
Sozialpolitik und Sozialstaat

Herausgegeben von

A. Evers, Gießen, Deutschland

R. G. Heinze, Bochum, Deutschland

S. Leibfried, Bremen, Deutschland

L. Leisering, Bielefeld, Deutschland

T. Olk, Halle-Wittenberg, Deutschland

I. Ostner, Göttingen, Deutschland

Benjamin Ewert

Vom Patienten zum Konsumenten?

Nutzerbeteiligung und Nutzer-
identitäten im Gesundheitswesen



Springer VS

Benjamin Ewert
Gießen, Deutschland

Dissertation Justus-Liebig-Universität, 2012

ISBN 978-3-658-00432-3

ISBN 978-3-658-00433-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-00433-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer-vs.de

Danksagung

Die Entstehung der vorliegenden Dissertation, angefangen von der Entwicklung der Forschungsfrage und des theoretischen Rahmens bis hin zur Auswertung der Empirie, erfolgte in mehreren Phasen. Kontinuierlich begleitet und herausgefordert wurde ich in diesem mehrjährigen Prozess von Prof. Dr. Adalbert Evers. Als „Doktorvater“ gelang es ihm ein gleichermaßen produktives wie anregendes Betreuungsverhältnis zu entwickeln, in dem Unterstützung und intellektueller Ansporn in Balance zueinander standen. Hierfür danke ich Adalbert Evers von Herzen.

Dank gebührt aber auch meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Christoph Strüncik für nützliche Vorschläge und Empfehlungen hinsichtlich der Veröffentlichung der Arbeit sowie Ewa Przeddecka und Kerstin Hämel für ihre konstruktive inhaltliche Kritik und freundschaftliche Kollegialität.

Wichtige Kontakte in die Selbsthilfeszene vermittelte mir Jürgen Matzat, Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Gießen – auch an ihn ist ein herzliches Dankeschön gerichtet. Ebenso an alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, die mir bereitwillig Rede und Antwort standen.

Gießen, September 2012

Benjamin Ewert

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	5
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	13
1 Einleitung	17
1.1 Problemaufriss	17
1.2 Analytisches Konzept	19
1.3 Untersuchungsfeld	21
1.4 Untersuchungsmethode und Forschungsfrage	23
1.5 Aufbau der Arbeit	25
2 Das Gesundheitssystem im Kontext neuerer sozialpolitischer Leitbilder	27
2.1 Weshalb und mit welchen Mitteln Sozialpolitik?	28
2.2 Vor welchem Hintergrund entsteht Sozialpolitik?	32
2.3 Sozialpolitische Governance.....	35
2.4 Neue Leitbilder: „aktivierender Staat“ und „Sozialinvestitionen“	36
Exkurs A: Eduard Heimanns Soziale Theorie des Kapitalismus	38
2.5 Ökonomisierung und Vermarktlichung von Sozialpolitik	40
2.6 Demokratietheoretische Implikationen.....	42
2.7 Zwischenergebnis	44

3	Das Erbe des deutschen Gesundheitswesens	47
3.1	Grundzüge der korporatistischen Steuerung	47
3.2	Gesundheitsversorgung als Element von Staatsbürgerschaft	49
3.3	Die Vertretung von Nutzerinteressen	50
3.4	Professionen: Definitionsmacht und Rollenbilder	53
3.5	Zwischenergebnis	56
4	Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem	59
4.1	Der Wandel von kollektiver Nutzerpartizipation	60
4.1.1	Fürsorgeorganisationen	62
4.1.2	Gesundheits- und Selbsthilfebewegung	63
4.1.3	Konsumentenschutz und Kompetenzvermittlung	67
4.1.4	Zwischenergebnis	70
4.2	Die Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen	71
4.2.1	Diagnosis Related Groups (DRG)	74
4.2.2	Disease-Management-Programme (DMP)	75
4.2.3	Medizinische Leitlinien und Qualitätskontrolle	76
4.2.4	Schärfung des Kostenbewusstseins von Nutzern	78
4.2.5	Zwischenergebnis	81
4.3	Die Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen	83
4.3.1	Auswahl zwischen Krankenkassen und Tarifpaketen	85
4.3.2	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	87
4.3.3	Zahnersatz	88
4.3.4	Arzneimittelversorgung	89
4.3.5	Selektivverträge	90
4.3.6	Zwischenergebnis	92
4.4	Das Gesundheitswesen als Teil wissensbasierter Dienstleistungsgesellschaften	93
4.4.1	Modernisierung von Medizin und Gesundheit	93
4.4.2	Gesundheitswissen als lebensstilorientierte Alltagskompetenz	96
4.4.3	Gesundheitswissen im Internet	98
4.4.4	Personalisierung der Gesundheitsversorgung	101
4.4.5	Koproduktion im Arzt-Patient-Verhältnis	103
4.4.6	Wissensmanagement in der Chronikerversorgung	106

4.4.7	Grenzen der Koproduktion	110
4.4.8	Zwischenergebnis	111
4.5	Zusammenschau der Modernisierungsdimensionen	113
5	Reformperspektiven für Nutzer: Wahl- und Mitspracheoptionen im Gesundheitswesen	119
5.1	Libertarian paternalism	120
5.2	Hirschmans Triade aus <i>exit</i> , <i>voice</i> und <i>loyalty</i>	124
5.3	<i>Choice</i> als Versprechung moderner Sozialpolitik	126
5.4	Auswirkungen von mehr <i>choice</i> im deutschen Gesundheitswesen	128
5.5	Zwischenergebnis	132
6	Multiple Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen: Nutzer als Bürger, Patienten u. Konsumenten	135
6.1	Pluralisierung von Nutzerrollen	135
6.2	Ursprünge multipler Nutzeridentitäten	142
	Exkurs B: Pragmatisches Handeln am Beispiel von DMP	145
	Exkurs C: Wahltarife in der GKV als Beispiel präformierter Verwirklichungschancen	149
6.3	Die Nutzerfigur im Spiegel sozialpolitischer Diskurse	151
6.4	Zum Stand der Nutzerforschung in Deutschland	154
6.5	Identitätsdimensionen von Nutzern	157
6.6	Welche Nutzeridentitäten zählen in realen Versorgungskontexten?	167
6.7	Zwischenergebnis	174
7	Multiple Nutzeridentitäten als Herausforderung für Nutzerorganisationen	177
7.1	Ziele und Aufgaben von Nutzerorganisationen	177
7.2	Verschiebungen im Aufgabenspektrum	178
7.3	Anbieter abhängiger Nutzerunterstützung	183

7.4	Anbieter unabhängiger Nutzerunterstützung	185
7.5	Anpassung von Nutzerleitbildern.....	192
7.6	Zwischenergebnis	196
8	„Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher im Regen stehenlassen“	199
8.1	Anlage und Methode der empirischen Untersuchung	199
8.2	Das Gesundheitswesen aus Perspektive von Nutzervertretern.....	203
8.2.1	Solidarität als Wertmaßstab	204
8.2.2	Vorstellungen zum nutzerfreundlichen Markt	207
8.2.3	Dimensionen des Kulturwandels im Gesundheitswesen	211
8.2.4	Nutzerrollen aus Expertensicht.....	215
8.2.5	„Eigenverantwortung“: ein deutungsoffener Begriff.....	221
8.2.6	Koproduktion und Mündigkeit als Schlüsselkompetenzen	223
8.2.7	Nutzerwunsch nach einzelfallorientierter Assistenz	226
8.2.8	Zielgruppenorientierung	228
8.2.9	Nutzerorganisationen unter Professionalisierungsdruck.....	232
8.3	Anforderungen an eine moderne Nutzerunterstützung	235
8.3.1	Nutzungsvoraussetzungen: Gesundheits- und Systemwissen.....	236
8.3.2	Anerkennung und Stärkung von Nutzeridentitäten.....	238
8.3.3	Ausdifferenzierung des Marktes an Unterstützungsangeboten.....	242
8.3.4	Nutzerorganisationen als Kompetenzvermittler	246
9	Fazit und Ausblick	251
10	Literaturverzeichnis	261
Anhang	287

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Antriebskräfte moderner Gesundheitssysteme	61
<i>Abbildung 2:</i>	Das <i>Chronic Care Model</i> (CCM) in deutschsprachiger Adaption	108
<i>Abbildung 3:</i>	Nutzerrollen nach Dierks et al. (2001: 5)	156
<i>Abbildung 4:</i>	Identitäten, Rollenanforderungen, Ziele, Kompetenzen und Beziehungsdimensionen innerhalb von Gesundheitssystemen.....	162
<i>Abbildung 5:</i>	Beziehungsdimensionen im Gesundheitssystem	166

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 Atemwegerkrankungen
CSU	Christlich Soziale Union
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DBR	Deutscher Behindertenrat
DDB	Deutscher Diabetiker Bund

DGbV	Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e. V.
DGVP	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
EURORDIS	European Organisation for Rare Diseases
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
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
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