungen. Zur zunehmenden Bedeutung von Nutzerbeteiligung. In Beckmann, C./Otto, H.-U./Richter, M./Schrödter, M. (Hrsg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 341–356.
- Billen, G. (2009): Ausgetrickst und angeschmiert. Wie wir Verbraucher uns wehren können, Frankfurt: Westend.
- Blank, F. (2008): New Players Enter the Game: Effects of Marketization of Social Policies, German Policy Studies, 4 (1), S. 107–130.
- Blank, F. (2011): Wohlfahrtsmärkte in Deutschland – Eine voraussetzungsvolle Form der Sozialpolitik, WSI-Mitteilungen 1/2011, S. 11–18.
- Blank, R. H./Bureau, V. (2008): Comparative Health Policy, 2nd ed., Basingstoke: Palgrave.
- Bleker, J. (1997): To Benefit the Poor an Advance Medical Science: Hospitals and Hospital Care in Germany, 1820–1870. In Berg, M./Cocks, G. (Hrsg.): Medicine and Modernity, Washington: Cambridge University Press, S. 17–34.
- Bode, I. (2002): Vom Payer zum Player – oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich. Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung 4/2002. Duisburg.
- Bode, I. (2007): Wohlfahrt. In Benz, A./Lütz, S./Schimank, U./Simonis, G. (Hrsg.): Handbuch Governance. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 404–412.
- Bode, I. (2008): Social citizenship in post-liberal Britain and post-corporatist Germany: curtailed, fragmented, streamlined, but still on the agenda. In Maltby, T./Kennett, P./Rummery, K. (Hrsg.): Social Policy Review 20, Bristol: Policy Press, S. 191–212.
- Boeckh, J./Huster, E.-U./Benz, B. (2006): Sozialpolitik Deutschland, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bogner, A./Menz, W. (2009a): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–34.
- Bogner, A./Menz, W. (2009b): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61–98.
- Bonnemann, C./Reibnitz v., C. (2001): Patientenschulung in der Rheumatologie. Ein Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität. In von Reibnitz, C./Schnabel, P. E./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Weinheim und München: Juventa, S. 201–212.
- Borgetto, B. (2009): Sozialer Wandel und die Bewältigung chronischer Erkrankungen aus individualisierungstheoretischer Perspektive. In Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Huber, S. 247–262.
- Borgetto, B./Kälble, K. (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem, Weinheim und München: Juventa.
- Branden, T./van de Donk, W./Putters, K. (2005): Griffins or Chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the Third Sector, *International Journal of Public Administration*, 28 (9/10), S. 749–766.
- Braun, B. (2009a): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation. In Böckmann, R. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 117–139.
- Braun, B. (2009b): Gesundheitswissenschaftliche Hinweise auf Grenzen des Nutzens der NutzerInnenorientierung in Behandlungsprozessen. In Mozygamba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?, Bern: Huber, S. 31–39.
- Braun, B. (2010): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. In Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2010, Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung, S. 30–42.
- Braun, B./Marstedt, G. (2010): Wie bürgernah sind Selbstverwaltung und Sozialwahlen?, gesundheitsmonitor (Newsletter der Bertelsmann Stiftung), 3/2010, abrufbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6AFED6F0-32F583B5/bst/Newsletter_201003_Sozialwahlen_und_andere_Beteiligungskonzepte.pdf (29.09.2011).
- Bröckling, U. (2005): Gleichgewichtsübungen. Die Mobilisierung des Bürgers zwischen Markt, Zivilgesellschaft und aktivierendem Staat, abrufbar unter <http://www.linksnet.de/de/artikel/19120> (19.04.2010).
- Bröckling, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brune, K. (2007): Arzneimittelgruppenbildung: Individualisierung statt Pauschalisierung, *Dtsch. Arztebl.* 104(9): A-542 / B-477 / C-461.
- Buchholz, E. H. (2010): Der (selbst-)geschützte Patient. Eine gesundheitswissenschaftliche Studie, Baden-Baden: Nomos.
- Büro für Technologiefolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag [TAB] (2008): Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem. Zukunftsreport, Arbeitsbericht Nr. 126, Berlin.
- Büschges, G. (2008): Einführung in die Organisationssoziologie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie [BMWi] (2008): Dritter Nationaler IT-Gipfel: Programm – Personen – Projekte, abrufbar unter <http://www.bmwi.de/BMWi/Navigation/Service/publikationen,did=279732.html> (21.09.2010).
- Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller [BAH] (2010): Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2009. Verordnungsmarkt und Selbstmedikation, Bonn.
- Bundeszentrale für politische Bildung [bpb] (2011): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Nach Einrichtungen und Geschlecht, in absoluten Zahlen, 31.12.2006, abrufbar unter <http://www.bpb.de/files/P5QECU.pdf> (09.10.2011).
- Burau, V./Vrangbæk, K. (2008): Global markets and national pathways of medical re-regulation. In Kuhlmann, E./Saks, M. (Hrsg.): Rethinking professional governance. International directions in healthcare, Bristol: The Policy Press, S. 29–44.
- Calnan, M./Rowe, R. (2008): Trust relations and changing professional governance: theoretical challenges. In Kuhlmann, E./Saks, M. (Hrsg.): Rethinking professional governance. International directions in healthcare, Bristol: The Policy Press, S. 61–76.
- Cassell, D./Ebsen, I./Grefß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsreform vor und nach der Großen Koalition, Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO).
- Charles, C./Gafni, A./Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter. What does it mean? (Or it does at least two to tango), *Social Science & Medicine*, 44, S. 681–692.
- Clarke, J. (2004): Creating Citizen-Consumers: the trajectory of an identity. Paper presented at CASCA annual conference, London, Ontario, 5–9 May, 2004.
- Clarke, J./Newman, J./Smith, N./Vidler, E./Westmarland, L. (2007): Creating Citizen-Consumers: changing relationships and identifications, London: Sage.
- Crouch, C. (2008): Postdemokratie, Bundeszentrale für politische Bildung [bpb]: Bonn.
- Czada, R. (2004): Grenzprobleme zwischen Politik und Markt. In Czada, R./Zintl, R. (Hrsg.): Politik und Markt. PVS-Sonderheft 34. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–30.
- Czada, R. (2007): Markt. In Benz, A./Lütz, S./Schimank, U./Simonis, G. (Hrsg.): Handbuch Governance. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 68–81.
- Czada, R./Lütz, S. (2000): Die politische Konstitution von Märkten. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Dagnino, E. (2007): Participation, citizenship and democracy: perverse confluence and displacement of meanings. In Neveu, C. (Hrsg.): Cultures et Pratiques Participatives: Perspectives Comparatives. Paris: L'Harmattan, S. 353–370.
- Danner, M./Nachtigäller, C./Renner, A. (2009): Entwicklungslinien der Gesundheitsselbsthilfe, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52 (1), S. 3–10.
- Dehlinger, E. (2005): Gesundheitspolitik – Unabhängige Patientenberatung, *Soziale Sicherheit*, 54 (10), S. 324–31. Department of Health (2007): Choosing health: Making healthy choices easier – Executive summary, abrufbar unter http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4095034 (17.10.2011).
- Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement [DGbV] (2011): Die DGbV stellt sich vor, abrufbar unter <http://www.dgbv-online.de> (10.10.2011).
- Dierks, M.-L. (2009): Patientenuniversität – Wege zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Beteiligung. In Mozygamba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.), Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?, Bern: Huber, S. 93–106.

- Dierks, M. L./Schwartz, F. W. (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer, S. 314–321.
- Dierks, M.-L./Seidel, G. (2009): Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung – Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland. In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebing, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt*, Baden-Baden: Nomos, S. 379–393.
- Dierks, M.-L./Diel, F./Schwartz, F. W. (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In Schwartz, F. W. (Hrsg.): *Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer, S. 339–348.
- Dierks, M.-L./Bitzer, E.-M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwartz, F.-A. (2001): *Patientensouveränität – der autonome Patient im Mittelpunkt*, Stuttgart: Akad. für Technikfolgenabschätzung.
- Dieterich, A. (2006): *Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht*. In Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), abrufbar unter <http://skylia.wzb.eu/pdf/2006/i06-310.pdf> (01.06.2011).
- Dieterich, A. (2010): *Krankenversorgung als Hilfe zur Selbsthilfe? Risiken und Nebenwirkungen von Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patienten/-innen für die Versorgungsgestaltung*, Jahrbuch für Kritische Medizin 46: Verantwortung – Schuld – Sühne, Hamburg: Argument, S. 143–161.
- Dowding, K./John, P. (2008): The Three Exit, Three Voice and Loyalty Framework: A Test with Survey Data on Local Services, *Political Studies*, 56 (2), S. 288–311.
- Dowding, K./John, P./Mergoupis, T./van Vugt, M. (2000): Exit, voice and loyalty: Analytic and empirical developments, *European Journal of Political Research* 37, S. 469–495.
- Düver, S. (2009): *Nutzerorientierung aus der Sicht der PatientInnen*. In Mozygemba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.): *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?*, Bern: Huber, S. 83–92.
- Edwards, M. (2004): *Civil Society*, Oxford: Polity Press.
- Edwards, A./Elwyn, G. (2009): *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. In Edwards, A./Elwyn, G. (Hrsg.): *Shared Decision-Making in Health Care*, New York: Oxford University Press, S. 3–10.
- Elkeles, T./Kirschner, W./Graf, C./Kellermann-Mühlhoff, P. (2008): *Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER, Gesundheits- und Sozialpolitik*, Ausgabe 1/08, S. 10–18.
- Engst, K. (2008): *Patientenpflichten und -lasten. Eine rechtsdogmatische und systematische Untersuchung zur Mitwirkungsverantwortung eines Patienten im Rahmen der medizinischen Behandlung*, Berlin: Duncker & Humblot.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Eßer, W. (2008): *Zahnersatz – Durchblick bei Angebot und Preis?* In *Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen* (Hrsg.): *Markttransparenz im Gesundheitswesen*, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 129–138.
- Etgeton, S. (2008): *Eine Ware wie jede andere oder ein Gut besonderer Art? Zu Fragen der Regulierung und Liberalisierung des Vertriebs von Arzneimitteln*. In *Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen* (Hrsg.): *Markttransparenz im Gesundheitswesen*, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 52–62.
- Etgeton, S. (2009a): *Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen – Anforderungen an die*

- Gesundheits- und Verbraucherpolitik. In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebbling, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt*, Baden-Baden: Nomos, S. 241–264.
- Etgeton, S. (2009b): Perspektiven der Sicherung und Entwicklung von Qualität und der Einbezug von Patientensicht – Zukunftsmodell? In Bandelow, N. C./Eckert, F./Rüsenberg, R. (Hrsg.): *Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 97–106.
- Etgeton, S. (2009c): Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52 (1), S. 104–110.
- Etgeton, S. (2009d): Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. In Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 222–228.
- Evers, A. (2006): Mixed Governance. Regieren in der Sozialpolitik. Eine Einleitung, *Zeitschrift für Sozialreform*, 52 (2), S. 141–149.
- Evers, A. (2008): Investiv und aktivierend oder ökonomistisch und bevormundend? Zur Auseinandersetzung mit einer neuen Generation von Sozialpolitiken. In Evers, A./Heinze, R. G. (Hrsg.): *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 229–252.
- Evers, A. (2010a): Civicness, civility and their meanings for social services. In Brandsen, T./Dekker, P./Evers, A. (Hrsg.): *Civicness in the Governance and Delivery of Social Services*, Baden-Baden: Nomos, S. 41–66.
- Evers, A. (2010b): Zivilgesellschaft, Engagement und soziale Dienste. In Olk, T./Klein, A./Hartnuß, B. (Hrsg.): *Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 282–302.
- Evers, A./Ewert, B. (2010): Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen. In Klatetzki, T. (Hrsg.): *Soziale Dienstleistungsorganisationen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 103–128.
- Evers, A./Heinze, R. G. (2008): *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Evers, A./Laville, J. L. (2004): *The third sector in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Evers, A./Leggewie, C. (1999): Der ermunternde Staat – Vom aktiven Staat zur aktivierenden Politik, *Gewerkschaftliche Monatshefte*, 50 (6), S. 332–334.
- Evers, A./Nowotny, H. (1987): *Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Evers, A./Olk, T. (1995): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ewert, B. (2009): Economization and Marketization in the German Healthcare System: How Do Users Respond?, *German Policy Studies*, 5 (1), S. 21–44.
- Ewert, B./Evers, A. (2012): Co-Production: Contested meanings and challenges for user organizations. In Brandsen, T./Pestoff, V./Verschuere, B. (Hrsg.): *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production*, London: Routledge, S. 61–78, erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2012.
- Expert Patients Programme (2011): *Control your condition don't let it control you*, abrufbar unter <http://www.expertpatients.co.uk/> (09.10.2011).
- Eysenbach, G. (2001): What is e-health?, *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), S. e20.
- Felt, U./Bister, M. D./Strassnig, M./Wagner, U. (2009): Refusing the information paradigm: informed consent. Medical research, and patient participation, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 13 (1), S. 87–106.
- Felt, U./Gugglberger, L./Mager, A. (2009): Shaping the future e-patient: The citizen-patient in public discourse on e-health, *Science Studies*, 22 (1), S. 24–43.

- Forum Gesundheitspolitik (2011): Meilensteine der Gesundheitspolitik in Deutschland. Zeitepoche 1994–2009, abrufbar unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/meilensteine/meilensteine.pl?content=1994-2009> (09.10.2011).
- Fotaki, M. (2009): Are all consumers the same? Choice in health, social care and education in England and elsewhere, *Public money & management*, 29 (2), S. 87–94.
- Foucault, M. (2004): Geschichte der Gouvernementalität I+II: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung / Die Geburt der Biopolitik. Aus dem Französischen von Claudia-Konersmann und Jürgen Schröder, Vorlesungen am Collège de France 1977–79, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Francke, R./Mühlenbruch, S. (2004): Patientenberatung in Deutschland – Zum Ende der ersten Förderphase nach § 65b SGB V. *Gesundheits- Recht, Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht* 3, Nr. 5, S. 161–166.
- Frauenselbsthilfe nach Krebs [FSH] (2011): Gesundheitspolitische Interessenvertretung. abrufbar unter <http://www.frauenselbsthilfe.de/wie-wir-es-tun/interessenvertretung/> (09.10.2011).
- Freeman, R. (2000): *The politics of health in Europe*. Manchester: Manchester University Press.
- Freeman, R./Rothgang, H. (2010): Health. In Castles, F. G./Leibfried, S./Lewis, J./Obinger, H./Pierson, C. (Hrsg.): *The Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, Chapter 25, S. 367–377.
- Fretschner, R./Heinze, R. G./Hilbert, J. (2003): Die Gesundheitswirtschaft – ein Wirtschaftskluster im Stress, aber mit guten Aussichten, Arbeitspapier, Bochum/Gelsenkirchen, abrufbar unter <http://www.sowi.rub.de/heinze/veroeff.html.de> (12.09.2011).
- Frevel, B./Dietz, B. (2008): *Sozialpolitik kompakt*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gadamer, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Geene, R. (2000): AIDS-Politik. Ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung, Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Geene, R./Huber, E./Hundertmark-Mayser, J./Möller-Bock, B./Thiel, W. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52 (1), S. 11–20.
- Geisler, L. S. (2004): Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. In *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 09/04, 129, S. 453–456.
- Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] (2007): Bericht der Arbeitsgruppe Zuzahlung des UA Prävention zum Regelungsauftrag des § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V, Stand: 30.05.2007.
- Gensichen, J./Rosemann, T. (2007): Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten, *Z Allg Med*; 07/83, S. 483–486.
- Gensichen, J./Muth, C./Butzlaff, M./Rosemann, T./Raspe, H./Müller de Cornejo, G./Beyer, M./Härter, M./Müller, U. A./Angermann, C. E./Gerlach, F. M./Wagner, E. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung, *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes.* 06/100, S. 365–374.
- Gerber, G. (2006): (K)eine Stimme für Patienten? Zur Arbeit von Patientenorganisationen während der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004. In Gellner, W./Wilhelm, A. (Hrsg.): *Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur?*, Baden-Baden: Nomos, S. 58–86.
- Gerhardus, A./Breckenamp, J./Razum, O./Schmacke, N./Wenzel, H. (2010): *Evidence-based Public Health*, Bern: Huber.
- Gerlinger, T. (2009a): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In Mozygemba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels,

- N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?, Bern: Huber, S. 17–30.
- Gerlinger, T. (2009b): Wettbewerb und Patientenorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In Böckmann, R. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 19–42.
- Gerlinger, T. (2009c): Einführung zum dritten Teil. In Gellner, W./Schmöller, M. (Hrsg.): Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften. Baden-Baden: Nomos, S. 145–149.
- Gerlinger, T. (2009d): Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheits- und Sozialpolitik, Ausgabe 3–4/09, S. 12–17.
- Gerlinger, T. (2010): Health Care Reform in Germany, German Policy Studies, 6 (1), S. 107–142.
- Gerlinger, T./Schmucker, R. (2009): A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System, German Policy Studies, 5 (1), S. 3–20.
- Gerlinger, T./Stegmüller, K. (2009): Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik. In Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 137–161.
- Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R. (2008): Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas, Blätter für deutsche und internationale Politik, 53 (10), S. 107–116.
- Gesetzliche Krankenversicherung [GKV] (2011): Die GKV. Gesundheit mit Geschichte. abrufbar unter <http://www.g-k-v.de/gkv/index.php?id=71> (11.10.2011).
- Gesundheitsinformation.de (2011): Startseite, abrufbar unter <http://www.gesundheitsinformation.de/index.de.html> (11.10.2011).
- Gesundheitsziele (2011): Welche Struktur hat gesundheitsziele.de?, abrufbar unter <http://www.gesundheitsziele.de/> (09.10.2011).
- Geuter, G./Weber, J. (2009): Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Internets. In Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld.
- Giddens, A. (1991): Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age, Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1992): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Giddens, A. (1998): Der dritte Weg, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Giddens, A. (2003): The Progressive Manifesto. London: policy network.
- Giese, C. (2002): Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, Münster: LIT.
- Gläser, J./Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaeske, G. (2005): Bessere Gesundheitsvorsorge zum Nutzen der Patientinnen und Patienten. Steuerungen aus den Perspektiven Qualität und Ökonomie. In Helmert, U./Schumann, H./Jansen-Bitter, H. (Hrsg.): Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert, Augsburg: MaroVerlag, S. 169–187.
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine Publishing Company.
- GKV-Spitzenverband (2011): Alle gesetzlichen Krankenkassen, abrufbar unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet> (09.10.2011).

- Götze, R./Cacace, M./Rothgang, H. (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, *Zeitschrift für Sozialreform (ZSR)*, 55 (2), S. 149–175.
- Goldman, D. G./Johnson, E. J./Herrmann, A./Heitmann, M. (2008): Tool Kit: Nudge Your Customers Toward Better Choices, *Harvard Business Review*, December 2008, S. 99–105.
- Graf, C. (2006): Disease Management Programme und Integrierte Versorgung, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Ausgabe 5–6/06, S. 10–20.
- Graf, C. (2008): Verbesserung der Chronikerversorgung: welchen Einfluss haben DMP und Hausarztmodelle. In Böcken, J./Braun, B./Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 121–141.
- Graf, C./Ullrich, W./Marschall, U. (2008): Nutzenbewertung der DMP mellitus, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Ausgabe 1/08, S. 19–30.
- Greiner, W. (2010): Evidence-based Public Health aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In Gerhardus, A./Breckenamp, J./Razum, O./Schmacke, N./Wenzel, H. (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*, Bern: Huber, S. 83–92.
- Greß, St./Höppner, K./Marstedt, G./Rothgang, H./Tamm, M./Wasem, J. (2008): Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen. In Braun, B./Greß, St./Rothgang, H./Wasem, J. (Hrsg.): *Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin: Edition sigma, S. 19–89.
- Greß, S./Rothgang, H. (2008): Hirschmanns Konzept: Exit, Voice and Loyalty in der GKV. In Braun, B./Greß, St./Rothgang, H./Wasem, J. (Hrsg.): *Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin: Edition sigma, S. 11–18.
- Grözinger, G./Maschke, M./Offe, C. (2006): *Die Teilhabegesellschaft. Modell eines neuen Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt a. M.: Campus.
- Großkinsky, S. (2009): Der Patient als Subjekt in der Gesundheitsversorgung – Perspektive der Salutogenese. In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebling, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, Baden-Baden: Nomos, S. 17–33.
- Haarmann, A./Klenk, T./Weyrauch, P. (2010): Exit, Choice – and What About Voice?, *Public Management Review*, 12 (2), S. 213–232.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1995): *Dienstleistungsgesellschaften*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hamann, J./Mendel, R. T./Lienert, A./Uebele, G./Kissling, W. (2008): Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste – eine deutschlandweite Umfrage, *Psychiatrische Praxis* 35, S. 122–127.
- Hanker, T./Vauth, C./Mittendorf, T./Schulenburg Graf v. d., J.-M. (2008): Bereitstellung von Gesundheitsinformationen durch Krankenkassen – eine empirische Analyse, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5/08, S. 21–27.
- Hartmann, A. (2011): Soziale Dienste: Merkmale, Aufgaben und Entwicklungstrends aus der Perspektive soziologischer Theorien. In Evers, A./Heintze, R. G./Olk, T. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 76–93.
- Hartzband, P./Groopman, J. M. D. (2011): The New Language of Medicine, *The New England Journal of Medicine*, 365 (15), 13.10.2011, S. 1372–1373.
- Hassenteufel, P./Palier, B. (2007): Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems, *Social Policy & Administration*, 41 (6), S. 574–596.
- Heimann, E. ([1929] 1980): *Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Heinze, R. G. (2006): Wandel wider Willen. Deutschland auf der Suche nach neuer Prosperität, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinze, R. G. (2009): Die Rückkehr des Staates? Politische Handlungsmöglichkeiten in unsicheren Zeiten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011): Wirtschaftliche Potenziale des Alters, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hilbert, J. (2008): Gesundheitswirtschaft – Innovationen für mehr Lebensqualität als Motor für Arbeit und Wettbewerbsfähigkeit. In Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2007. Gelsenkirchen, S. 10–24.
- Hilbert, J./Paulus, W./Heinze, R. G. (2008): Der Gesundheitsstandort Haushalt: Mit Telematik in eine neue Zukunft? In Institut Arbeit und Technik (Hrsg.): Forschung aktuell, 11/08, S. 1–13.
- Hillebrand, J. (2008): Das Arztbild im Wandel. In Gellner, W./Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel, Baden-Baden: Nomos, S. 61–97.
- Hirschman, A. O. (1970): Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Cambridge: Harvard University Press.
- Hölling, G. (2006): Unabhängige Patientenberatung in der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP). In Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Huber, S. 247–256.
- Holzinger, K. (2002): Ökonomische Theorien der Politik: Eine Einführung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Hopf, C. (1978): Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung, Zeitschrift für Soziologie, (7), S. 97–115.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim und München: Juventa.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] (2011a): Gesetzliche Grundlagen des IQWiG, abrufbar unter <https://www.iqwig.de/gesetzliche-grundlage.933.html> (09.10.2011).
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] (2011b): Organe und Gremien, abrufbar unter <https://www.iqwig.de/organe-gremien.23.html> (09.10.2011).
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit [IQWiG] (2011c): Aufgaben und Ziele des IQWiG, abrufbar unter <https://www.iqwig.de/ueber-uns.21.html?random=95dfc8> (11.10.2011).
- Jann, W./Wegrich, K. (2004): Governance und Verwaltungspolitik. In Benz, A. (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 193–214.
- Jones, G./Needham, C. (2008): Consumerism in public services – for and against, Public money and management, 28 (2), S. 70–76.
- Jordan, I. (2007): Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende, Frankfurt a. M.: Campus.
- Kahrs, M. (2007): Gesundheitskompetenz. Individuelle Fähigkeiten als Grundlage selbstgesteuerten Gesundheitshandelns. In Helmert, U./Braun, B./Milles, D./Rothgang, H. (Hrsg.): Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin. Festschrift für Rainer Müller, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 59–74.
- Kallscheuer, O. (2008): Do we need philosophical foundations of subsidiarity?, paper presented at International Seminar: Towards a subsidar society?, Nova Universitas Foundation, University of Bologna 28th–29th November 2008.

- Kardorff v., E. v (2009): Experten und Laien im Gesundheitswesen: Voraussetzungen und Dynamiken ihrer Kooperationsbeziehungen. In Röhrle, B./Laireiter, A.-R. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und Psychotherapie, Tübingen: dgvt-Verlag, S. 255–273.
- Kartte, J./Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt, Studie von Roland Berger Strategy Consultants, München: Amsterdam.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV] (2008): KZBV Jahrbuch 2008, Köln: KZBV.
- Kaufmann, F.-X. (2003): Varianten des Wohlfahrtsstaats: Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kaufmann, F.-X. (2005): Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen, 2., erweiterte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, U./Kluge, S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske & Budrich.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. (2007): Responding to health society, *Health Promotion International*, 22(2), S. 89–91.
- Kickbusch, I. (2009): Policy Innovations for Health. In Kickbusch, I. (Hrsg.): *Policy Innovation for Health*, Berlin: Springer. S. 1–23.
- Kickbusch, I./Marstedt, G. (2008): Gesundheitskompetenz eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In Böcken, J./Braun, B./Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 12–28.
- Klemm, A.-K. (2009): Mehr Versicherungssouveränität durch Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung. In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebling, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, Baden-Baden: Nomos, S. 329–346.
- Klemperer, D. (2005): Der Patient als Mitgestalter der gesundheitlichen Versorgung. In Badura, B./Iseringhausen, O. (Hrsg.): *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisationen. Beiträge aus der Versorgungsforschung*, Bern: Huber, S. 202–214.
- Klemperer, D. (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebling, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt*, Baden-Baden: Nomos, S. 139–155
- Kliemt, H. (2006): Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung. In Schöne-Seifert, B./Buyx, A. M./Ach, J. S. (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Paderborn: mentis Verlag, S. 91–106.
- Knappe, E. (2007): Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich. *Arbeitspapier Nr.8/2007*, Zentrum für Sozialpolitik Bremen.
- Knieps, F. (2009): Zwischen Ideologie und Wirklichkeit – Zur Gesundheitspolitik in der 17. Legislaturperiode, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 3–4/09, S. 18–25.
- Knoll, N./Burkert, S. (2009): Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke als Ressource der Krankheitsbewältigung. In Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, Bern: Huber, S. 223–246.
- Kötter, C./Maßing, E. (2008): Wettbewerb im Hilfsmittelmarkt, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 4/08. S. 48–52.
- Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, abrufbar unter <http://www.cdu.de/portal2009/29145.htm> (17.05.2011).
- Koch, K./Sawicki, P. (2009): Qualität im Gesundheitswesen basiert auf Wissenschaft. In Bandelow, N. C./Eckert, F./Rüsenberg, R. (Hrsg.): *Gesundheit 2030. Qualitätsorientie-*

- rung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 122–127.
- Koch, U./Trojan, A. (2009): Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen (Editorial), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52 (1), S. 1–2.
- Kolip, P./Wydler, H./Abel, T. (2002): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In Kolip, P./Wydler, H./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa, S. 11–20.
- Knüppel, D. (2003): Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA, Das Krankenhaus, 95 (5), S. 387–391.
- Kühn, H. (2001): Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. In Michaelis, W. (Hrsg.): Der Preis der Gesundheit: Perspektiven zur Gesundheitspolitik, Landsberg/Lech: Ecomed-Verlag, S. 1–25.
- Kuhlmann, E. (2005): Die Ambivalenzen zwischen Patientenorientierung und PatientInneninteressen. In Helmert, U./Schumann, H./Jansen-Bitter, H. (Hrsg.): Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert, Augsburg: MaroVerlag, S. 51–67.
- Kuhlmann, E. (2006): *Modernizing Health Care*, Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann, E. (2008): *Governing beyond markets and managerialism: professions as mediators*. In Kuhlmann, E./Saks, M. (Hrsg.): *Rethinking professional governance. International directions in healthcare*, Bristol: The Policy Press, S. 45–61.
- Kuhlmann, E./Allsop, J. (2008): Professional self-regulation in a changing architecture of governance: comparing health policy in the UK and Germany, *Policy and politics*, 36 (2), S. 173–190.
- Kuhlmann, E./Burau, V. (2008): The ‚Healthcare State‘ in Transition, *European Societies*, 10 (4), S. 619–634.
- Kuhlmann, E./Saks, M. (2008a): Changing Patterns of health professional governance. In Kuhlmann, E./Saks, M. (Hrsg.): *Rethinking professional governance. International directions in healthcare*, Bristol: The Policy Press, S. 1–14.
- Kuhlmann, E./Saks, M. (2008b): Health policy and workforce dynamics: the future. In Kuhlmann, E./Saks, M. (Hrsg.): *Rethinking professional governance. International directions in healthcare*, Bristol: The Policy Press, S. 231–244.
- Kramer, T. J. (2006): *WISO: Kostenfaktor Zähne*, Frankfurt a. M.: Campus.
- Kramer, T. J./Dietrich, K. C. (2008): *WISO: Versicherungsratgeber*, Frankfurt a. M.: Campus.
- Kranich, C. (1999): Patientenunterstützung in Deutschland. In Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung. Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*. Baden-Baden: Nomos, S. 305–348.
- Kranich, C. (2004): Patientenkompetenz. Was müssen Patienten wissen und können? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 10/04, 47, S. 950–956.
- Kranich, C. (2006): Patientenunterstützung in Verbraucherzentralen. In Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung*, Bern: Huber, S. 226–235.
- Kranich, C. (2007): Der kompetente Patient: eine Illusion? In Matzick, S. (Hrsg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung, Lage*: Jacobs-Verlag, S. 131–142.
- Krankenkassenratgeber (2011): Bei welcher Krankenkasse zahlen Sie am wenigsten? Abrufbar unter <http://www.krankenkassenratgeber.de/> (09.10.2011).
- Kray, R. (2011): Geleitwort. In Fischer, A./Sibbel, R. (Hrsg.): *Der Patient als Kunde und Konsument*, Wiesbaden: Gabler, S. 5–8.

- Kremer, M./Tonkens, E. (2006): Clients as citizens and consumers – what are the implications for professionals? In Duyvendak, J. W./Knijn, T./Kremer, M. (Hrsg.): *Policy, People and New Professionals*, Amsterdam: Amsterdam University Press, S. 122–136.
- Kriegsblindenbund (2011): *Geschichte des BKD*, abrufbar unter <http://www.kriegsblindenbund.de/cms/geschichte.html> (09.10.2011).
- Krüger, J. (1993): *Der Hamburger Barmbek/Bernbeck-Fall: rechtstatsächliche Abwicklung und haftungsrechtliche Aspekte eines medizinischen Serienschadens*, Frankfurt a. M.: Lang.
- Krugman, P. (2011): Patients are not consumers, *New York Times*, 21.04.11, S. A23, abrufbar unter <http://www.nytimes.com/2011/04/22/opinion/22krugman.html#> (24.04.2011).
- Lamla, J. (2003): *Anthony Giddens*, Frankfurt a. M.: Campus.
- Lamnek, S. (2008): *Qualitative Sozialforschung*, 4. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Lampert, H./Althammer, J. (2004): *Lehrbuch der Sozialpolitik*, 7. Auflage, Berlin: Springer.
- Lamping, W. (2009): *Verbraucherkompetenz und Verbraucherschutz auf Wohlfahrtsmärkten: Neue Herausforderungen an eine sozialpolitische Verbraucherpolitik*, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 78 (3), S. 44–62.
- Lamping, W./Schridde, H. (2004): Der ‚Aktivierende Sozialstaat‘ – ordnungs- und steuerungstheoretische Aspekte. In Lütz, S./Czada, R. (Hrsg.): *Wohlfahrtsstaat. Transformation und Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 41–65.
- Le Grand, J. (1993): Ein Wandel in der Verwendung von Policy-Instrumenten: Quasi-Märkte und Gesundheitspolitik. In Héritier, A. (Hrsg.): *Policy-Analyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 225–244.
- Le Grand, J. (2006): *Motivation, Agency and Public Policy*; 2nd edition, Oxford: Oxford University Press.
- Le Grand, J. (2007): *The other invisible hand*, Princeton: Princeton Univ. Press.
- Lehmann, H. (2008): Auktionsportale für Zahnersatz – Preistransparenz auf heimischem Markt. In *Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen* (Hrsg.): *Markttransparenz im Gesundheitswesen*, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 120–128.
- Lessenich, S. (2008): *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*, Bielefeld: transcript.
- Lütz, S. (1995): Politische Steuerung und die Selbstregulierung korporativer Akteure. In Mayntz, R./Scharpf, F. W. (Hrsg.): *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt a. M.: Campus, S. 169–196.
- Mackmann, G. (2010): Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein?, *Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 10(1), S. 8–15.
- Marshall, T. H. (1965): *Class, citizenship, and social development*, New York: Anchor Books.
- Marstedt, G. (2010): Gesundheitsfragen – Information und Wissen der Bürger. In Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2010*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung, S. 43–90.
- Matzat, J. (2002): Die Selbsthilfe als Korrektiv und "vierte Säule" im Gesundheitswesen, *Neue soziale Bewegungen*, 15 (3), S. 89–97.
- Matzat, J. (2003): Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen – unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung. In Enquête-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" *Deutscher Bundestag* (Hrsg.): *Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat*, Opladen: Leske + Buderich, S. 289–331.
- Matzat, J. (2010a): Experience Report. Self-Help/Mutual Aid in Germany – A 30 Year perspective of a Participant Observer, *International Journal of Self Help & Self Care*, 5 (3), S. 279–294.
- Matzat, J. (2010b): Ehrenamtliches Engagement, kollektive Selbsthilfe und politische Beteiligung im Gesundheitswesen. In Olk, T./Klein, A./Hartnuß, B. (Hrsg.):

- Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 547–570.
- Matzick, S. (2007a): Einleitung: Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. In Matzick, S. (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher, Lage: Jacobs-Verlag, S. 7–16.
- Matzick, S. (2007b): Wissen als integraler Bestandteil von Beratung. In Matzick, S. (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher, Lage: Jacobs-Verlag, S. 39–58.
- Maydell v., B./Kosack, T./Repschläger, U./Sievers, C./Zeljar, R. (2010): Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. In Repschläger, U./Schulte, C./Osterkamp, N. (Hrsg.): Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2010, Düsseldorf, S. 176–191.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Auflage, Weinheim: Beltz.
- MediKompass GmbH (2011): Zahnersatz Preisvergleich vom Experten, abrufbar unter <http://www.zahngebot.de/> (24.11.2011).
- Meichenbaum, D./Turk, D. C. (1994): Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch. Bern: Huber.
- Meuser, M./Nagel, U. (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–60.
- Micklitz, H. W. (2008): Stellung des Verbrauchers/Patienten im liberalisierten Gesundheitsmarkt. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats für Verbraucher- und Ernährungspolitik beim BMELV, abrufbar unter http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/Gesundheitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile (14.01.2011).
- Mojo GmbH (2011): Das Auktionsportal für Zahnersatz, abrufbar unter <https://www.2te-zahnarztmeinung.de/> (24.11.2011).
- Moran, M. (1999): Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester: Manchester University Press.
- Munte, A./Froschauer, S. (2008): Hippokrates als Unternehmer oder: die niedergelassene Ärzteschaft zwischen Solidarsystem und Wettbewerb. In Gellner, W./Schmöller, M. (Hrsg.): Neue Patienten – Neue Ärzte?, Baden-Baden: Nomos, S. 119–134.
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen [NAKOS] (2008): Profil von Nakos – der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen; <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/PROFIL-NAKOS-08-09-18.pdf> (17.02.2010).
- Nestmann, F. (2007): Beratung im Gesundheitswesen – Maximen und Herausforderungen. In Matzick, S. (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsberatung. Strategien für Gesundheitsberufe, Perspektiven für Patienten und Verbraucher, Lage: Jacobs-Verlag, S. 17–38.
- Newman, J. (2005): Remaking governance: people, politics and the public sphere, Bristol: Policy Press.
- Newman, J. (2006): Modernisation and the dynamics of welfare governance, *Zeitschrift für Sozialreform*, 52 (2), S. 165–181.
- Newman, J. (2010): Towards a pedagogical state? Summoning the ‘empowered’ citizen, *Citizenship Studies*, 14 (6), S. 711–723.
- Newman, J./Clarke, J. (2009): *Publics, Politics and Power. Remaking the Public in Public Services*, London: Sage.
- Newman, J./Kuhlmann, E. (2007): Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany, *Journal of Social Policy*, 17 (2), S. 99–111.

- Newman, J./Vidler, E. (2006): Discriminating customers, responsible patients, empowered users: consumerism and the modernisation of health care, *Journal of Social Policy*, 35 (2), S. 193–209.
- Nullmeier, F. (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten? In Süß, W. (Hrsg.): *Deutschland in den neunziger Jahren*, Opladen: Leske + Budrich, S. 269–284.
- Nullmeier, F. (2003): Bürgergesellschaft und Wohlfahrtsmärkte. In Allmendinger, J. (Hrsg.): *Entstaatlichung und soziale Sicherung*, Opladen: Leske + Budrich, S. 961–974.
- Nullmeier, F. (2004): Vermarktlichung des Sozialstaats, *WSI Mitteilungen* 9/2004, S. 495–500.
- Nullmeier, F. (2008): Vom Korporatismus zur Verwaltungsdemokratie – Ein Versuch die soziale Selbstverwaltung zivilgesellschaftlich zu verstehen, In Leggewie, C./Sachße, C. (Hrsg.): *Soziale Demokratie, Zivilgesellschaft und Bürgertugenden*. Festschrift für Adalbert Evers, Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 93–112.
- Nutbeam, D. (1998): Health Promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, S. 349–364.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century, *Health Promotion International* 15/2000, S. 259–267.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2002): *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oehler, A./Reisch, L. A. (2008): Behavioral Economics? eine neue Grundlage für Verbraucherpolitik? Eine Studie im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes, abrufbar unter <http://www.vzbv.de/go/dokumente/822/1/89/index.html> (29.10.2011).
- Offe, C. (2002): Staat, Markt und Gemeinschaft. Gestaltungsoptionen im Spannungsfeld dreier politischer Ordnungsprinzipien. In Meyer, T./Weil, R. (Hrsg.): *Die Bürgergesellschaft. Perspektiven für Bürgerbeteiligung und Bürgerkommunikation*, Bonn: Dietz, S. 65–84.
- Olk, T. (2011): Dienstleistungsbeziehungen: Bürger, Nutzer, Konsumenten und Koproduzenten. In Evers, A./Heinze, R. G./Olk, T. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 482–498.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD] (2008): *OECD-Wirtschaftsberichte Deutschland*, darin: Kapitel 6 – Auf dem Weg zu einer zukunftsfähigeren Finanzierung des Gesundheitssystems, OECD, S. 159–186.
- Ose, D. (2008): Patientenberatung. In Bals, T./Hanses, A./Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten*, Weinheim und München: Juventa, S. 265–278.
- Osterhammel, J. (2009): *Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts*, München: C.H. Beck.
- Ottawa Charta (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, abrufbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (30.10.2011).
- Otto, H.-U./Ziegler, H. (2010): Political Uses of the Capability Approach – Capabilities as an Educational Task in the Production of Well-Being. In Otto, H.-U./Ziegler, H. (Hrsg.): *Education, Welfare and the Capabilities Approach. A European Perspective*, Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers, S. 231–238.
- Palmowski, S./Vogel, K. (2008): Marktsituation im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. In *Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen* (Hrsg.): *Markttransparenz im Gesundheitswesen*, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 96–103.
- Paquet, R. (2009): Herausforderung für die Leistungserbringer: Von Kollektiv- zu Einzelverträgen. In Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 147–151.

- Parsons, T. (1951): *The Social System*. New York/London: Free Press.
- Pfaff, H./Scheibler, F. (2006): Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus: Standardisierung und Individualisierung als Trends. In Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46/06*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 432–443.
- Polanyi, K. ([1944] 1978): *The Great Transformation*, 1st edition, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Potvin, L. (2007): *Managing Uncertainty Through Participation*. In McQueen, D. V./Kickbusch, I./Potvin, L. (Hrsg.): *Health and modernity: the role of theory in health promotion*, Berlin: Springer, S. 103–129.
- Potvin, L./McQueen, D. V. (2007): *Modernity, Public Health, and Health Promotion*. In McQueen, D. V./Kickbusch, I./Potvin, L. (Hrsg.): *Health and modernity: the role of theory in health promotion*, Berlin: Springer, S. 12–20.
- Powell, M./Greener, I. (2009): *The healthcare consumer*. In Simmons, R./Powell, M./Greener, I. (Hrsg.): *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Bristol: The Policy Press: S. 99–118.
- Prime Minister's Strategy Unit (2006): *The UK Government's Approach to Public Service Reform*, London, abrufbar unter: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/work_areas/public_service_reform.aspx (01.06.2011).
- Prior, D. (2009): *Policy, power and the potential for counter-agency*. In Barnes, M./Prior, D. (Hrsg.): *Subversive Citizens. Power, agency and resistance in public services*, Bristol: The Policy Press, S. 17–32.
- Private Krankenversicherung [PKV] (2011): *Zahlen zur privaten Krankenversicherung*, abrufbar unter <http://www.pkv.de/zahlen/> (09.10.2011).
- Prognos AG (2008): *Wissenschaftliche Begleitung des weiterentwickelten Modellvorhabens nach § 65b SGB V: Auswertung der ersten Nutzerbefragung der UPD*, Auftraggeber: Spitzenverbände der Krankenkassen, Basel/Berlin/Düsseldorf.
- Prognos AG (2009): *Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V: Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung*, Auftraggeber: GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Prognos AG (2010): *Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V: Unabhängige Patientenberatung in Deutschland, Kurzfassung des zweiten Zwischenberichts*; Auftraggeber: GKV-Spitzenverband; abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/100218_UPD_Zwischenbericht_II_Kurzfassung_12044.pdf (06.05.2010).
- Przyborski, A./Wohlraab-Sahr, M. (2008): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Raspe, H. (2006): *Priorisierung medizinischer Leistungen: von der Theorie zur Praxis*. In Schöne-Seifert, B./Buyx, A. M./Ach, J. S. (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Paderborn: mentis Verlag, S. 107–120.
- Rechtien, W. (1998): *Beratung – Theorien, Modelle, Methoden*. München, Wien: Profil.
- Rehm, M./Zündel, M. (2009): *Auf dem Weg zum Nutzer – Zur Entwicklung einer Konzeption*. In Mozygemba, K./Mümken, S./Krause, U./Zündel, M./Rehm, M./Höfling-Engels, N./Lüdecke, D./Qurban, B. (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?*, Bern: Huber, S. 65–71.
- Reiners, H. (2006): *Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen*. In: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.
- Reiners, H. (2009a): *Die Gesundheitspolitik nach dem GKV-WSG – Zur Dialektik von politischer Verantwortung und Wettbewerb*, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2/09, S. 11–16.
- Reiners, H. (2009b): *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern: Huber.

- Rheuma-Liga (2011): Leitbild, abrufbar unter http://www.rheuma-liga.de/uploads/0/drl_leit_bild_final.pdf (09.10.2011).
- Rice, T. (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Richter, S./Rehder, H./Raspe, H. (2009): Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen, Deutsches Ärzteblatt, 106 (26), S. 433–439.
- Rie, M. A. (1990): Ökonomische Grenzen der Lebensrettung? Zur Mikroallokation in der Gesundheitspolitik. In Sachße, C./Engelhardt, T. H. (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 272–288.
- Riechmann, M./Günther, W./Blättner, B. (2008): Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Ausdruck von Patientenorientierung?, Gesundheits- und ökonomisches Qualitätsmanagement, 13, S. 71–75.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage, Bern: Huber.
- Roski, R. (2009a): Vorwort. In Roski, R. (Hrsg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. V–VIII.
- Roski, R. (2009b): Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen – Business Marketing, Social Marketing und Zielgruppensegmentierung. In Roski, R. (Hrsg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 3–32.
- Roth, R./Rucht, D. (2008): Die sozialen Bewegungen in Deutschland seit 1945: ein Handbuch, Frankfurt a. M.: Campus.
- Rothgang, H./Preuss, M. (2008): Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik. In Evers, A./Heinze, R. G. (Hrsg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31–48.
- Ruckstuhl, B. (2011a): Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive, Weinheim und München: Juventa.
- Ruckstuhl, B. (2011b): 25 Jahre Ottawa-Charta: Ein Blick zurück in die Zukunft, prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 34 (3), S. 66–70.
- Rüb, F. W. (2003): Vom Wohlfahrtsstaat zum „manageriellen Staat“? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in deutschen Sozialpolitik. In Czada, R./Zintl, R. (Hrsg.): Politik und Markt. PVS – Sonderreihe 34/2003, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 258–299.
- Rutz, S. (2006): Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland, Lohmar-Köln: Eul.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (1996): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung (Sondergutachten 1996), Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (1998): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung (Sondergutachten 1997), Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung, Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen, Baden-Baden: Nomos.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2009): Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Sondergutachten), Kurzfassung, Bonn.
- Salzburger Erklärung (2011): Die Salzburger Erklärung zur partizipativen Entscheidungsfindung, abrufbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-36717703-4F416780/bst/hs.xsl/107204_107213.htm (11.10.2011).
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer, Bern: Huber.
- Schaeffer, D. (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Huber, S. 15–54.
- Schaeffer, D./Dierks, M. L. (2006): Patientenberatung in Deutschland. In Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Huber, S. 67–92.
- Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (2006): Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Huber, S. 7–18.
- Scheibler, F. (2004): Shared Decision Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber.
- Scherenberg, V./Greiner, W. (2008): Präventive Bonusprogramme – Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas. Bern: Huber.
- Schmacke, N. (2005): Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Bonn/Bad Homburg: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Schmid, E./Weatherly, J. N./Meyer-Lutterloh, K./Seiler, R./Lägel, R. (2008): Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management, Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV).
- Schmidt, B. (2010): Die Sanierung der Eigenverantwortung – Oder: Vom Gesundheitsgehorsam zur Gesundheitsermächtigung, Jahrbuch für Kritische Medizin 46: Verantwortung – Schuld – Sühne, Hamburg: Argument, S. 51–68.
- Schmidt, M. G. (2005): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Kaehler, S. (2005): Gesundheitsberatung im Internet. Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. Dissertation, Bielefeld, abrufbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975479911&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=975479911.pdf (01.06.2011).
- Scholtes, F. (2005): Warum es um Verwirklichungschancen gehen *soll*: Amartya Sens Capability-Ansatz als normative Ethik des Wirtschaftens. In Volkert, J. (Hrsg.): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. Amartya Sens Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23–46.
- Schütte-Bäumner, C. (2007): Que(e)r durch die Soziale Arbeit. Professionelle Praxis in den AIDS-Hilfen, Bielefeld: transcript.
- Schubert, K. (2003): Innovation und Ordnung. Grundlagen einer pragmatischen Theorie der Politik, Münster: LIT.
- Schuldzinski, W. (2008): Individuelle Gesundheitsleistungen: Ist Gesundheit Luxus? In Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen. Beiträge zu einer kontroversen Diskussion, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 64–73.
- Schulte-Sasse, H. (2004): Das Krankenhaus der Zukunft. In Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VSA-Verlag, S. 163–174.
- Sen, A. (1993): Capability and Well-Being. In Nussbaum, M. C./Sen, A. (Hrsg.): The Quality of Life, Oxford: Oxford University Press, S. 30–53.

- Sen, A. (1999): *Development as Freedom*, Oxford: Oxford Univ. Press.
- Sen, A. (2007): *Die Identitätsfalle. Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt*. München: C.H. Beck.
- Sen, A. (2009): *The Idea of Justice*, London: Penguin books.
- Sennett, R. (2003): *Respect in a world of inequality*. Norton and Company: New York/London.
- Sibbel, R. (2011): Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt. In Fischer, A./Sibbel, R. (Hrsg.): *Der Patient als Kunde und Konsument*, Wiesbaden: Gabler, S. 187–209.
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*, München, Urban & Fischer.
- Simmons, R./Powell, M. (2009): Conclusion: the consumer in public services. In Simmons, R./Powell, M./Greener, I. (Hrsg.): *The consumer in public services. Choice, values and differences*, Bristol: Policy Press, S. 255–280.
- Simon, D./Härter, M. (2009): Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Alltag? In Klusen, N./Fließgarten, A./Nebling, T. (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, Baden-Baden: Nomos, S. 156–169.
- Smith, N. C./Goldstein, D. G./Johnson, E. J. (2009): *Smart Defaults: From Hidden Persuaders to Adaptive Helpers*, INSEAD Business School Research Paper No. 2009/03/ISIC, abrufbar unter <http://ssrn.com/abstract=1116650> (25.05.2011).
- Steinke, I. (2008): Gütekriterien der qualitativen Forschung. In Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 6. Auflage, Reinbek: Rowohlt, S. 319–331.
- Stichweh, R. (2008): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 329–344.
- Stiftung Health on the Net [HON] (2011): *Der HONcode in Kürze*, abrufbar unter <http://www.hon.ch/HONcode/German/?HON%1fConduct987923> (11.10.2011).
- Straub, C./Dietrich, E. S. (2008): Morbi-RSA – Das Ende der DMP?, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Ausgabe 1/08, S. 31–33.
- Strauss, A./Corbin, J. (2008): *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 3rd edition, London: Sage.
- Sunstein, C. R./Thaler, R. H. (2003): Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron, *The University of Chicago Law Review*, 70 (4), S. 1159–1202.
- Taylor-Gooby, P. (1999): Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets, *Journal of Social Policy*, 45 (1), S. 97–114.
- Taylor-Gooby, P. (2008): Choice and values: individualized rational action and social goals, *Journal of Social Policy*, 37 (2), S. 167–186.
- Taylor-Gooby, P. (2009): *Reframing Social Citizenship*, New York: Oxford University Press.
- Techniker Krankenkasse (2011): *Kompetent als Patient. So werden Sie zum Gesundheitspartner für ihren Arzt*, abrufbar unter <http://www.tk.de/tk/hamburg/aktionen-in-der-hamburg/tk-kursreihe-kompetent-als-patient/190976> (09.10.2011).
- Teschl, M./Derobert, L. (2008): Does identity matter? On the relevance of identity and interaction for capabilities. In Comim, F./Qizilbash, M./Alkire, S. (Hrsg.): *The Capability Approach. Concepts, Measures and Applications*, Cambridge: Cambridge University Press, S. 125–156.
- Thaler, R. H./Sunstein, C. R. (2003): Libertarian Paternalism, *The American Economic Review*, 93 (2), S. 175–179.
- Thaler, R. H./Sunstein, C. R. (2009): *Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt*, Berlin: Econ.

- The Economist (2009): Medicine goes digital. A special report on health care and technology, 18.04.2009.
- Theill, C.-F. (2008): Zahnersatz: Alles ist möglich – sparen auch. In Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 104–119.
- Thornton, H. (2009): Evidence-based health care: What roles for patients? In Edwards, A./Elwyn, G. (Hrsg.): Shared Decision-Making in Health Care, New York: Oxford University Press, S. 37–41.
- Trojan, A. (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheits-selbsthilfe. In Schwartz, F. W. (Hrsg.): Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Fischer, S. 321–333.
- Trojan, A. (2010): Patientenselbsthilfe als Akteur in der Gestaltung und Verbesserung des Gesundheitswesens. In Gerlinger, T./Kümpers, S./Lenhardt, U./Wright, M. (Hrsg.): Gesundheit – Gesellschaft – Politik. Bern: Huber, S. 200–210.
- Ullrich, C. G. (2005): Soziologie des Wohlfahrtsstaates. Eine Einführung. New York/Frankfurt a. M.: Campus.
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland [UPD] (2008): Leitbild: Unabhängige Patientenberatung Deutschland, abrufbar unter http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/fileadmin/upd/bugs/dokumente/leitbild/UPD_Leitbild_080828_formatiert.pdf (01.06.2011).
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland [UPD] (2010): Wahltarife behindern Kassenwechsel, Behandlungsfall des Monats April 2010, abrufbar unter [http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/145.html?&tx_ttnews\[tt_news\]=392-&cHash=7f0a28692c](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/145.html?&tx_ttnews[tt_news]=392-&cHash=7f0a28692c) (14.07.2010).
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland [UPD] (2011): UPD-Handbuch zur Modellprojektphase 2006–2010, darin: Kapitel 2: Patientenberatung für türkischsprachige Migrant/innen, abrufbar unter <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/upd-handbuch-kap-c-2.html> (25.05.2011).
- Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands [VdK] (2010): Satzung des Sozialverband VdK Deutschland e. V., abrufbar unter <http://vdk.de/cgi-bin/cms.cgi?ID=de260> (15.09.2011).
- Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands [VdK] (2011): Wir über uns. Der VdK – Ihr starker Partner in Sozialrecht und Sozialpolitik, abrufbar unter <http://vdk.de/cgi-bin/cms.cgi?ID=de2&SID=u-JOKTuiAzrs46wZnivcudAWdomG8JJ> (09.10.2011).
- Verbraucherzentrale Bundesverband [vzbv] (2010): Gesundheitspolitik aus Verbrauchersicht. Hintergrundpapier des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen, abrufbar unter http://www.vzbv.de/mediapics/gesundheitspolitik_verbrauchersicht_hintergrundpapier_vzbv_03_2010.pdf (14.07.2010).
- Verbraucherzentrale Bundesverband [vzbv] (2011): Für ein modernes Patientenrechtgesetz, Stellungnahme des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen, abrufbar unter <http://www.vzbv.de/go/dokumente/982/4/17/index.html> (25.05.2011).
- Vogel, K. (2008): Arzneimittelmarkt im Wandel. In Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf: HPPR Werbeagentur, S. 22–33.
- Vollaart, H. (2009): Analyzing voice and choice in health politics. Conference paper at the ECPR joint sessions, Workshop: Voice and Choice in Health politics, Lisbon, 14–19 April 2009.
- Vries, U. de/Petermann, F. (2005): Patientenschulung – eine Bestandsaufnahme. In Helmert, U./Schumann, H./Jansen-Bitter, H. (Hrsg.): Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert, Augsburg: MaroVerlag, S. 95–119.

- Wagner, E. (2008): Der Arzt und seine Kritiker. Zur Aktivierung authentischer Publika im Krankenhaus. In Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 265–284.
- Wagner, E. H./Austin, B. T./von Korff, M. (1996): Organizing Care for Patients with Chronic Illness, *The Milbank Quarterly*, 74 (4), S. 511–544.
- Wagner, E. H./Austin, B. T./Davis, C./Hindmarsh, M./Schaefer, J./Bonomi, A. (2001): Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action, *Health Affairs*, 20 (6), S. 64–78.
- Walzer, M. (1992): *Zivile Gesellschaft und amerikanische Demokratie*, Hamburg: Rotbuch-Verlag.
- Walzer, M. (1996): *Lokale Kritik – globale Standards*, Hamburg: Rotbuch-Verlag.
- Weisse Liste (2011a): Projekthintergrund, abrufbar unter <http://www.weisse-liste.de/projekthintergrund.316.de.html> (11.10.2011).
- Weisse Liste (2011b): Ziele, abrufbar unter <http://www.weisse-liste.de/ziele.72.de.html> (11.10.2011).
- Wendt, W. R. (2010): Arrangements der Wohlfahrtsproduktion in der sozialwirtschaftlichen Bewerksstellung von Versorgung. In Wendt, W. R. (Hrsg.): *Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege in der Sozialwirtschaft*, Baden-Baden: Nomos, S. 11–52.
- Wildner, M./den Exter, A. P./van der Kraan, W. G. M (2004): The changing role of the individual in social health insurance systems. In Saltman, R. B./Busse, R./Figueras, J. (Hrsg.): *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. New York: Open University Press, S. 248–264.
- Wilkens, K. (2009): Stützstrumpf der Nation, *Die Zeit*, 30.12.2009, Nr. 01, abrufbar unter <http://pdf.zeit.de/2010/01/Apotheken-Umschau.pdf> (01.06.2011).
- Windeler, J. (2006): Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin; *GGW 2/2006* (April), 6.Jg., S. 17–27.
- Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen [WidO] (2008): IGeL-Markt wächst weiter – Die Initiative kommt meist vom Arzt; Pressemitteilung vom 19.08.2008, abrufbar unter: http://wido.de/priv_zusatzleist.html (28.09.09).
- Zillien, N. (2006): *Digitale Ungleichheit: neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zok, K. (2004): Private Zusatzangebote in der Arztpraxis, *WidO-Monitor 2004*, 1 (1), S. 1–7.
- Zok, K. (2006): Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus, *WidO-Monitor 2006*, 3 (1), S. 1–7.
- Zok, K. (2009): Interesse an privaten Zusatzversicherungen. Ergebnisse aus einer repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten, *WidO-Monitor 2009*, 6 (2), S. 1–8.
- Zok, K. (2010): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. *WidO-Monitor 2010*, 7 (2), S. 1–8.
- Zok, K./Schuldzinski, W. (2005): *Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen*, Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO).

Anhang

Anhang 1: Übersicht der geführten Experteninterviews

Interview	Experte/Nutzerorganisation
1	Berater einer Verbraucherzentrale
2	Hauptamtlicher Mitarbeiter der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP)
3	Beraterin der UPD
4	Berater der UPD
5	Beraterin einer Verbraucherzentrale
6	Hauptamtlicher Mitarbeiter einer Verbraucherzentrale
7	Hauptamtliche Mitarbeiterin der Stiftung Warentest
8	Leitungsangestellter des Krebsinformationsdiensts (KID)
9	Leitungsangestellte der BZgA
10	Mitarbeiter des IQWiG / Gesundheitsinformation.de
11	Mitarbeiter der Weissen Liste/Bertelsmann-Stiftung
12	Leitungsangestellte der Patientenuniversität Hannover
13	Hauptamtlicher Mitarbeiter/Berater DAH
14	Ehrenamtlicher Mitarbeiter/Berater einer kleinen Selbsthilfeorganisation
15	Hauptamtliche Mitarbeiterin der FSH
16	Hauptamtliche Mitarbeiterin des Deutschen Diabetiker Bundes (DDB)
17	Hauptamtliche Mitarbeiterin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.
18	Ehrenamtlicher Mitarbeiter/Berater einer kleinen Selbsthilfeorganisation
19	Hauptamtlicher Mitarbeiter der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
20	Hauptamtlicher Mitarbeiter der BAG-Selbsthilfe
21	Patientenbeauftragte des Landes Berlin
22	Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Hinweis:

Auf weitere Informationen (z. B. exakte Tätigkeitsbeschreibung, Standort der Organisation usw.) muss verzichtet werden, um die Anonymität der interviewten Experten zu wahren. Die

Transkripte der 22 Experteninterviews können auf Nachfrage vom Verfasser vorgelegt werden.

Hinweise zu den Typen von Nutzerorganisationen:

Interview 1–7: Allgemeine Nutzerberatung

Interview 8–12: Nutzer- und Patienteninformation bzw. -edukation

Interview 13–17: Patientenorganisationen

Interview 18–20: Selbsthilfe

Interview 20–22: Institutionelle Nutzer- und Patientenunterstützung

Anhang 2: Anschreiben an Interviewpartner

Sehr geehrte(r) Frau (Herr) ...,

Mein Name ist Benjamin Ewert. Ich bin Doktorand am Lehrstuhl für Vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik der Justus-Liebig-Universität Gießen bei Herrn Professor Dr. Adalbert Evers. Gerne würde ich Sie als Interviewpartner für die empirische Untersuchung meiner Dissertation „Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzeridentitäten und Nutzerbeteiligung im Gesundheitssystem“ gewinnen. Was haben Sie davon? Ein Interview böte Ihnen die Chance, Ihre Arbeit und die Rolle Ihrer Organisation in einem außeralltäglichen Rahmen zu reflektieren. Lassen Sie mich aber zunächst kurz umschreiben, worin das Forschungsinteresse der Arbeit liegt:

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Einerseits erhöht sich der Effizienzdruck auf staatliche Leistungsgarantien, andererseits steigt die Bedeutung von auf einem „zweiten Gesundheitsmarkt“ angebotenen Zusatzleistungen. Zum Adressat steuerungspolitischer Reformen werden zunehmend die Nutzer von Gesundheitsleistungen: Bürger, Patienten und Konsumenten sollen in eigener Verantwortung einen passgenauen Versicherungsschutz wählen, Ärzte und Krankenhäuser aussuchen und sich ggf. an entstehenden Kosten selbst beteiligen, Therapieentscheidungen (mit)treffen, günstige Arzneimittel einkaufen und vor allem durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil ihr Erkrankungsrisiko mindern. Gesundheit wird zur individuell zu bewältigenden Lebensaufgabe, die von jedem Einzelnen eine kontinuierliche Aneignung von spezifischem Wissen und Kompetenzen verlangen. Dies trifft insbesondere auf die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen zu, die etwa in Disease-Management-Programmen (DMP) zu Experten ihrer eigenen Krankheit werden. Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen: Wie reagieren Gesundheitsberatung und Patientenunterstützung auf die veränderten Anforderungen an Nutzer von Gesundheitsleistungen? Welche Service- und Hilfeleistungen halten Sie für die Vermittlung moderner Gesundheitskompetenz sowie der Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung für wichtig? Kurzum: Wie richten Sie ihre Arbeit angesichts eines auf Wettbewerb und Ökonomie ausgerichteten Gesundheitswesens aus?

Sollten Sie Zeit und Muße haben, zu derartigen Fragen als Interviewpartner zu Verfügung zu stehen, bitte ich Sie um eine kurze Rückmeldung per E-Mail an: Benjamin.Ewert@sowi.uni-

giessen.de. Ein für Sie geeigneter Interviewtermin kann im Anschluss verabredet werden. Selbstverständlich werden die Inhalte eines Interviews nur für Forschungszwecke verwendet. Die Regeln des Datenschutzes werden eingehalten.

Für Ihr Interesse und Ihre Mithilfe an diesem Forschungsvorhaben danke ich Ihnen bereits im Voraus herzlich! Ich würde mich freuen, Sie bald persönlich kennenzulernen und mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen,

Benjamin Ewert

Anhang 3: Interviewleitfaden

Part I:

Veränderungen im Gesundheitswesen/des eigenen Aufgabenbereichs:

Welches Selbstverständnis und welche Leitbilder liegen der Beratung Ihrer Organisation zugrunde?

Nachfrage: Wie hat sich denn das Leitbild Ihrer Organisation in letzter Zeit verändert?

Auf welchem Weg versuchen Sie, Ihre politischen Ziele zu verwirklichen?

Mit wem kooperieren Sie? Mit wem kooperieren Sie nicht?

Mit welchen Veränderungen und neuen Anforderungen hat es Ihre Organisation in der Arbeit mit Nutzern von Gesundheitsleistungen derzeit zu tun?

Wenn Sie zurückschauen und vergleichen: Was und wie hat sich die Beratungsarbeit Ihrer Organisation verändert?

Mit welchen Bedürfnissen und Ansprüchen treten Nutzer an Sie heran?

Wie können Nutzer das Beratungsangebot bzw. die inhaltliche Ausrichtung der Organisationsarbeit mitgestalten? Welche Nutzerwünsche werden an Sie gerichtet? Wie gehen Sie mit diesen um?

Was müssen Nutzer von Gesundheitsleistungen heutzutage wissen?

Nachfrage: Welche Fähigkeiten und Eigenschaften sind besonders wichtig?

Part II:

Modernisierungsprozesse im Gesundheitswesen

Welche Veränderungen im Gesundheitswesen nehmen Sie wahr?

In der öffentlichen Debatte über das Gesundheitswesen ist viel von einem Kostendruck aufgrund zu teurer medizinischer Leistungen und finanzieller Eigenverantwortung die Rede – inwiefern werden Sie in Ihrer Arbeit mit diesen Themen konfrontiert?

Das Gesundheitswesen gilt neuerdings als wirtschaftlicher Wachstumsmarkt, auf dem gesundheitsnahe Produkte, aber auch den GKV-Katalog ergänzende Leistungen angeboten werden – inwiefern wird Ihre Arbeit von der Entstehung dieser Gesundheitsmärkte berührt?

Auf der einen Seite animieren angebotsreiche Gesundheitsmärkte Menschen, in ihre eigene Gesundheit zu investieren. Dem steht auf der anderen Seite die Verknappung von öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen gegenüber. Welche Auswirkungen haben Ihres Erachtens diese gegenläufige Entwicklungen auf das Verhalten, die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf von Nutzern?

Was verspricht sich Ihre Organisation von mehr Markt und Effizienz in Hinblick auf die eigene Arbeit und Entwicklung?

Part III:

Beurteilung/Ausblick

Wie beurteilen Sie die gewandelten Anforderungsprofile Ihrer Organisation?

Nachfrage: Wo sehen Sie – sowohl für ihre Organisation als auch für Nutzer – Chancen und wo neue Risiken und Probleme?

Nutzer von Gesundheitsleistungen haben Bedürfnisse und Ansprüche – etwa nach Autonomie, Selbstbestimmung oder Schutz und Anerkennung als leidende Menschen – die nicht mit der Logik von Markt und Effizienz zu fassen sind. Wie können Nutzer diese Ziele verfolgen?

Welche Trends und Schwerpunkte zeichnen sich in der Beratungsarbeit ab?

Wenn Sie Bilanz ziehen für die letzten fünf Jahre: Zu welchen Schlüssen kommen Sie?

Anhang 4: Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ von Herrn Benjamin Ewert geführte Interview auf Tonband aufgenommen und verschriftet werden darf, in Hinblick auf die Durchführung der Dissertation „Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzeridentitäten und Nutzerbeteiligung im Gesundheitssystem“.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte ebenfalls zu Unterrichtszwecken am Institut für Politikwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen verwendet werden darf. Auch hier wurde mir zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 5: Codesystem

empowerment

Anwaltschaft
Assistenz
Aufklärung und Information
Beratungsthemen
Problemdefinition
Orientierung
Schulung und Kompetenzentwicklung
zielgruppenspezifische Angebote

Gesundheitssystem

EbM
Fehlentwicklungen
GKV
Solidarsystem
Wettbewerb / Markt

Kulturwandel

Anbieter
neues Denken
Nutzer
System

Nutzer

Bewerter
Bürger/Versicherter
changierende Rollen
Konsument und Kunde
Marketingopfer
Koproduzent
Patient
Verunsicherung

Nutzerkompetenzen

Kompetenz allgemein
Beziehungskompetenz / Vertrauen

choice

Eigenverantwortung

negativ

positiv

Rechte

Umgang mit Medien

voice

Wissen

Systemwissen

Gesundheitswissen

Nutzerorganisationen

Berufsbildentwicklung

Beratungsmarkt

strukturelle Unterlegenheit

Alternativen

gestiegene Anforderungen

politische Rolle

Professionalisierung

Ökonomisierung

Ausschreibungen

Beispiele

DMP

Hoffnungen

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Kostenbewusstsein

Zuzahlungen

Qualität/Transparenz

Bereitschaft der Anbieter

BQS

Darstellung

Intransparenz

Beispiele

Internet

Nutzerbeteiligung

Vermarktlichung

Gesundheit als Konsumgut

Gesundheitsmarkt

Hoffnungen

IGeL

Kassentarife

Leistungspakete

Anhang 6: Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der *Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis* niedergelegt sind, eingehalten.

Gießen, im November 2011, _____ (Benjamin Ewert)