

1 Einleitung

1.1 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, *Konsumentsein* im

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

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?

1.2 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 hinsichtlich 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 deziert 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 partikulare 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?

1.3 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 GKVen 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 Menschen“, gegenüber dem als mechanischer Reparaturbetrieb wahrgenommenen medizinischen Versorgungssystem starkmachte. Hieraus resultierte ein neues Gesundheitsleitbild, das – dargelegt 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 „verdrehten 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 Koproduzenten 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).

1.4 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 „Zugangsmedium“ und „Repräsentant[en]“ (vgl. Przyborski/Wohlrab-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 Analyse-schritte. Vor dem Hintergrund dieses Referenzrahmens erfolgt anschließend die Auswertung und Einordnung der empirischen Ergebnisse.

1.5 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 mitgestalteten (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. Dies geschieht anhand eines theoretischen Rahmens, in dem zwei Theoriebündel, die auf unterschiedlichen Ebenen liegen, von zentraler Bedeutung sind: Zunächst wird im Lichte der vorgestellten Modernisierungsdimensionen nach Reformperspektiven für Nutzer durch Wahl- und Mitspracheoptionen gefragt. Zu diesem Zwecke werden Konzepte der *behavioral economics* und Albert Hirschmans *exit-* und *voice*-Konzept diskutiert und in

Bezug zum deutschen Gesundheitswesen gesetzt (vgl. Kap. 4). Anschließend wird das Konzept „multipler Nutzeridentitäten“ entworfen, um die komplexe Beziehung von Rollenzuweisungen an und Selbstbildern von Nutzer(n) in einem mehrdimensionalen Gesundheitswesen analytisch zu fassen. Um die Fähigkeit von Nutzern verschiedene Identitäten zu entwickeln, theoretisch zu konturieren, wird auf Amartya Sens Capability Ansatz rekuriert (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).

Vom Patienten zum Konsumenten?
Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im
Gesundheitswesen

Ewert, B.

2013, XV, 277 S. 5 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-00432-3