

Zwischen Individuum und Leistungsempfänger

Von dem Begriff des Nutzers im Gesundheitswesen

BENJAMIN EWERT

Dr. Benjamin Ewert ist PostDoc im Cluster Gesellschaft und Gesundheit der Heidelberg School of Education (HSE). Dort forscht er zu settingübergreifenden Konzepten der schulischen Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich. www.hse-heidelberg.de

Das Gesundheitswesen sollte sich am Menschen orientieren und nicht umgekehrt, ist eine gängige Forderung. Dazu muss jedoch die Bedeutung unterschiedlicher Facetten der »Nutzeridentität« im Versorgungsprozess anerkannt werden.

»Nutzerorientierung« im Gesundheitswesen ist weder ein Selbstzweck noch ein Mittel zur Rationalisierung von Versorgungsprozessen. Stattdessen steht das Konzept für mehr Nutzerautonomie und Nutzermitsprache sowie die konsequente Ausrichtung medizinischer und pflegerischer Dienste am individuellen Bedarf und Wohlergehen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, benötigt es eine ganzheitliche Betrachtung von Nutzern.

Das Konzept der »Nutzerorientierung« wird zunehmend misstrauisch beurteilt. Anstatt Autonomie und Mitsprache des Individuums innerhalb unpersönlicher Versorgungsprozesse und gegenüber den »Professionellen« zu stärken, werde Nutzerorientierung in marktwirtschaftlich ausgerichteten und betriebswirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen, so die gängige Kritik, zum Foucaultschen Instrument der Steuerung und Machtsicherung (vgl. Friesacher 2010).

Nicht Empowerment, Emanzipation und Kritikfähigkeit von Nutzern würden »im prozessoptimierten Gesundheitswesen« (ebd.: 59) gefördert, sondern deren Mitarbeit, Verantwortungsübernahme und Folgsamkeit verlangt. Nutzerorientierung stelle somit gerade nicht die Belange des Einzelnen in den Mittelpunkt medizinischer (und pflegerischer) Versorgung und Behandlung. Gefragt seien vor allem smarte Nutzer, die ihr Handeln an den Systemlogiken moderner Gesundheitswesen ausrichten und somit zur deren Effektivität und Effizienz beitragen.

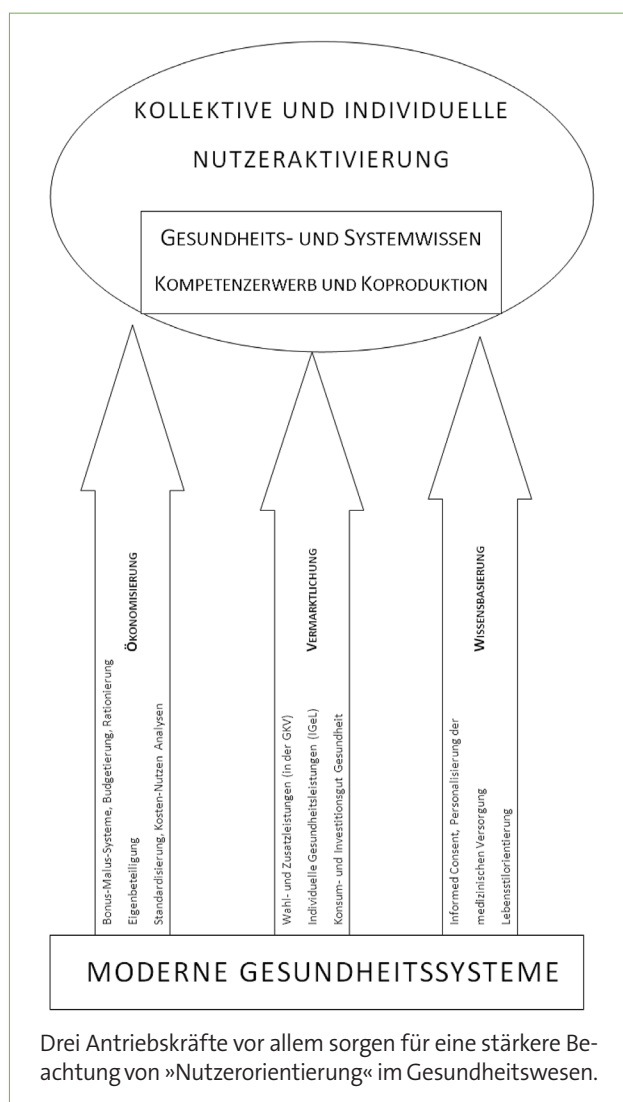
Nutzerorientierung ist, so viel scheint sicher, ein zutiefst ambivalenter Begriff, den verschiedene Akteure des Gesundheitswesens mit unterschiedlichen Absichten verwenden. Doch wie lässt sich mit diesem Befund umgehen? Soll man angesichts einer latenten Gefahr der Instrumentalisierung von vermeintlich systemkonformen Nutzern auf die eingangs erwähnten Potentiale des Konzepts a priori verzichten?

Mitnichten. Allerdings erfordert nutzerorientiertes Akteurshandeln im Gesundheitswesen, die abstrakte Figur des Nutzers durch praxis- und lebensweltorientierte Nutzeridentitäten zu konkretisieren.

Der Aufstieg des Nutzers

Eingeführt 2001 durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) weist der Nutzerbegriff zunächst einmal darauf hin, dass »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.«

Nutzer (1) firmiert im gesundheitspolitischen Diskurs als weitestgehend konsensfähiger Ober- bzw. Sammelbegriff für all diejenigen, die Gesundheitsdienste und Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auch wenn die Aufwertung des Nutzers seitens des Sachverständigenrats als Konzession im Zuge von parallel verlaufenden



Vermarktlichungs- und Ökonomisierungsprozessen innerhalb des Gesundheitswesens (und hieraus resultierenden neuen Anforderungen an Nutzer) zu werten ist, stellt sie dennoch einen Paradigmenwechsel dar: An die Stelle von mutmaßlich passiven Leistungsempfängern treten Subjekte, die in vielfältigen Interaktionsbeziehungen zu Leistungsanbietern stehen.

Mit der Subjektwerdung des Nutzers ist somit die Abkehr eines monolithischen Rollenverständnisses von Nutzern als Versicherte und Patienten verbunden. Gleichwohl wird die analytische Unbestimmtheit des Nutzerbegriffs durch die bloße Unterscheidung von Nutzerrollen, wie die des Partners oder Kunden, nicht aufgehoben.

Zum einen drohen eindimensionale Rollenbilder der Vergangenheit (»der Patient als passiver Kranker«), schlicht durch deren zeitgenössischen Neuaufgaben (»der Patient als Partner im Behandlungsprozess«) ersetzt zu werden. Zum anderen unterscheidet eine mechanische Differen-

zierung von Nutzerrollen nicht zwischen äußeren Rollenanforderungen und individuellen Identitätsausprägungen.

Gerade um fließende Übergänge, Graustufen und Widersprüche des Nutzerhandelns innerhalb komplexer Versorgungssysteme sichtbar zu machen und gegebenenfalls passende Angebote der Nutzerunterstützung zu entwickeln, ist ein umfassenderes Nutzerkonzept notwendig.

Facetten der Nutzeridentität

Nimmt man den Anspruch einer nutzerorientierten (oder patientenzentrierten) Ausrichtung des Gesundheitswesens ernst, bedarf es einer praxisnahen Konkretisierung des Nutzerbegriffs.

Menschen geben ihre vielschichtige Identitäten und individuellen Ansprüche nicht auf, sobald sie mit dem Gesundheitswesen in Berührung kommen. Genau das impliziert jedoch der reichlich bürokratisch und unpersönlich anmutende, jedoch häufig verwendete, Begriff des Leistungsempfängers.

Ein gänzlich anderer Ansatz ist es hingegen, unterschiedliche Facetten der Nutzeridentität anzuerkennen und zu adressieren. Nutzer von Gesundheitsleistungen vereinen in ihrer Person und ihren Handlungen, so die leitende Vorstellung, jeweils Anteile des Bürgers, Patienten und Koproduzenten, Konsumenten und des Gemeinschaftsmitglieds. Diese Facetten der Nutzeridentität können wie folgt definiert werden (vgl. ausführlich: Ewert 2013: 135 ff.):

■ In sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitswesen haben Bürger und Versicherte im Bedarfsfall gesicherte Ansprüche auf medizinische Leistungen und Dienste. In Wahlen, Selbstverwaltungsgremien oder Patienten- und Selbsthilfeorganisationen können sie zu-

dem in der Steuerung und Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung mitwirken.

■ Patienten nehmen aufgrund akuter oder chronischer Krankheit Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch. An Patienten werden, abgesehen davon, dass sie sich, wie der Soziologe Talcott Parson (1951) bemerkte, »ruhig und geduldig« verhalten sollen, keine weiteren Anforderungen gestellt. Koproduzenten sind gewissermaßen der aktive Gegenpart der Patientenidentität: Durch das Einbringen von Kommunikations- und Gesundheitskompetenz in den Versorgungsprozess leisten Koproduzenten einen Beitrag zur Passgenauigkeit von medizinischen Behandlungen. Die Grundlage hierfür sind vertrauensbasierte Beziehungen zu Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften.

■ Innerhalb zumindest teilweise marktförmig organisierten Gesundheitswesens treffen Konsumenten Wahlentscheidungen zwischen Versicherungstarifen, Versorgungspaketen und medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen. Insbesondere im Falle von sehr kranken oder älteren Nutzern kann die Konsumentenidentität auch von Stellvertretern ausgeübt werden, wie etwa Angehörigen oder Case Managern.

■ Für Gemeinschaftsmitglieder ist die (zumeist lokale) Einbindung innerhalb von Familien, Peergruppen und/oder informellen Netzwerken eine wesentliche Ressource bei der Bewältigung von Krankheit bzw. eine wesentliche Bedingung, um die eigenen Gesundheitspotentiale zu realisieren.

Welche Bedeutung die Nutzer den einzelnen Facetten ihrer Identität beimessen, hängt von individuellen Dispositionen (allen voran: Gesundheitszustand und Lebenssituation) und dem jeweiligen Nutzungskontext (z. B. einmaliger Krankenhausbesuch versus Langzeitpflege) ab.

Der Begriff Nutzeridentität ist dabei bewusst in Abgrenzung zur Nutzerrolle gewählt: Während Rollendefinitionen stets einen exklusiven und statischen Charakter haben, indem sie kontextabhängig klar voneinander zu trennende Handlungsmuster für Akteure festschreiben und adressieren, impliziert die Bezeichnung »Nutzeridentität« einen größeren persönlichen Freiraum hinsichtlich der eigenen Gewichtung und Gestaltung von Identitätsmerkmalen und Rollenanforderungen. So werden beispielsweise

Versicherte seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwangsläufig als Konsumenten adressiert. Es liegt jedoch an ihnen, ob sie ihre Konsumentenidentität aktiv geltend machen, indem sie »maßgeschneiderte« Wahl- und Zusatztarife zusätzlich zum GKV-Basisversicherungsschutz kaufen, oder derartige Angebote bewusst ignorieren.

Welche Nutzeridentitäten in der Praxis zählen

Nutzer des Gesundheitswesens agieren zur gleichen Zeit als Bürger, Patienten und Koproduzenten, Konsumenten und Gemeinschaftsmitglied. Welche Identitätsmerkmale wann in welcher Gewichtung zur Geltung kommen, ist nicht beliebig, sondern wird erheblich durch das jeweilige Framing von Versorgungsarrangements beeinflusst.

Nutzer stehen vor der Herausforderung, mehrere Interessen und Ziele parallel verfolgen zu müssen. Was das in der Praxis bedeutet, kann am Beispiel von Disease Management Programme (DMP) erläutert werden. Als integrierte Versorgungskonzepte sollen Disease Management Programme die medizinische Versorgung chronisch-kranker Menschen (z. B. Asthmatiker, Diabetiker oder Patientinnen mit Brustkrebs) koordinieren und deren dauerhafte und evidenzbasierte Therapie gewährleisten. Welche Nutzeridentitäten werden durch Disease Management Programme aktiviert?

In sozialversicherungs-basierten Gesundheitssystemen sind Nutzer als Bürger und Versicherte berechtigt an Disease Management Programmen teilzunehmen. Gleichwohl hat eine DMP-Teilnahme ambivalente Konsequenzen für die Bürgeridentität von Nutzern: Einerseits verspricht sie die bestmögliche Versorgung gemäß dem individuellen Bedarf, andererseits wird ein hohes Gut des Versichertenstatus, die freie Arztwahl, durch die DMP-Teilnahme temporär eingeschränkt. (2)

Idealerweise basieren Disease Management Programme auf »produktiven Interaktionen« (Wagner et al. 1996) zwischen Nutzern und Professionellen. Chroniker werden also bewusst nicht als Patienten, sondern als Koproduzenten ihre eigene Gesundheit adressiert. DMP-Nutzer »koproduzieren« den Erfolg medizinischer Behandlungen, in dem sie sich zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil verpflichten.

Ebenso wird von ihnen erwartet, dass sie ihren Gesundheitszustand fortlaufend dokumentieren, Wissen und Kompetenz in Bezug auf ihre Erkrankung erwerben und pro-aktiv mit Ärzten, Therapeuten und Pflegeern ihres Versorgungsnetzwerkes kommunizieren. Indem Disease Management Programme für Qualitäts- und Kostenaspekte von medizinisch-pflegerischen Leistungen sensibilisieren, betonen sie die Konsumentenidentität von Nutzern.

Chronisch-krankte Nutzer sollen Krankenkassen und Versicherungstarife nach der Güte und des Zuschnitts, der von ihnen angebotenen Disease Management Programme, auswählen und gegebenenfalls wechseln. Ferner besitzen DMP-Nutzer aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit Professionellen und Leistungsanbietern einen Expertenstatus, was die Bewältigung ihrer Erkrankung betrifft, von dem andere Nutzer (»fellow patients«) profitieren können. Einige Disease Management Programme fördern daher den Austausch und gegenseitiges Lernen zwischen DMP-Nutzern und aktivieren somit deren Identität als Gemeinschaftsmitglied.

Zusammenfassend ist festzustellen: Eindimensionale Rollenzuschreibungen, wie die des Patienten oder Leistungsempfänger, werden der Logik von Disease Management Programme nicht gerecht. Der potentielle Nutzen von Disease Management Programmen – eine medizinisch effektivere und ökonomisch effizientere Versorgung von Chronikern – basiert gerade darauf, unterschiedliche Identitäten von Nutzern zu adressieren und einzubinden.

Fazit

In realen Nutzungssituationen des Gesundheitswesens treffen Menschen mit ihren vielschichtigen Identitäten und Ansprüchen auf systembedingte und standardisierte Muster der Nutzeradressierung und Nutzeraktivierung.

Dabei divergieren die Erwartungshaltungen beider Seiten erheblich: Während Nutzer sich wünschen von Ärzten und Pflegeern als »ganze Person«, also als Bürger und Gemeinschaftsmitglied aber auch hinsichtlich ihrer Patientenbiografie, gewertschätzt zu werden, sind Professionelle und Leistungsanbieter wiederum auf die aktive Mitarbeit, pragmatische Entscheidungen und Compliance von Nutzern angewiesen.

Das Ziel von Nutzerorientierung muss es daher sein, die Nutzerposition innerhalb dieses Grundkonflikts von gesundheitlicher Versorgung uneingeschränkt zu stärken. Dies setzt die Anerkennung pluraler Nutzeridentitäten sowie eine kritische Debatte hinsichtlich deren relativen Gewichtungen voraus.

Zur Diskussion steht folglich die Frage, an welchen Nutzertyp sich das Gesundheitswesen vorrangig richten soll: kompetente Koproduzenten und smarte Konsumenten oder bedürftige Patienten mit individuellen Vorstellungen von guter Versorgung?

Anmerkungen

- (1) Die reflexhafte Verwendung des Begriffs im Zusammenhang mit dem Gebrauch des Internets und Sozialer Medien entwickelte sich erst in den Folgejahren.
- (2) DMP-Nutzer verpflichten sich in der Regel nur diejenigen Ärzte und Therapeuten aufzusuchen, die offiziell am jeweiligen Versorgungsprogramm mitwirken. ■

Literatur



Ewert, B. (2013): Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen, Wiesbaden: VS Verlag.

Friesacher, H. (2010): Nutzerorientierung. Zur normativen Umcodierung des Patienten. In: Paul, B., Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag, S. 55-72.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung, Bonn.

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.