

Nutzer im Gesundheitswesen: Koproduzenten zwischen Autonomieansprüchen, Kompetenzanforderungen und Verunsicherung

Zu den Allgemeinplätzen gesundheitspolitischer Fensterreden gehört die Forderung nach mehr Nutzerorientierung. Tatsächlich ist das Interesse an den Nutzern von Gesundheitsleistungen kontinuierlich gestiegen. Gefragt ist vor allem ihre Mitarbeit als Koproduzenten in der Gesundheitsversorgung, etwa bei der Wahl eines maßgeschneiderten Versicherungsschutzes, der Vermeidung von kostspieligen GKV-Leistungen durch gesunde Lebensstile oder der partnerschaftlichen Interaktion mit Ärzten. Doch was kennzeichnet Nutzer in einzelnen Versorgungsbereichen? Und eignet sich der Begriff, um in einem Atemzug im Namen gesunder Versicherter wie auch chronisch-kranker Menschen zu sprechen? Der Beitrag geht beiden Fragen sowohl theoretisch als auch empirisch nach.

BENJAMIN EWERT

1. Einleitung

Mit dem Einzug des Nutzerbegriffs in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs scheint die vorläufige Befriedung einer vehement geführten Auseinandersetzung gelungen zu sein. Die heikle, zwischen Politik, Medizinern und Sozialwissenschaftlern hart umkämpfte Frage, in wessen Namen eigentlich gesprochen wird, stellt sich immer dann, wenn der Fokus auf potenzielle Nachfrager von Gesundheitsleistungen gerichtet ist. Dieser Konflikt wird durch den lakonischen, auf Neutralität bedachten Terminus *Nutzer* entschärft. Mittels der bewussten Reduzierung auf den Akt der Leistungskonsumption werden alle Menschen zu Nutzern des Gesundheitswesens: Bürger, Versicherte, Patienten und Konsumenten, Junge, Alte und Migranten, Frauen und Männer, gesunde, (chronisch-)kranke Menschen und deren Angehörige, gebildete und bildungsschwache sowie wohlhabende und benachteiligte Menschen und nicht zuletzt privat und gesetzlich Versicherte.

Der Nutzerbegriff gleicht somit einem Kaleidoskop, das verschiedene und unterschiedlich scharfe Blickwinkel auf einen schillernden Gegenstand zulässt. Kaleidoskopisch ist der Nutzerbegriff auch deshalb, weil er auf eine explizite Problemorientierung verzichtet und die objektive, ganzheitliche Spiegelung scheinbar isolierter Nutzungsrealitäten suggeriert. So bildet das Nutzer-Kaleidoskop eine Vielzahl an Typen ab, die mit bestimmten Mustern der Inanspruch-

nahme des Gesundheitswesens assoziiert werden: Gesunde Privatversicherte, die an Präventionsleistungen interessiert sind; Akutpatienten, die rasch verlässliche Informationen für die Krankenhauswahl benötigen; Chroniker, die permanent Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen und bezogen auf ihr Krankheitsbild einen Expertenstatus erreicht haben – sie alle sind, trotz ungleicher gesundheitlicher Voraussetzungen und Versorgungsbedarfe, gleichermaßen Nutzer des Gesundheitswesens.

Der Beitrag fragt angesichts der immanenten Unbestimmtheit und Vieldeutigkeit des Nutzerbegriffs nach realen Ausprägungen von Nutzertypen bzw. Nutzungsproblematiken innerhalb des Leistungsbereichs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Worin liegt die Relevanz einer solchen Untersuchung? Die schleichende Neudefinition traditioneller Rollen, wie der des Patienten, durch „neutralere“ Zuschreibungen, wie der des Nutzers, oder aber ökonomischer Begriffe, wie dem des Konsumenten, verdeckt reale Anforderungen und Konflikte im Gesundheitswesen. Diese sollen im Folgenden anhand von Praxisbeispielen illustriert werden. Dabei wird die Diskussion hinsichtlich unterschiedlicher Nutzungskontexte in der GKV ▶

● Etymologisch betrachtet, kommt der Begriff Kaleidoskop aus dem Griechischen und bedeutet „schöne Formen sehen“.

durch sechs qualitative Interviews unterfüttert, die der Autor im Januar 2011 mit Experten von unabhängigen Nutzerorganisationen geführt hat.²

Der Beitrag gliedert sich wie folgt: Zunächst skizziere ich Veränderungen im Gesundheitssystem, d. h. innerhalb des Referenzrahmens, in dem Nutzer Leistungen angeboten bekommen und nachfragen. Hier ist vor allem der Einfluss von drei parallelen Modernisierungsprozessen – Wissensbasierung, Ökonomisierung und Vermarktlichung – konstitutiv (Abschnitt 2). Anschließend wird auf die Koexistenz und Überlappung mehrerer Rollen und Identitätsaspekte³ innerhalb der Nutzerfigur verwiesen (3). Der für den vorliegenden Aufsatz zentrale empirische Teil diskutiert reales Nutzerverhalten in den Bereichen der Anbieter- und Tarifwahl bei gesetzlichen Krankenkassen, der Zahnersatzversorgung sowie des Arzt-Patient-Verhältnisses (4). An diese Beispiele anknüpfend entwerfe ich basale Nutzungskompetenzen und Anforderungen an eine Nutzerpolitik (5). Das abschließende Fazit (6) fasst zentrale Ergebnisse zusammen und plädiert für eine präzisere Konturierung des Nutzerbegriffs.

2. Modernisierungsprozesse in der Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen, so wie es in den Nachkriegsjahrzehnten entstand, ist ein gemischtes System. Schon die Zweiteilung in GKV und Private Krankenversicherung (PKV) macht einen einheitlichen Versorgungsrahmen bisher unmöglich. Auch in der Regulierung der einzelnen Versorgungssektoren – ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Arzneimittelversorgung – dominieren bekanntlich unterschiedliche Prinzipien. Für Nutzer der GKV spielte dies jedoch kaum eine Rolle: Ihr Recht auf freie Arzt- und Anbieterwahl wurde von den heterogenen Steuerungslogiken ebenso wenig berührt wie der – trotz Kürzungen⁴ – breite Sockel an kollektiven Leistungsansprüchen, den sie im Bedarfsfall genießen.

Formal hat der Grundsatz der gleichen Leistungen bei gleichen Anrechten in der GKV weiterhin Bestand. Praktisch hängen die Leistungen, die Versicherte tatsächlich erhalten, zunehmend davon ab, inwiefern es ihnen als *Koproduzenten* gelingt, von ihrem Versicherungsanspruch bedarfsgerecht Gebrauch zu machen: z. B. durch die Wahl einer geeigneten Kasse und des individuell passenden Tarifs. Gleichzeitig entscheidet oftmals das Budget des Arztes, ob ein Patient eine ihm zustehende Leistung erhält oder ob diese in das nächste Quartal verschoben wird. Insgesamt ist die Bedeutung von individueller Kompetenz – etwa von System-, Gesundheits- und Krankheitswissen –, aber auch der Fähigkeit, mit Vertretern von Gesundheitsprofessionen zu kooperieren, enorm gestiegen. Die kompetente Mitarbeit ist quasi zur lebenspraktischen Voraussetzung des Leis-

tungserhalts geworden. Kurzum: Die Leistungsnachfrage der Nutzer erfolgt im Gravitationszentrum mehrfacher Veränderungsprozesse.

Drei zentrale Modernisierungsprozesse, die den Nutzer neu konturieren und konstituieren, werden im Folgenden theoretisch voneinander unterschieden. Diese durchdringen das Versorgungsgeschehen, verstärken sich gegenseitig und/oder kollidieren miteinander.

(1) Die Re-Strukturierung des *Gesundheitswesens als wissensbasiertes Dienstleistungssystem*: Aktiv als Koproduzenten mitzuwirken, avanciert für Nutzer zur Schlüsselfähigkeit, um in komplexen Versorgungssystemen passgenaue Leistungen zu erhalten (vgl. Needham 2008; Ewert/Evers 2012). Die Adressierung von Nutzern als Koproduzenten zieht sich als roter Faden durch den kompletten Versorgungsprozess. Bei der Auswahl von Versicherungskomponenten oder bei der Suche nach einem Arzt oder Krankenhaus, aber auch bei der Mitarbeit und -entscheidung in Behandlungsprozessen, sind Nutzer herausgefordert, Informationen zu recherchieren, einzuordnen und die individuell richtigen Schlüsse zu ziehen. Idealerweise geschieht dieser Dreischritt interaktiv im Austausch mit Krankenkassen, behandelnden Ärzten oder Nutzerberatern. Zu der Wissensproduktion kommt für Patienten, je nach Erkrankung, die Aneignung gesundheitsfördernder Lebensstile hinzu – als aktiver Beitrag zur eigenen Genesung.

(2) Die *Ökonomisierung des Leistungsgeschehens*: Zur Ausschöpfung von „Effizienz- und Effektivitätsreserven“ (Glaskeske 2011, S. 6) werden Leistungen, die Teil des GKV-Leistungskatalogs sind, budgetiert, teilweise nur unter der Auflage von Zuzahlungen gestattet und kontinuierlich hinsichtlich ihres medizinischen und wirtschaftlichen Nutzens evaluiert. Die Nutzer werden mittels monetärer Anreize zu „ökonomisch-rationalem Handeln“ (Gerlinger/Stegmüller 2009) bzw. zu kostenbewussten Kunden solidarisch finanzierter Leistungen erzogen. Beispielsweise prämiieren Krankenkassen die Teilnahme an Präventionsprogrammen oder,

² Ergänzend werden die Nutzer- und Nicht-Nutzerbefragungen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) von 2008 und 2009 seitens der Prognos AG verwendet. Für die Bereitstellung der Untersuchungsergebnisse gilt Heike Wöllenstein (GKV-Spitzenverband) und Andreas Heimer (Prognos AG) ein herzlicher Dank.

³ In diesem Beitrag werden die Begriffe Rolle und Identität wie folgt unterschieden: Mit Nutzerrolle sind äußere Zuweisungen und gezielte Adressierungen gemeint, wie die des Kunden und Konsumenten. Der Identitätsbegriff zielt indes auf Dimensionen des Selbst ab, die von Nutzern z. B. als Bürger, Patienten und Koproduzenten bewusst in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens mobilisiert werden.

⁴ Z. B. für Sehhilfen, Zahnersatz und hinsichtlich der Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen.

durch Selbstbehalt- bzw. Beitragsrückerstattungstarife, die bewusste Nicht-Inanspruchnahme von GKV-Leistungen.

(3) Die *Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen* setzt auf entgegengesetzte Anreize: Nutzer sollen als Konsumenten privat in Zusatzleistungen investieren. Mit mehr Markt im Sinne wählbarer Anbieter und Leistungen sind Nutzer auf zwei verschiedenen Ebenen konfrontiert. Innerhalb der GKV als Adressaten des Kassen- und Vertragswettbewerbs (vgl. u. a. Cassell et al. 2008), der ihnen eine „Optionsvorsorge“ (Grözinger et al. 2006, S. 32) gemäß individueller Versorgungsbedarfe ermöglicht. Ferner als potenzielle Konsumenten kommerzieller Gesundheits- und gesundheitsnaher Leistungen, die nicht durch die GKV finanziert werden. Hierzu zählen privat erbrachte Leistungen von Ärzten (sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen [IGeL]), Over-the-Counter-Produkte in Apotheken, aber auch all diejenigen Eingriffe und Dienstleistungen, die der Ästhetik und dem Wohlbefinden dienen (sollen), medizinisch jedoch nicht nötig sind.

Aus Nutzerperspektive teilen alle drei Modernisierungsprozesse den Aspekt der Nutzerorientierung und -aktivierung: Nutzer des Gesundheitswesens sind herausgefordert, ihr Verhalten zu ändern bzw. anzupassen. Für Nutzer hingegen ergeben die Zieldimensionen der drei Prozesse kein kohärentes, sondern ein durchaus widersprüchliches Bild. Sie sollen gleichsam Gesundheitssystem- und Gesundheitskompetenz erwerben, ökonomisch verantwortlich mit ihrem Versichertenstatus umgehen und außerhalb der GKV in mehr Gesundheit investieren. Im Folgenden stelle ich das Konzept „Multiple Nutzeridentitäten“ vor, das die heterogenen Anforderungen an Nutzer theoretisch zu fassen versucht.

3. Multiple Nutzeridentitäten

Eingeführt wurde der Nutzerbegriff in der deutschen Gesundheitswissenschaft maßgeblich durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der 2001 erstmals von Nutzern sprach, „die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen“ (SVR 2001, S. 13). Zudem ist die englische Bezeichnung „user“ in internetbasierten Portalen, Foren und Diensten etabliert und zunehmend auch umgangssprachlich gebräuchlich: In vielen Bereichen des Lebens werden Menschen als Nutzer von (Dienst-)Leistungen und Produkten adressiert.

Doch welche Inhalte und Ziele umfasst der Nutzerbegriff im Gesundheitswesen? Der bisherige Stand der Nutzerforschung in Deutschland stellt eine terminologische Minimalverständigung innerhalb einer „heftig geführten Begriffsdebatte“ (Schaeffer/Dierks 2006, S. 70) dar. Konsens ist lediglich, dass dem „Vorgang der Inanspruchnahme von

Angeboten und Leistungen“ (Schaeffer 2004, S. 18) mehr Aufmerksamkeit zukommen soll. Welche Rollen Nutzer dabei übernehmen (sollen), bleibt strittig. Nutzer ist zunächst einmal ein Catch-all-Begriff, mit dem unterschiedliche Akteure unterschiedliche Assoziationen verbinden und der daher kontextbezogene Konkretisierungen erfordert.

Wie lässt sich der Nutzerbegriff für ein System der Gesundheitsversorgung anschlussfähig machen, in dem mehrere Rationalitäten und Steuerungslogiken parallel existieren und das zudem in mehrfacher Hinsicht einem tief greifenden Umstrukturierungsprozess unterliegt? Der hier zugrunde gelegte Ansatz *multipler Nutzeridentitäten* (vgl. hierzu ausführlich Ewert 2011, S. 124ff.) begreift die Nutzerfigur als ebenso vielfältig (und widersprüchlich) wie das moderne Gesundheitswesen. Grundlegend ist die Annahme, dass in komplexen Gesundheitssystemen Nutzer fortwährend und zur gleichen Zeit in mehreren Rollen adressiert werden. Beispielhaft und vor dem Hintergrund der im vorherigen Abschnitt eingeführten Modernisierungsprozesse des Gesundheitswesens wird hier mit folgenden Rollen- und Identitätsausprägungen operiert:

Nutzer sollen demnach in einer Person handeln, d. h. aktive Entscheidungen treffen als

- an Gesundheit und Gesundheitspolitik interessierte Bürger,
- anspruchsberechtigte Versicherte,
- hilfs- und schutzbedürftige Patienten,
- kompetente und partnerschaftlich agierende Koproduzenten,
- ökonomisch versierte Kunden und Konsumenten und
- Gemeinschaftsmitglieder, die in informellen Unterstützungs- und Selbsthilfenetzwerken kooperieren.

Das tatsächliche Handeln von Nutzern ist durch die situative Gewichtung der jeweiligen, von außen angetragenen Rollenbilder geprägt. Für deren Gewichtung ist vornehmlich der eigene Gesundheitszustand entscheidend, aber auch der Grad der Selbstidentifikation mit den (möglichen) Rollen. Eine besonders schillernde Nutzeridentität kann etwa ein chronisch-kranker Diabetes-Patient haben, der sich auf ärztlichen Rat hin in ein Disease Management Programm (DMP) seiner Krankenkasse einschreibt, gegenüber Apothekern und Hilfsmittelherstellern als preisbewusster Konsument agiert, sich als Diabetiker in einer Patientenorganisation politisch für eine bessere Versorgung engagiert und dort ebenfalls emotionalen Rückhalt erfährt.

In modernen Versorgungsarrangements koexistieren mehrere Nutzerrollen und sich daraus ergebene Anforderungen in einzelnen Akten der Leistungsanspruchnahme. Nutzer, die als Patienten einen Arzt aufsuchen, sind zu einem (geringeren Teil) immer auch Versicherte mit Anspruchsrechten, sie sind Konsumenten, die ergänzende Leistungen offeriert bekommen oder aktiv nachfragen, und sie sind auch Gemeinschaftsmitglieder mit einem bestimmten Gesundheitsverständnis und -verhalten. Dennoch wirkt die Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen präformierend auf die Art der Inanspruchnahme von ►

Leistungen. Nutzer müssen Rollenzuschreibungen fortwährend „verarbeiten“, indem sie diese in ihr Selbst integrieren, umdeuten oder aber ablehnen. Real kollidieren Vorstellungen des erwünschten (und politisch geförderten) Nutzerhandelns mit persönlichen Erwartungen, Bedarfen und Absichten von Nutzern. Dabei lassen sich bezogen auf die oben eingeführten Modernisierungsprozesse sowohl systemische Rollenkonflikte, wie z. B. zwischen ökonomisch-rationalen („kostenbewussten“) Nutzern und bedürfnisgeleiteten („investitionsfreudigen“) Konsumenten, ausmachen als auch Konflikte, die aus der Divergenz zwischen Rollenadressierungen und der eigenen Identitätsbildung resultieren. So sind auch kritische Bürger, die politisch jegliche Kommodifizierung von Gesundheitsleistungen ablehnen, als Nutzer des Gesundheitswesens nicht davor gefeit, situativ als Konsumenten handeln zu müssen. Die schillernden Facetten des Nutzerbegriffs sind eben nicht frei wählbare Handlungsoptionen, sondern durchaus widersprüchliche Verhaltensimperative und Selbstbeschreibungen. Als gemeinsamer Nenner fungiert die zunehmende In-die-Pflichtnahme des Nutzers als Koproduzent, der die Prämissen seines Handelns wechselnden Anforderungen anpassen muss.

Wie Nutzer mit dieser Herausforderung in einzelnen Versorgungsbereichen umgehen, wird auf Grundlage des empirischen Materials im nächsten Abschnitt illustriert.

4. Emanzipierte Nutzer, keine richtigen Verbraucher

In der (breiten) Öffentlichkeit wird das Verhalten von Nutzern im Gesundheitswesen gerne auf die Zahl der jährlichen Arztbesuche pro Versicherten reduziert.⁵ Repräsentative Umfragen, wie der WIdO-Monitor oder der Gesundheitsmonitor waren zuletzt schwerpunktmäßig auf Bürger und Versicherte des Gesundheitswesens fokussiert (vgl. Marstedt 2010; Zok 2009, 2010) – ein Indiz dafür, wie wenig etabliert und inhaltlich ausgeformt die Nutzerfigur in der Forschung noch ist. Die folgenden empirischen Aussagen über Nutzer basieren auf Interviews mit Experten unabhängiger Nutzerorganisationen.⁶ Die Grundlage der qualitativen, nicht-repräsentativen Analyse sind somit ratsuchende Nutzer, deren Gesundheitszustand im Vergleich zu nicht-ratsuchenden Nutzern schlechter ist (vgl. Dierks 2009, S. 64). Als beispielhafte, weil besonders relevante, Nutzungsbereiche des deutschen Gesundheitssystems wurden die Anbieter- und Tarifwahl innerhalb der GKV, die Zahnersatzversorgung sowie das Arzt-Patient-Verhältnis gewählt. In allen drei Bereichen manifestieren sich, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß, Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozesse, aber auch die Anforderung, Leistungen „wissensbasiert“ auszuwählen und in Anspruch zu nehmen.

Ist der Nutzerbegriff aus Perspektive der interviewten Experten angemessen? Im Hinblick auf die eigene Arbeit

erachten die Interviewten die Bezeichnung Nutzer von Gesundheitsleistungen für nur bedingt geeignet. Diese sei als „abstrakter Kunstbegriff“⁷ allenfalls „erträglich“, erklärt ein Experte. Der Nutzerbegriff sei nur deshalb en vogue, „weil man versucht hat, etwas zu finden, was zwischen Patient und Verbraucher liegt“. Obwohl, wie eine Expertin einräumt, der Nutzerbegriff facettenreich sei, da er das Gesundheitswesen „weit spanne“ und unterschiedlichste Zielgruppen umfasse, relativiere er den eigentlichen Kern des Gesundheitswesens: die Kranken- bzw. Patientenversorgung. „Wer von Nutzern spricht, übergeht die wichtigste Unterscheidung, nämlich ob gesunde oder kranke Menschen gemeint sind“, resümiert eine Expertin und plädiert für eine kontextbezogene Ausdifferenzierung des Begriffs. Welche Identitätsmerkmale mobilisieren Nutzer und wo liegen Nutzungsprobleme aus Sicht der Experten?

4.1 GKV: Koproduktion von Versicherungsschutz

Müssen Nutzer zu „Brokern“ ihres Krankenversicherungsportfolios werden? Reicht eine einfache GKV-Mitgliedschaft noch aus, um im Bedarfsfall eine gute Versorgung zu erhalten? Oder ist der GKV-Schutz nichts weiter als ein Optionsrecht, dessen Nutzung die individuelle Ausgestaltung voraussetzt? Die Aussagen der interviewten Experten hierzu sind geteilt. Vor allem signalisieren sie eine erhebliche Rollenunsicherheit seitens der ratsuchenden Nutzer. Der Wandel vom anspruchsberechtigten Leistungsempfänger hin zum kompetenten Koproduzenten, der den eigenen Versicherungsbedarf prognostiziert und nach dem Bausteinprinzip zusammenstellt, ist in der Praxis noch nicht vollzogen.

„Viele Nutzer wissen nur wenig oder gar nichts darüber, wie das System der GKV funktioniert“, berichtet eine Expertin. Die Unkenntnis über den eigenen Versichertenstatus, die Finanzierung der GKV oder die Existenz eines kollektiven Leistungskatalogs führe zu Leistungsrechtsfragen. Den Experten zufolge überwögen Anfragen von Nutzern, „die schlicht nicht wissen, was ihnen zusteht“ und daher teilwei-

⁵ Nach einer Studie der Barmer-GEK kam 2008 jeder GKV-Versicherte durchschnittlich auf 18,1 Arztkontakte (vgl. von Maydell et al. 2010).

⁶ Alle sechs Interviewpartner arbeiten für Einrichtungen der allgemeinen Nutzerberatung (Verbraucherzentralen, UPD, Gesundheitsläden, Selbsthilfeorganisationen), deren Angebote sich sowohl an Versicherte als auch Patienten richten. Die Expertenaussagen spiegeln subjektiv wahrgenommene Muster des Nutzerverhaltens im Gesundheitswesen wider – basierend auf eigenen Beratungserfahrungen und Evaluationen.

⁷ Im Folgenden werden Interviewzitate mit Anführungszeichen gekennzeichnet. Da den interviewten Experten Anonymität zugesichert wurde, erfolgt – im Unterschied zu Literaturziten – kein Quellennachweis.

se notwendige medizinische Behandlungen aus Sorge vor zusätzlichen Kosten unterlassen, vor Anfragen von Nutzern mit einem „überzogenen Anspruchsdenken“. Letztere verstünden es als ihr Recht, Gesundheitsleistungen im Gegenwert ihrer Versicherungsbeiträge zu konsumieren – unabhängig davon, ob diese medizinisch notwendig sind. „Grundsätzlich“, so ein Experte, „deckt die GKV-Mitgliedschaft den medizinisch notwendigen Leistungsbedarf weiterhin ab.“ Die Verunsicherung von Nutzern resultiere daraus, dass „GKV-Versicherte zunehmend wie PKV-Versicherte adressiert werden.“ Ein treffliches Beispiel aus Expertensicht sind die „systemfremden“ Selbstbehalt- und Kostenrückerstattungstarife, die Leistungen nur gegen „Vorkasse“ gewähren und damit den (solidarischen) Grundgedanken des Gesundheitssystems „pervertieren“, indem sie GKV-Versicherten einen „Quasi-Privatpatienten-Status“ verleihen. Sogenannte „Privatmarktansätze“ (Zok 2010, S. 8) innerhalb der GKV begünstigten demnach einen Leistungsverzicht. Ein verbraucherchertypisches Aushandeln und Abschließen privater Versicherungsarrangements (vgl. Lamping 2009, S. 51ff.) sei nur von wenigen gut informierten Nutzern zu erwarten, wohingegen das Gros der Nutzer angesichts der Zersplitterung von Versicherungstarifen überfordert sei. Insbesondere ältere Versicherte, die in einem Versorgungssystem sozialisiert wurden, das von ihnen kaum Mitwirkung verlangte und ihnen gleichzeitig eine hohe Leistungsgarantie bot, seien angesichts der faktischen Pflicht zur Koproduktion irritiert.

„Das System zerfällt in Hunderte von Verträgen, die kaum oder nur schwer vergleichbar sind“, stellt eine Expertin mit Bezug auf Zusatzversicherungen und Selektivverträge fest. So hätten Versicherte, die sich für einen GKV-Selektivvertrag mit einem bestimmten Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder Ärztenetzwerk entschließen, in der Regel keinen Überblick darüber, „was es jenseits ihres Versorgungsmodells gibt.“ Wie sich zeigt, sind mangelnde Transparenz und das Fehlen von Vergleichsmaßstäben im liberalisierten GKV-Vertragswettbewerb die Kehrseite des Versprechens von besonders preiswerten und/oder auf persönliche Bedarfe zugeschnittenen Leistungspaketen. Aus Expertensicht besonders problematisch ist die Tatsache, dass Nutzer, die sich in Selektivverträge einschreiben, temporär ihr Recht auf freie Anbieterwahl außer Kraft setzen – eine im Prinzip überaus geschätzte Errungenschaft des deutschen Gesundheitssystems (vgl. Braun/Marstedt 2010, S. 337ff.). Nutzer, die von gesetzlichen Krankenversicherungen mit monetären Anreizen gelockt würden, prüften Vertragsangebote selten im Lichte der Vielfalt ihrer Interessen und fühlen sich daher im Nachhinein häufig „betrogen“. Die sinnvolle Vorabüberlegung „Was bekomme ich dafür, dass ich meine freie Arztwahl einschränke?“ sei die Ausnahme. So stellten nur wenige Nutzer etwaige kurzfristige finanzielle Vorteile von Selektivverträgen (wie niedrige Monatsprämien) in Relation zu Bindungsfristen und der zu erwartenden Qualität der medizinischen Versorgung im Bedarfsfall.

4.2 Zahnersatz: Eigenverantwortung auf „fantasievollen Märkten“

Besonders eindrücklich als Konsumenten adressiert werden Nutzer im Bereich der Zahnmedizin. „Zahnarztbesuche können privat zu tragende Kosten im Wert eines Kleinwagens verursachen“, warnt ein Nutzerberater. Bereichsspezifisch sei das „unheilvolle“ Zusammentreffen leidvoller Krankheiten und äußerst „fantasievoller Märkte“, die Patienten im „hohen Tempo“ vermeintliche Innovationen in Bezug auf Behandlungsverfahren und -material anböten. Zudem würden sich Zahnärzte mit kostspieligen Angeboten verstärkt an „ästhetisch bewusste Verbraucher“ wenden, d. h. an gesunde Menschen, die zunehmend bereit seien, für optisch schöne Zähne hohe Summen zu investieren. Angesichts dieser Dynamik ist es nicht erstaunlich, dass die Themen Zahnbehandlung und Zahnersatz ein überaus hohes Beratungsinteresse hervorrufen. Der Prognos-Studie (2009, S. 7) zufolge gaben 60 % der befragten Bürger einen entsprechenden Aufklärungsbedarf an.

Die zahnärztliche Behandlungssituation ist mit komplexen Fragen verbunden, grundlegend etwa: Welche Methode und welches Material wähle ich? Was zahlt die GKV und was nicht? In der Versorgungsrealität stellen sich diese ökonomisch relevanten Fragen jedoch nur für diejenigen Nutzer, die von ihren Zahnärzten in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Seit der Einführung des befundabhängigen Festzuschussystems 2005, das für Patienten einen diagnose- und nicht therapieabhängigen Erstattungsbeitrag vorsieht, ist zumindest der von der GKV übernommene Betrag transparent. Die Schwierigkeit – so die interviewten Experten – bestünde nach Erhalt des zahnärztlichen Heil- und Kostenplans, der für viele Patienten schwer zu verstehen sei, in der Navigation auf disparaten Märkten von Zahnersatzanbietern im In- und Ausland. Die Dienste von Internetportalen, wie www.2tezahnarztmeinung.de oder www.zahngebot.de, böten hier „eine bessere Auswahl für wenige“, indem sie unter Umständen erhebliche Einsparnisse bei Implantaten, Prothesen und Brücken ermöglichen (vgl. auch Theill 2008, S. 107ff.). Aus Verbrauchersicht, so die Experten, seien Auktionsportale, die Zahnpatienten in ihren Wahlmöglichkeiten stärken, grundsätzlich zu begrüßen. Die Gelegenheit „ihre Unsicherheit auszudrücken“, sei es angesichts von Ängsten im Vorfeld eines bevorstehenden Eingriffs oder hinsichtlich der zu erwartenden Qualität des Zahnersatzes, erhielten Zahnpatienten durch „hölzerne und trockene“ Onlinemasken allerdings nicht.

Den interviewten Experten zufolge verstärkt die vergleichsweise hohe (sowohl finanzielle als auch die Materialauswahl betreffende) Eigenverantwortung, die Patienten beim Kauf von Zahnersatz zugemutet wird, das Misstrauen gegenüber behandelnden Zahnärzten. Patienten, die z. B. besonders preiswerten Zahnersatz aus dem Ausland erwerben, fürchten, dass dieser von hiesigen Ärzten unsachgemäß verarbeitet würde, da diese bei ihnen keine weiteren Einnahmequellen vermuteten und dementsprechend ►

möglichst wenig Arbeitszeit in ihren Fall investieren wollten. Demgegenüber wüssten Patienten, denen eine teure Behandlung angeboten worden sei, oft nicht, wie lange sie sich mit der Entscheidung für oder gegen den Eingriff Zeit lassen könnten, ohne das Verhältnis zum Arzt zu belasten.

4.3 Arzt-Patient-Verhältnis: Logiken der Koproduktion

Die Interaktion zwischen Angehörigen von Gesundheitsprofessionen (zumeist Ärzten) und hilfesuchenden Laien gilt als Nukleus der medizinischen Versorgung. Hier treffen ärztliches Diagnose- und Therapiewissen und subjektiver Hilfebedarf aufeinander. Eine produktive Beziehung zwischen Arzt und Patient basiert auf der Herstellung eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses. Experten berichten, dass für Nutzer die Suche nach einem guten Arzt ein „Dauerthema“ in der Beratung sei; ein Befund, der sich mit der Nicht-Nutzer-Befragung der Prognos AG (2009, S. 7) deckt. Die Arzt-Patient-Interaktion, gewissermaßen das Epizentrum der medizinischen Leistungserbringung, wird durch zwei Wandlungsdynamiken erschüttert, die in der Praxis oft miteinander verschränkt sind:

(1) Neue Leitbilder wie „democratic professionalism“ (Kremer/Tonkens 2006, S. 131), die „gemeinsame Entscheidungsfindung“ (Shared Decision Making; vgl. Edwards/Elwyn 2009) sowie selbstbewusstere und kompetentere Patienten verändern die Interaktionskultur zwischen Arzt und Patient, wodurch die Asymmetrie zwischen beiden Akteuren zwar nicht beseitigt, jedoch abgemildert werden kann. Verstehen sich Ärzte als „citizen-professionals“ (Kuhlmann 2006, S. 16), d. h. als Vermittler und Brückeninstanzen lebensweltlicher und medizinischer Dimensionen, ist es möglich, Patienten sowohl bei der Nutzung des Gesundheitswesens als auch bei der individuellen Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Dies setzt wiederum Patienten voraus, die als *Experten ihrer selbst* auftreten, indem sie subjektiv-emotionale Aspekte ihres Leidens im Behandlungsprozess zum Ausdruck bringen.⁹ In der Realität scheitert eine so konturierte partnerschaftliche Arbeitsteilung zwischen Arzt und Patient häufig an der Ungleichzeitigkeit der Adaption neuer Rollenbilder sowie deren Interpretation. Die interviewten Experten berichten von erheblichen Irritationen seitens der Nutzer, wenn subjektive Erwartungen, „wie ein Arzt zu sein hat“, enttäuscht würden. Dies sei z. B. der Fall, wenn Patienten, „die hören wollen, was sie zu tun haben“, auf Ärzte träfen, die sich vorrangig als Dienstleister verstünden und gewichtige Therapieentscheidungen den Patienten mit Verweis auf deren Mündigkeit übertrügen. Umgekehrt seien z. B. Chroniker frustriert, wenn ihre „Kompetenz und Hartnäckigkeit“ in der Krankheitsbewältigung in standardisierten Behandlungsverfahren, die vorrangig auf eine managerielle Organisation und Effizienz der ärztlichen Versorgung ausgerichtet sind, nicht berücksichtigt würden bzw. nicht zur Geltung kämen.

(2) Die ökonomischen Bedingungen, unter denen Ärzte Patienten behandeln, unterliegen ebenfalls einem Wandel. Nach Expertenmeinung schürt die Gleichzeitigkeit der Ökonomisierung von GKV-Leistungen und der Vermarktlichung immer neuer Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) das gegenseitige Misstrauen zwischen Arzt und Patient. Während Ärzte Patienten zunehmend verdächtigen, sich „solidarisch finanzierte Leistungen erschleichen zu wollen“, haben Letztere die, wie Ergebnisse des WIdO-Monitors zeigen¹⁰, berechnete Sorge, bei Arztbesuchen „neben ihrer Versicherungskarte nun auch grundsätzlich das Portmonee zücken zu müssen.“ Die Konsequenz, so Nutzerexperten, sind Ratsuchende, denen GKV-Leistungen verweigert worden sind und/oder die infolge des veränderten ärztlichen Ordnungsverhaltens „in Richtung IGeL und Grünem [d. h. nicht erstattungsfähigem, B. E.] Rezept“, an Systemvertrauen verlieren.¹⁰

Beide Dynamiken verdeutlichen, wie schwierig es für Patienten ist, sich in der Interaktion mit Ämtern zu positionieren. Sicher scheint, dass die traditionelle, einseitig auf Folgebereitschaft (Compliance) basierende ärztliche Empfehlung, ruhig zu bleiben und geduldig zu sein, überholt ist. Stattdessen wird mehr individuelle Bereitschaft zur Koproduktion und Verantwortungsübernahme von Patienten verlangt. Für Patienten weniger ersichtlich ist hingegen, das deutet das empirische Material an, wann sie in welchem Modus koproduzieren sollen und wie sie ihre eigenen Anliegen und Überzeugen in den Behandlungsprozess einbringen können. Kurzum: Ist ihre Mitwirkung als kompetente Patienten gefragt, die zusammen mit Ärzten vertrauensvoll über medizinische Diagnose- und Behandlungsfragen beraten, oder vor allem als angebotskundige Konsumenten, die medizinische Leistungen auswählen und einkaufen und somit eher ein Vertrags- als ein Vertrauensverhältnis eingehen?

⁹ Richard Sennett (2003) charakterisiert die besondere Expertise von Patienten gerade dadurch, dass nur sie zum Ausdruck bringen können „how it feels“.

¹⁰ Danach werden 28,3 % der Versicherten IGeL angeboten. Ultraschalluntersuchungen, Glaukomvorsorgeuntersuchungen und die Verordnung von nicht erstattungspflichtigen Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln machen circa 50 % der privaten Leistungsangebote aus. Das Marktvolumen von IGeL lag 2010 bei 1,5 Mrd. € (vgl. Zok 2010, S. 1ff.).

¹⁰ Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) reagierte jüngst auf den faktischen Konsumentenstatus von Nutzern in Arztpraxen durch die Entwicklung eines sogenannten IGeL-Monitors. Per Internetportal sollen Nutzer mittels Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EbM) über den „Nutzen und Schaden“ von IGeL informiert werden (vgl. IGeL-Monitor 2012).

5. Nutzerkompetenzen und Anforderungen an eine Nutzerpolitik

Die drei Nutzungsbereiche einigt ein hoher Grad an Ambivalenz. Neue Wahlmöglichkeiten in der GKV und beim Zahnersatz orientieren sich am Leitbild des „welfare consumer“ (Baldock 2003). Nutzer sollen, wie es ein interviewter Experte formuliert, „mehr oder weniger wie Verbraucher agieren“, sie sollen in Eigenverantwortung und je nach Bedarf Versicherungspakete abschließen bzw. Zahnersatz erwerben. Real entscheidet jedoch in erster Linie die finanzielle Situation des einzelnen Nutzers über das tatsächliche Ausmaß an Wahlfreiheit auf Gesundheitsmärkten. Voraussetzungsvoll ist die zugewiesene Eigenverantwortung aber auch darüber hinaus: Marktwissen und die Kompetenz, persönliche Präferenzen mit bestehenden Handlungsoptionen situativ in Einklang zu bringen, sind Schlüsseigenschaften zur erfolgreichen Koproduktion. Hinzu kommt die kritisch-reflektierte Verarbeitung von Informationen. Es gilt eine gesundheitsbezogene Medienkompetenz zu entwickeln – vor allem im Umgang mit Internetangeboten, die mittlerweile die zweitwichtigste Informationsquelle für Nutzer sind (vgl. Prognos 2009, S. 11).

In Arzt-Patient-Beziehungen sind Gesundheitswissen und -kompetenz, aber auch Kommunikationsfähigkeiten entscheidend, um die eigene Betroffenenposition im Behandlungsprozess hinreichend darzustellen. Für Nutzer des Gesundheitswesens gilt es, die eigene Identität gegen systemisch aufgezwungene Nutzerrollen zu verteidigen. Aus den diskutierten Beispielen kann geschlussfolgert werden: Akte der Koproduktion im Gesundheitswesen sind ihrem Wesen nach zweischneidig. Das Verhalten von Koproduzenten wird durch die Gleichzeitigkeit von gelebter Emanzipation, tatsächlicher Kompetenz und Mündigkeit sowie gefühlter Verunsicherung und erlebtem Zwang geprägt. Grundsätzlich profitieren Nutzer, die ihr Verhalten verschiedenen Versorgungskontexten anpassen können und über ein Bündel an Kompetenzen, wie kognitive, emotionale und rhetorische Fähigkeiten, verfügen, überproportional von individualisierten Versorgungssettings. Überforderungsgefühle infolge intransparenter Angebotsstrukturen oder als Zumutung erlebte Mitverantwortung in komplexen Behandlungsentscheidungen sind hingegen typisch für besonders kranke, alte und/oder bildungschwache Nutzergruppen.

Welche basalen Kompetenzen können Nutzern im Umgang mit potenziell frustrierenden Versorgungsarrangements helfen? In Anbetracht der Heterogenität an Nutzertypen, die sowohl den gut informierten Privatversicherten als auch den hilfsbedürftigen Patienten umfasst, der, wie es eine Interviewpartnerin ausdrückt, „nicht annähernd versteht, was der Arzt ihm erzählt“, plädieren die Experten für ein zielgruppenspezifisches Mischverhältnis von Selbsthilfe sowie Schutz und Unterstützung. Das eine ultimative Set an Nutzerkompetenzen existiert nicht, vielmehr gilt es, den

jeweiligen Bedarf an Kompetenzanforderungen und Hilfeleistungen nach gesunden und kranken Nutzergruppen zu differenzieren. Zwei grundsätzliche Fähigkeiten, um auf dem schmalen Grat zwischen Autonomie und Überforderung eine Balance zu finden, lassen sich in den Gesprächen mit den Experten identifizieren: „Überlebenskompetenz im Alltag“ und die Bereitschaft, mit Ärzten möglichst vertrauensvoll zu interagieren bzw. zu kooperieren.

Aus Sicht der Experten setzt die erste Kompetenz eine relative Selbstständigkeit sowie eine gewisse Resistenz gegenüber nutzerunfreundlichen Kontextfaktoren wie ärztliches Eigeninteresse und fehlende oder unverständliche Informationen voraus. „Die meisten gesunden Nutzer bringen die mit“, berichtet ein Experte. Sind diese Kernkompetenzen vorhanden, sei eine auf Empowerment setzende Nutzerunterstützung, etwa beim Sortieren und Einordnen von Gesundheitsinformationen, ausreichend.^① Gleichwohl ist die laienverständliche Aufbereitung von Strukturmerkmalen der Gesundheitsversorgung in Deutschland weiterhin defizitär (vgl. Marstedt 2010, S. 48ff.). Gesunde Nutzer, die von Krankenkassen, Leistungsanbietern und der Gesundheitswirtschaft mit immer neuen Diensten und Produkten umworben werden, stehen salopp formuliert vor einer ähnlichen Entscheidung wie Konsumenten im Supermarkt: Sie müssen Prioritäten in ihrer Gesundheitsversorgung setzen und sich kontinuierlich fragen, ob sie die entsprechenden Leistungen tatsächlich benötigen und in diese investieren wollen.

Der Erwerb einer Interaktions- und Koproduktionskompetenz ist vor allem für kranke Nutzer bedeutsam. Patienten, insbesondere chronisch-kranke, fühlen sich angesichts der Komplexität des Versorgungssystems und ihrer krankheitsbedingten Belastung häufiger „überfordert und alleingelassen“ als gesunde Nutzer. Dies sei, wie die interviewten Experten berichten, „zutiefst menschlich“ und schlage sich in einem hohen Gesprächsbedarf von Ratsuchenden nieder. Im „geheimen“ Nutzeranliegen“ (Dierks 2009, S. 66), ihr individuelles Schicksal mitzuteilen, sehen Experten den Wunsch nach einer psychosozialen Abfederung der (dauerhaften) Krankheitssituation. Der Erhalt emotionaler Unterstützung, die Patienten u. a. hilft, permanente Ambivalenzgefühle als Teil der eigenen Identität zu akzeptieren, ist das Ergebnis eines gelungenen Interaktionsprozesses. Für Koproduzenten ist daher die Vertrauensgenese zu Angehörigen von Gesundheitsprofessionen trotz Unsicherheit eine wichtige Voraussetzung, die über die Qualität von ärztlichen Behandlungen mitentscheidet. ►

^① Dies trifft nicht auf Migranten mit Sprachschwierigkeiten und mangelndem Wissen über das deutsche Gesundheitswesen zu. Diese Nutzergruppe ist auf eine sozial-pädagogische Grundlagenberatung in ihrer Muttersprache angewiesen. In der ersten Nutzerbefragung der UPD waren lediglich 2,5 % der Ratsuchenden nicht deutscher Staatsangehörigkeit (vgl. Prognos 2008, S. 11).

Welche Anforderungen sind angesichts des immensen Verunsicherungspotenzials von Nutzern an eine „Nutzerpolitik“ zu stellen, die die Rollenvielfalt im Gesundheitswesen und sich daraus ergebende Identitätskonflikte ernst nimmt? Eine dezidierte Nutzerpolitik sollte im Gegensatz zu breit angelegten Gesundheitspolitiken den Anspruch verfolgen, Barrieren und Ungleichheiten in der Leistungsanspruchnahme strukturell entgegenzuwirken. Gerade um eigene Ansprüche und Identitäten in der Inanspruchnahme von Leistungsangeboten geltend zu machen, sind Nutzer daher auf komplexitätsreduzierende Rahmenbedingungen angewiesen. Hierunter fallen u. a.:

- die langfristige Sicherstellung, aber auch bessere finanzielle Unterstützung, von Angeboten unabhängiger Nutzerorganisationen gemäß § 20c SGB V[®] (GKV-Spitzenverband 2009);
- die Mitwirkung von Nutzerorganisationen an einem Nutzerleitbild, das weder zu eindimensionalen Rollenzuschreibungen zurückkehrt noch traditionelle Leitbilder (z. B. Patient) durch neue eindimensionale Rollen (z. B. Konsument) ersetzt, sondern stattdessen die Existenz multipler Nutzeridentitäten anerkennt und einen eigenen Beitrag zur Gewichtung und Balance von Rollenzuschreibungen und Identitätsdimensionen leistet;
- die gleichberechtigte Partizipation von Nutzervertretern in allen Gremien des Gesundheitswesens (d. h. über den Gemeinsamen Bundesausschuss hinaus), in denen über Leistungsmengen, -qualitäten und -kontrollen entschieden wird, mit dem Ziel, Nutzerperspektiven und -anliegen zur Grundlage der Organisation des Leistungsgeschehens zu machen (vgl. vzbv 2011, S. 6);
- die Minimierung von verpflichtenden Wahlentscheidungen in der GKV, indem Nutzerorganisationen, wie es in den Niederlanden der Fall ist, gestattet wird, eigene Kollektivverträge mit Leistungsanbietern für ihre Mitglieder abzuschließen (z. B. können Selbsthilfef Verbände spezielle Leistungspakete für Chroniker anbieten) und somit als vertrauenswürdige Organisationen ein komplexitätsreduzierendes Angebot für Nutzer schaffen;
- monetäre Anreize für Ärzte, die sich für ihre Patienten mehr Zeit nehmen, um eine Interaktionsbeziehung zu kultivieren.

Sinn und Aufgabe einer Nutzerpolitik ist es, Leitplanken im Nutzungsgeschehen zu errichten. Diese sollten dazu beitragen, Versorgungskorridore abzustecken, innerhalb derer Ansprüche und Anforderungen für Nutzer klar ersichtlich sind und in denen Nutzerorganisationen als unabhängige Instanzen und Seismographen für Versorgungsqualität eine gewichtigere Rolle erhalten als bisher.

6. Fazit

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist die Etablierung des Nutzerbegriffs positiv zu bewerten. Der Begriff rückt akute Probleme auf der Ebene der Leistungsnachfrage in den Mittelpunkt, die vom gesundheitspolitischen Bestreben nach Effizienz und Wettbewerb, aber auch nach mehr individueller Eigenverantwortung, forciert wurden. Eindimensionale Bezeichnungen, wie Versicherter oder Patient, spiegeln die Realität des Gesundheitswesens, das die gesamte Bevölkerung in allen Lebensbereichen und -phasen adressiert, nicht wider. Der Nutzungsaspekt beinhaltet so unterschiedliche Facetten, wie die Gesundheitsvorsorge, die Interaktion mit Ämtern oder die Investition in private Leistungsangebote. Nutzer sind herausgefordert, mehrere Eigenschaften und Interessen zur gleichen Zeit zu mobilisieren, auch wenn ihr vorrangiges Interesse dem Erhalt bzw. der Erlangung von Gesundheit gilt.

Dass Nutzer vieles in einem sind, bestätigen die empirischen Beispiele. Je nach Kontext und systemischen Verhaltensanforderungen existieren unterschiedliche Ausprägungen und Relationen multipler Nutzeridentitäten. Gleichwohl lassen sich auf Grundlage der Experteninterviews für die gewählten Bereiche dominante Muster hervorheben:

(1) In der GKV genießen Nutzer weiterhin den Status anspruchsberechtigter Versicherter und verstehen sich auch vorrangig als solche. Diese Rolle hat jedoch ihren passiven Charakter, nach dem Versicherte zu allererst Leistungsempfänger waren, verloren. Um vom Recht auf Krankenversorgung optimal Gebrauch zu machen, gilt es zusätzliche Identitäten zu aktivieren – vor allem die des qualitativ anspruchsvollen Konsumenten und Koproduzenten, der auf Versicherungsmärkten informierte Wahlentscheidungen trifft und Leistungspakete entsprechend individueller Bedarfe auswählt.

(2) Im zahnmedizinischen Bereich, insbesondere beim Thema Zahnersatz, hat die Patientenidentität zwar nicht ihre übergeordnete Bedeutung, jedoch an Stellenwert verloren. In der Versorgungsrealität wird die medizinische Behandlung durch komplexe ökonomische Rahmenbedingungen überformt. Angesichts hoher Preisunterschiede müssen Nutzer beim Zahnarzt, um keine finanziellen Risiken einzugehen, als gewiefte Konsumenten auftreten, die Heil- und Kostenpläne verstehen und gemäß ihrer Kaufkraft angemessene Versorgungsentscheidungen treffen.

[®] Im Jahr 2010 belief sich der Förderungsbetrag der GKV auf 0,57 € pro Versicherten. Die Mittel fließen jeweils zur Hälfte in die regionale Selbsthilfeförderung „entsprechend dem Wohnort der Versicherten“ sowie in die „kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung“ (GKV-Spitzenverband 2009, S. 8).

(3) Auch im Arzt-Patient-Verhältnis reduzieren sich Nutzer nicht auf Kranke und Hilfesuchende, auch wenn diese Identitätsaspekte weiterhin zentral sind und die damit verbundene Asymmetrie unauflöslich ist. Gefragt ist einerseits, je nach Krankheit und Behandlung sowie in graduellen Abstufungen, der kompetente Koproduzent von Gesundheit, andererseits der aktive versicherte Bürger, der seine Rechte kennt und einfordert. Letzteres gilt verstärkt, wenn Ärzte Leistungen verweigern oder Patienten als Konsumenten von IGeL adressieren.

Die Interviewaussagen legen nahe, dass viele Nutzer des deutschen Gesundheitswesens mit diesen situativ wechselnden Anforderungen überfordert sind. Insbesondere die Tatsache, ob Nutzer akut krank oder (relativ) gesund sind, ist dabei von erheblichem Einfluss. Darüber hinaus ist in der Realität nicht trennscharf zwischen kompetenten und verunsicherten Koproduzenten zu unterscheiden. Die Komplexität von Versorgungsarrangements und Behandlungsoptionen vereint mitunter beide Aspekte innerhalb einer Person: ein hohes Maß an Kompetenz und eine zunehmende Verunsicherung. Koproduktion, d. h. die Bereitschaft mitzuentcheiden und im Behandlungsprozess mitzuarbeiten, ist im Gesundheitswesen daher nicht nur als eine technische Nutzungsvoraussetzung zu verstehen, sondern verlangt die lebensweltliche und emotionale Begleitung und Unterstützung von Nutzern.

Die beschworene Neutralität des Nutzerbegriffs – auch das wurde deutlich – steht im deutlichen Gegensatz zu Realkonflikten und Positionierungsproblemen von Nutzern. Nutzungssituationen sind per definitionem nicht neutral, sondern verlangen subjektive Deutungen, Entscheidungen und Handlungen. Wie die Beispiele zeigen, fehlen Nutzern hierzu häufig die Kompetenz und die Kraft, zumal wenn sie krank sind. Ihre Koproduktion wird durch mehrfache Irritationen – angesichts des Nebeneinanders von gesetzlichen und privaten Leistungen, des Problems, qualitativ hochwertige Angebote zu erkennen, und der zunehmenden Komplexität von Krankheiten – erschwert.

Eine nutzerorientierte Gesundheitspolitik sollte diese Verunsicherungspotenziale anerkennen und zum Ausgangspunkt einer präziseren Konturierung und Kontextualisierung eines Nutzerleitbildes machen. Dieses sollte nicht einseitig auf der Pflicht zur Koproduktion basieren, sondern ist, um Wirkmächtigkeit gegenüber Zuschreibungen als Kunden und Konsumenten zu erlangen, auf ausgleichende Prinzipien angewiesen. In konkreten Versorgungssituationen wirkt die Pluralität des Nutzerbegriffs nur dann Autonomie steigernd bzw. Nutzen stiftend, wenn Nutzer als koproduzierende Versicherte, Patienten und Konsumenten ein Mindestmaß an Schutz und Unterstützung erhalten. ■

LITERATUR

- Baldock, J.** (2003): On being a welfare consumer in a consuming society, in: *Social Policy and Society* 2 (1), S. 65–71
- Braun, B./Marstedt, G.** (2010): Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand, in: Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2010*, Gütersloh, S. 119–352
- 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
- Dierks, M.-L.** (2009): Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung: Bedarf und Nutzung, in: Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2009*, Gütersloh, S. 59–79
- Edwards, A./Elwyn, G.** (2009): *Shared Decision-Making in Health Care*, New York
- Ewert, B.** (2011): *Vom Patienten zum Konsumenten? Zur Begründung eines mehrdimensionalen Konzeptes zu Gesundheitssystem und Nutzern*, unveröffentlichte Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen
- 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, S. 61–78
- 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, S. 137–161
- GKV-Spitzenverband** (2009): *Leitfaden zur Selbsthilfeförderung*, Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 6. Oktober 2009, <http://www.gkv-spitzenverband.de/Selbsthilfe.gkvnet> (letzter Zugriff: 11.07.2011)
- Glaeske, G.** (2011): *Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens*, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07806.pdf> (letzter Zugriff: 09.02.2011)
- Grözinger, G./Maschke, M./Offe, C.** (2006): *Die Teilhabegesellschaft. Modell eines neuen Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt a. M.
- IGeL-Monitor** (2012): *Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand: Neues Internetportal „IGeL-Monitor“ informiert über Nutzen und Schaden*, Pressemitteilung, <http://www.igel-monitor.de/Aktuelles.htm> (letzter Zugriff 10.02.2012)
- Kremer, M./Tonkens, E.** (2006): Clients as citizens and consumers – what are the implications for professionals?, in: Duyvendak, J. W./Krijn, T./Kremer, M. (Hrsg.): *Policy, People and New Professionals*, Amsterdam, S. 122–136
- Kuhlmann, E.** (2006): *Modernizing Health Care*, Bristol
- Lamping, W.** (2009): *Verbraucherkompetenz und Verbraucherschutz auf Wohlfahrtsmärkten: Neue Herausforderungen an eine sozialpolitische Verbraucherpolitik*, in: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 78 (3), S. 44–62
- Marstedt, G.** (2010): *Gesundheitsfragen – Information und Wissen der Bürger*, in: Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2010*, Gütersloh, S. 43–90
- Maydell, B. von/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
- Needham, C.** (2008): *Realising the potential of co-production: negotiating improvements in public services*, in: *Social Policy and Society* 7 (2), S. 221–231
- Prognos AG** (2008): *Wissenschaftliche Begleitung des weiterentwickelten Modellvorhabens nach § 65b SGB V: Auswertung der ersten Nutzerbefragung der UPD*, Basel et al.
- Prognos AG** (2009): *Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V: Ergebnisse der erweiterten Nicht-Nutzer Befragung*, Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Band I und II, Kurzfassung, Bonn, <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht00/kurzf-de00.pdf> (letzter Zugriff 03.02.2011)
- Schaeffer, D.** (2004): *Der Patient als Nutzer*, Bern
- Schaeffer, D./Dierks, M.-L.** (2006): *Patientenberatung in Deutschland*, in: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung*, Bern, S. 67–92
- Sennett, R.** (2003): *Respect in a world of inequality*, New York/London

Theill, C.-F. (2008): Zahnersatz: Alles ist möglich – sparen auch, in: Verbraucherzentrale Nordrheinwestfalen (Hrsg.): Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf, S. 104–119


Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (2011): Für ein modernes Patientenrechtegesetz, Stellungnahme des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen, <http://www.vzbv.de/go/dokumente/982/4/17/index.html> (letzter Zugriff 25.05.2011)

Zok, K. (2009): Interesse an privaten Zusatzversicherungen. Ergebnisse aus einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten, Wissenschaftliches Institut der AOK, in: WIdO-Monitor 6 (2), S. 1–8

Zok, K. (2010): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus einer Repräsentativ-Umfrage, Wissenschaftliches Institut der AOK, in: WIdO-Monitor 7 (2), S. 1–8

AUTOR

BENJAMIN EWERT ist Forschungsmitarbeiter am Lehrstuhl für Vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik der Justus-Liebig-Universität Gießen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem- und Nutzerforschung, lokale Sozial- und Demokratiepölitik im europäischen Vergleich.

 benjamin.ewert@sowi.uni-giessen.de