

Anja Dieterich

Krankenversorgung als Hilfe zur Selbsthilfe?

Risiken und Nebenwirkungen von Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patient/-innen für die Versorgungsgestaltung

Zusammenfassung

Neue Idealvorstellungen von Patient/-innen, welche eigenverantwortlich ihre Gesundheit und Krankheit managen, prägen die Darstellungen in Presse und Fachöffentlichkeit. Dieser Rollenwandel geht einher mit einer neuen präventiven Orientierung im Gesundheitssystem. Er führt weg vom traditionellen Bild von Patient/-innen, das eher mit dem Erdulden von Krankheit und Leiden assoziiert war. Im Vordergrund stehen neue Leitideen der Gestaltbarkeit von Gesundheit und Vermeidbarkeit von Krankheit. Damit wird das ›Prinzip Eigenverantwortung‹ ausgeweitet. Die individualisierte Zuständigkeit für Gesundheit bezieht sich nicht mehr nur auf gesunde Individuen, sondern prägt auch die Diskurse im Feld der Krankenversorgung, d. h. in Phasen von Krankheit und über die gesamte Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter. Der Beitrag untersucht anhand von empirischen Textbeispielen aus dem Mainstream der Gesundheitspolitik, welche Konsequenzen neue Idealvorstellungen von Patient/-innen für die Versorgungsgestaltung im kurativen Sektor haben.

1. Einleitung: Neue Rollen für Patient/-innen in der Krankenversorgung: Das Prinzip Eigenverantwortung

Die Idealvorstellungen davon, wie Patient/-innen sich verhalten und welche Eigenschaften sie haben sollten, befinden sich derzeit im Wandel. Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Autonomie, Mündigkeit etc. sind vielzitierte Schlagworte in der Presse, aber auch in der Fachöffentlichkeit der professionellen Akteure des Gesundheitssystems.

Parallel zu neuen propagierten Eigenschaften von Patient/-innen fällt auf, dass auch die explizite Orientierung auf Patienteninteressen als Zielkriterium für die Versorgungsgestaltung¹ in jüngster Zeit

¹ Mit Versorgungsgestaltung sind im Folgenden all diejenigen Bemühungen gesundheitspolitischer und professioneller Akteure zusammengefasst, die in Routinen

an Aufmerksamkeit gewonnen hat²: Zwar nahm sich wohl auch der paternalistische Arzt der Vergangenheit als ›zum Wohle des Patienten‹ tätig wahr, neu ist aber, diese Ausrichtung zur Werbung für die eigene Sache zu verwenden: Wer gegenwärtig im Gesundheitswesen positive Eigenschaften innovativer Versorgungsformen herausstellen will – und zwar so unterschiedliche, wie ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement, moderne Gesprächsführungskonzepte oder auch Altenhilfenetzwerke – tut gut daran, diese ausdrücklich als ›patient/-innen- oder ›nutzer/-innenorientiert‹ anzupreisen. Was dies jeweils inhaltlich bedeutet, ist heterogen und nicht immer auf den ersten Blick ersichtlich. Oft scheint jedoch das Label ›Patient/-innenorientierung‹ mit Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patient/-innen und gleichzeitig mit Zielsetzungen einer vermehrt präventiven Orientierung des Gesundheitssystems einherzugehen. Patient/-innen sollen idealerweise im Versorgungssystem Unterstützung erhalten, (mehr) Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Vor dem Hintergrund des sich wandelnden Krankheitsspektrums und demographischen Wandels ist hiermit nicht selten auch die Hoffnung auf eine sparsamere Nutzung des Versorgungssystems durch Krankheitsvermeidung verknüpft.

Der vorliegende Beitrag untersucht, welche Auswirkungen neue, oft implizit vorangestellte Idealvorstellungen eigenverantwortlicher Patient/-innen speziell für den Bereich der Krankenversorgung, d. h. den traditionell kurativ orientierten Sektor des Gesundheitssystems haben, der v. a. die Heilung und Versorgung von Patient/-innen³, d. h. Individuen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden zum Gegenstand hat.

der Patientenversorgung eingreifen. Zugrunde liegt die These, dass gegenwärtig einflussreiche Diskurse die Handlungsorientierungen der Akteure im Gesundheitssystem auf verschiedenen Ebenen, d. h. beispielsweise sowohl in individuellen Patient/-innenkontakten als auch in gesundheitspolitischen Policies beeinflussen.

2 Für eine aktuelle Bestandsaufnahme und Analyse s. Mozygemba (2009).

3 Als Anzeichen für sich wandelnde Vorstellungen von Patient/-innen kann die Fülle neuerer Bezeichnungen verstanden werden, um die der traditionelle Begriff des/der Patient/-in gegenwärtig ergänzt wird. Abhängig von der Perspektive und den Interessen der Akteure ist von Klient/-innen, Nutzer/-innen, Verbraucher/-innen, Kund/-innen etc. die Rede. Für die jeweilige Begriffswahl ist beispielsweise einflussreich, ob die Sprecher/-innen sich eher in der Versorgungspraxis oder auf der Ebene der Systemgestaltung verorten. Außerdem werden weitere Haltungen der Akteure wie eine ökonomische Orientierung (Kund/-in) oder ein partnerschaftliches Beziehungsverständnis (Klient/-in) transportiert. In diesem Text wird von Patient/-innen gesprochen, da der Aspekt der Krankenversorgung im Vordergrund steht.

Ziel ist es, die Funktionsweisen aktueller Vorstellungen von Patient/-innen und damit einhergehender ›patientenorientierter‹ Versorgungsziele in professionellen Diskursen zur Gestaltung der Krankenversorgung herauszuarbeiten. Welche Chancen, aber auch welche potenziellen Nachteile für Patient/-innen sind mit dem aktuellen Rollenwandel verknüpft? Welche neuen Verhaltensweisen und Normen werden professionellen Akteuren und Patient/-innen nahegelegt? Welche werden abgewertet, ausgeschlossen bzw. sanktioniert? Die Analyse professioneller Vorstellungen von den ›Adressat/-innen‹ neuer Versorgungsansätze beinhaltet auch, danach zu fragen, welche Versorgungsansprüche sich für Patient/-innen daraus jeweils ableiten bzw. in Frage gestellt werden.

Den Ausführungen liegt zunächst ganz allgemein die These zugrunde, dass die Vorstellungen, die mit dem Begriff des/der Patient/-in verknüpft werden, wesentlichen Einfluss darauf haben, wie Versorgung von professioneller Seite gestaltet wird. Spezifischer wird postuliert, dass an Patient/-innen gegenwärtig Idealvorstellungen von eigenverantwortlichen, autonomen und mündigen Subjekten herangetragen werden, die im Bereich der Krankenversorgung zu einer Individualisierung der Zuständigkeit für Gesundheit führen. Diese wird inhaltlich verknüpft mit einer vermehrt präventiven Orientierung des Versorgungssystems thematisiert. Durch diese Entwicklungen weitet sich der Fokus (individueller) Verantwortung zur Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung aus: Er ist nicht nur auf gesunde Individuen gerichtet, sondern wächst als Anforderung über den gesamten Lebensverlauf hinweg, auch in Phasen von Krankheit und Leiden, bis hin zur Pflegebedürftigkeit im hohen Alter.

Eine Möglichkeit, unterschiedlichen Nutzungsweisen, Funktionen oder auch Instrumentalisierungsmöglichkeiten der skizzierten Entwicklungen auf die Spur zu kommen, ist eine Analyse des Sprachgebrauchs von gesundheitspolitischen Akteuren⁴.

4 Methodisch liegt hier eine diskursanalytische Forschungsperspektive zugrunde. Mit Diskursen sind im Folgenden (im Anschluss an Foucault) Praktiken des Sprachgebrauchs durch gesellschaftliche Akteure, d.h. institutionell oder thematisch abgrenzbare gebräuchliche Deutungsweisen eines Begriffs oder plausibel scheinende Argumentationslogiken gemeint, die sich offenbar gegen andere durchsetzen konnten – und so als einflussreich bzw. machtvoll für die Gestaltung von (Versorgungs-) Realität gelten können – und für diese konstitutiv sind. Diskurse bilden »Praktiken, die im sozialen Leben den Status objektiver Wahrheiten und der Faktizität sozialer Tatsachen annehmen« (Bublitz 2001). Mit dieser Forschungsperspektive, orientiert an der wissenssoziologischen Diskursanalyse, wird darauf fokussiert, wie durch Sprache und Zeichengebrauch der gesellschaftlichen Akteure Wissen zirkuliert und dadurch Wirklichkeit – und Ordnungen in institutionellen Feldern der Gesellschaft – hergestellt werden. In der empirischen Anwendung erhalten dementsprechend die

Dafür werden beispielhaft veröffentlichte Positionen aus dem gesundheitspolitischen ›Mainstream‹, d. h. programmatische Schlüsseltexte der Bundesregierung, herangezogen und die Bilder, die diese von Patient/-innen transportieren sowie deren Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung herausgearbeitet. Die empirischen Beispiele wurden so ausgewählt, dass drei zentrale Handlungsebenen berücksichtigt sind. Im ersten Textausschnitt geht es um die Rolle von individuellen Patient/-innen im Gesundheitssystem, im zweiten Fall um die Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient, das letzte Beispiel beschreibt neue Zielsetzungen für die Systementwicklung anhand des Anwendungsfeldes der Altenversorgung. Entsprechend können anhand dieser Beispiele folgende Forschungsfragen bearbeitet werden:

Wie werden Patient/-innen aktuell ›gedacht‹ bzw. welche typischen Eigenschaften und Idealvorstellungen werden aktiviert?

Welche Interaktionsformen zwischen Professionellen und Patient/-innen werden in diesem Zusammenhang für wünschenswert gehalten?

Welche Ziele für die Systemgestaltung ergeben sich daraus?

2. Zuschreibungen an ›zeitgemäße‹ Patient/-innen

Gute Leistungen müssen auch eingefordert werden. Den Patientinnen und Patienten kommt hier eine wichtige, aktive Rolle zu. Sie sind nicht nur Behandelte, sondern auch Handelnde. Als mündige Partner im Gesundheitswesen tragen sie dazu bei, Missstände und Mängel auszugleichen – indem sie auf Qualität achten, Angebote vergleichen, kritisch nachfragen und sich zugleich für die eigene Gesundheit aktiv engagieren. (BMG 2006)

Dieses kurze Zitat bündelt in prototypischer Weise Eigenschaften, die Patient/-innen in der gesundheitspolitischen (Fach-)Öffentlichkeit gegenwärtig zugesprochen werden. Patient/-innen werden als aktiv Handelnde auf Augenhöhe beschrieben, die für die Qualität ihrer Versorgung mitverantwortlich sind. Es wird den Einzelnen beispielsweise nahegelegt, sich adäquat zu informieren und Konsumenten-Eigenschaften an den Tag zu legen, d. h. zwischen wettbewerblich vorhandenen Angeboten auszuwählen. Dadurch werden Effekte erhofft, mit denen die Qualität des Versorgungssystems insgesamt gefördert wird – d. h.

jeweiligen Sprecherpositionen der Akteure und die zugrunde liegenden Machtverhältnisse, die zu »ungleich verteilten Ressourcen der Resonanzzeugung und Artikulation« führen, zentrale Aufmerksamkeit (Keller 2004). Die Rekonstruktion, d. h. Sichtbarmachung von Diskursen eröffnet die Möglichkeit, hinter Reformimpulsen stehende, teilweise widersprüchliche Interessenlagen herauszuarbeiten – und die (strategischen) Positionen einzelner Akteure in dieser Gemengelage zu analysieren.

Misstände und Mängel ausgeglichen werden. Implizit wird hier auch eine präventive Handlungsorientierung des/der Einzelnen als wünschenswert formuliert, stets im Sinne der bestmöglichen Gesundheit zu handeln – auch hier nicht zuletzt im Interesse einer hohen Effizienz des Versorgungssystems, d. h. ›zum Wohle aller‹.

Einerseits wird durch diese Darstellungsweise Patient/-innen ein Machtzuwachs eingeräumt und gleichzeitig die demokratische Orientierung des ›Sprechers‹ Bundesministerium untermauert. Dies geht jedoch mit spezifischen Aufgabenstellungen einher: Die Positionierung von Patient/-innen als zentrale Akteure des Gesundheitssystems und mündige Bürger erlaubt, diesen auch eine moralische Verpflichtung zur Übernahme bürgerschaftlicher Verantwortung für das Gemeinwohl zuzuweisen (Pflicht zur Gesundheit). Patient/-innen werden als wichtige Stellschraube im System verstanden und sollen durch adäquate Verhaltensweisen die Systemqualität fördern.

Ähnliche Idealvorstellungen tauchen in dem Zitat im Zusammenhang mit der Frage auf, wie Patient/-innen mit medizinischem Fachwissen umgehen sollten: Mit der Anforderung ›kritisch nachfragen‹ lassen sich neue Konzepte der Beziehung zwischen Professionellen und Patient/-innen assoziieren (siehe im Detail Kap. 3). Indem gefordert wird, dass Patient/-innen sich umfassend informieren, soll zweierlei erreicht werden: Erstens wird erhofft, dass dadurch eine Controlling-Funktion auf das vorhandene Versorgungsangebot ausgeübt wird – durch die steuernde Wirkung der Patient/-innen- bzw. Nachfrageströme. Implizit vorausgesetzt wird hier, dass die Nachfrage stets rationalen/wünschenswerten Kriterien folgt. Dieses ›Rationalitätskonstrukt‹ lässt sich noch weitergehend hinsichtlich wünschenswerter Verhaltensweisen von Patient/-innen interpretieren: Es wird vorausgesetzt, dass ein ›adäquater‹, d. h. vermeintlich ›objektiver‹ Wissensstand bei Patient/-innen auch medizinisch rationale Verhaltensweisen nach sich zieht: Wie auch in ausdifferenzierten aktuellen Konzepten zur Compliance bzw. Adherence ausgeführt (bspw. Scheibler 2004), sollen Patient/-innen durch Aufklärung und Vermittlung von Fachwissen professionelle Entscheidungs-Algorithmen so plausibel gemacht werden, dass sie nicht mehr aufgrund von Anweisungen Behandlungspläne einhalten, sondern aus eigenem Antrieb kooperieren. Überspitzt formuliert, wird damit eine höhere praktische Umsetzungsrate medizinischer Interventionen mit dem individuellen Patient/-innenwohl gleichgesetzt (ein Ziel, das auch kritisch hinsichtlich paternalistischer Züge hinterfragt werden kann). Bemerkenswert ist, dass auch diese Logik durch ihre Verknüpfung von

wünschenswertem individuellem Verhalten und dessen Auswirkungen auf das Versorgungssystem vielversprechend wirkt: Durch optimale Compliance kann gleichzeitig die Versorgungseffizienz erhöht werden.

Indem Patient/-innen gleichermaßen Verantwortungsbewusstsein, Lernfähigkeit und eine Handlungsorientierung an rationalen Entscheidungskriterien zugeschrieben werden, erscheinen sie als idealer Hebel und Ansatzpunkt für die Lösung struktureller und finanzieller Probleme im Gesundheitswesen.

Wie beispielhaft anhand des Zitats verdeutlicht, erreichen insbesondere jene Zuschreibungen eine hohe Plausibilität, die gleichzeitig positive Effekte sowohl für individuelle Patient/-innen als auch für das Versorgungssystem aufweisen.

Insbesondere die Forderung nach Verhaltensprävention durch Patient/-innen selbst erscheint angesichts von Engpässen des Versorgungssystems, beispielsweise unbefriedigenden Behandlungskonzepten zur Bewältigung chronischer Erkrankungen, als vielversprechender Lösungsansatz für Strukturprobleme. Patient/-innen sollen durch eigenverantwortliches Verhalten, das hier gleichbedeutend mit bestmöglicher Risikovermeidung und individueller Gesundheitsförderung ist, Prävention betreiben – so lassen sich gleichzeitig Erkrankungs-Inzidenzen und damit Kosten senken.

Vorstellungen von Patient/-innen sind jedoch nicht losgelöst von anderen Akteursinteressen zu sehen. Wie Patient/-innen beschrieben und bewertet werden, hängt mit der Wahrnehmung gesundheitspolitischer Problemlagen und dem jeweiligen Verständnis davon zusammen, wie und von wem diese Probleme gelöst werden sollen. Die hier angerissenen Zuschreibungen zeigen ambivalente Auswirkungen dahingehend, dass einerseits Kompetenzen und Handlungsoptionen von Patient/-innen hervorgehoben und diese damit aufgewertet werden – wodurch sich Chancen für verbesserte Einflussmöglichkeiten von Betroffenen in die Versorgungsgestaltung bieten. Andererseits sind gängige Zuschreibungen normierend mit Aufgabenstellungen verknüpft, welche individuelle Verantwortung als Ansatzpunkt für Gesundheit und für die Lösung gesundheitspolitischer Probleme zentral setzen. Dadurch werden Verhaltensweisen von Patient/-innen und ihre Interessen hinsichtlich ihrer – mehr oder weniger wünschenswerten – Effekte für die Systemgestaltung bewertet bzw. geraten zugunsten anderer Akteursinteressen in den Hintergrund.

Zusammenfassend findet hier eine Verschiebung der Zuschreibung von Verantwortung statt, welche die Bedeutung von Prävention (Vorsorge) ebenso betont, wie die aktive Beteiligung von Patient/-innen bei der ›Hei-

lung« bzw. dem »Management« von Krankheiten. Traditionell mit dem Patient/-innenstatus verknüpfte Charakteristika des (passiven) Erleidens bzw. Erduldens eines als schicksalhaft erlebten Krankheitsgeschehens werden durch Vorstellungen abgelöst, in denen die Gestaltbarkeit des individuellen Gesundheitsstatus im Vordergrund steht. Mehr oder weniger implizit droht hier gleichzeitig als neue »Kehrseite«, dass Krankheit als individuelles Versagen und Schwäche schuldhaft erlebt wird. Letzteres ist insbesondere dadurch möglich, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen, d. h. sozial bedingt ungleiche Voraussetzungen für Gesundheit, Kommunikation und Teilhabe an der Versorgung in diesem Diskurs nicht thematisiert werden. Wie bereits angedeutet, zeigen sich ähnlich ambivalente Auswirkungen dieser neuen Rollenzuweisungen für Patient/-innen auch in aktuellen Beschreibungen einer innovativen Beziehungsgestaltung im Professionellen-Patient-Verhältnis⁵.

3. Konstruktionen einer »zeitgemäßen« Interaktion: Patient als Partner

Bei der partizipativen Entscheidungsfindung sind Ärzte und Patienten hinsichtlich der Auswahl einer Behandlung gleichberechtigte Partner. Informationen fließen in beiden Richtungen, beide Personen bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv in den Abwägungsprozess ein und verantworten gemeinsam die getroffene Entscheidung. (Härter/Simon o.J.)

Die 2001 erfolgte Einrichtung eines Förderschwerpunktes »Patient als Partner« des Bundesministeriums für Gesundheit, mithilfe dessen Möglichkeiten der Patientenbeteiligung erforscht werden sollen, zeigt, welche Vorstellungen eines zukünftigen Umgangs mit Patient/-innen gegenwärtig an Bedeutung gewinnen. Als anachronistisch verstandene paternalistische Interaktionsformen, so suggeriert der Terminus »Patient als Partner«, sollen durch eine Beziehungsgestaltung »auf Augenhöhe« abgelöst werden.

Die Einrichtung eines solchen Schwerpunkts auf Bundesebene ist als diskursprägende forschungspolitische Weichenstellung zu interpretieren, nicht zuletzt da sie mit Ressourcenvergaben für Forschungsinstitutionen verbunden ist und so Konturen und »Mainstream« der Wissensproduktion mitsteuert.

Zwei Relevanzsetzungen kennzeichnen die Ausrichtung des Förderschwerpunktes, die gleichzeitig die Ein- und Ausschlusskriterien

5 Üblicherweise ist vom Arzt-Patient-Verhältnis die Rede. Hier sind breiter alle Beziehungen von Patient/-innen zu professionellen Akteuren im Gesundheitswesen gemeint (z. B. Pflegekräfte, Psycholog/-innen, Sozialarbeiter/-innen u. a. m.).

markieren, wie sie in gegenwärtigen Debatten zur Versorgungsgestaltung einflussreich sind: Erstens wird auf medizinische Entscheidungsprozesse fokussiert und so vorwiegend über Ärzt/-innen gesprochen, welche auch ganz überwiegend Akteure und Mittelempfänger des Förderschwerpunktes sind. Andere Berufsgruppen tauchen eher am Rande und meist im Rahmen von Delegationsaufgaben auf. Dieser Fokus entspricht der zentralen Rolle der Ärzteschaft im deutschen Gesundheitssystem, welcher die Definitionsmacht über medizinische Entscheidungen gesetzlich zugesprochen ist. Gleichzeitig wird deren Rolle jedoch reproduziert, indem außer Acht gelassen wird, dass – im internationalen Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen – ebenfalls überarbeitungswürdige hierarchische Interaktionsformen zwischen den Berufsgruppen nicht thematisiert werden (z. B. »Pflegerkraft als Partner«).

Zweitens setzen die Fragestellungen dezidiert beim individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis an. Auch hier lassen sich ambivalente Konsequenzen beschreiben: Der Schwerpunkt »Patient als Partner« erhöht die Sichtbarkeit von vielfach kritisierten Missständen der Kommunikation mit Patient/-innen und bildet Perspektiven für eine Weiterentwicklung professioneller Kompetenzen in diesem Bereich (Klemperer 2003). Es bietet sich die Chance, Konzepte der Gesprächsführung zu entwickeln, welche die individuellen Bedürfnisse unterschiedlicher Patient/-innen in den Mittelpunkt rücken. Mit diesem Individuumsbezug, der für eine Handlungswissenschaft wie die Medizin charakteristisch ist, geraten jedoch gesellschaftlich übergeordnete, d. h. strukturelle und kulturelle Einflussfaktoren in den Hintergrund: Eine partizipative *Systemgestaltung* unter Einbezug der Betroffenen zu fördern – ein Ansatz, der in Deutschland vergleichsweise unterentwickelt ist – wird hier nicht zum Gegenstand des Forschungsinteresses gemacht. Insofern folgen auch in diesem Forschungsschwerpunkt die Relevanzsetzungen der Logik einer individualisierten Zuständigkeit für Gesundheit.

Eine weitere Analysemöglichkeit des Trends »Patient als Partner« ergibt sich aus der Logik standespolitischer Interessen: Bewertet man aktuelle professionelle Konzeptentwicklungen als Reaktion auf »von außen« kommende Verschiebungen im Verhältnis von Patient/-innen zum Gesundheitssystem, bedingt durch Demokratisierungsprozesse oder einen zunehmenden Einfluss der Verbraucherbewegung, lässt sich die propagierte Partnerschaftlichkeit der Beziehung auch als Anpassungsleistung interpretieren. Insbesondere die Ärzt/-innen selbst – als Protagonisten des o. g. Förderschwerpunktes – stellen sich veränderten Bedingungen gegenüber als anpassungsfähig und flexibel dar und kom-

pensieren einen drohenden Bedeutungsverlust als Experten, indem sie sich als Berater und Entscheidungshelfer umdefinieren.

Limitierende Faktoren, welche die Umsetzung der Idealvorstellung ›Patient als Partner‹ hemmen, wie beispielsweise ein vorhandenes Gefälle an Macht und Wissen zwischen Ärzt/-innen und Patient/-innen oder sozial bedingt ungleiche Kommunikationsvoraussetzungen verschiedener Patient/-innengruppen, werden in diesem Diskurs nicht oder nur am Rande thematisiert. Insbesondere die Tatsache, dass bisher keine wirksamen systembezogenen Aktivitäten, die über individuelle Patient/-innenbildung hinausgehen, entwickelt werden, lässt den Ansatz ›Patient als Partner‹ als eine Ungleichheit zementierende und reproduzierende Ideologie erscheinen.

Die Neu-Ordnungen der Beziehung zwischen Professionellen und Patient/-innen, wie sie hier für die *individuelle* Interaktion skizziert wurden, spiegeln sich auch in Ansätzen innovativer Versorgungsgestaltung, die stärker auf eine Modifikation von Versorgungsstrukturen angelegt sind, wider. Im Folgenden wird dies exemplarisch am Beispiel aktueller Zielformulierungen für die Versorgung älterer Menschen illustriert.

4. Vorstellungen wünschenswerter Versorgungsziele:

Das Prinzip Eigenverantwortung am Beispiel Altenversorgung

Das Bild vom Alter und von den Alten ändert sich. Die Menschen werden nicht nur immer älter, sondern bleiben auch länger gesund und fit (...). Älter werden heißt aber – leider – auch, dass chronische Erkrankungen auf dem Vormarsch sind, wenngleich ein paar Jahre später als früher. Mit gravierenden negativen Auswirkungen: auf die Lebenssituation des Einzelnen und dessen Familie, auf die Finanzen der sozialen Sicherungssysteme, auf die Leistungsfähigkeit von Unternehmen und schließlich die Volkswirtschaft. Dagegen kann man viel tun! Mit Gesundheitsförderung und Prävention gerade auch im Alter. (...) Für die Bundesregierung sind deshalb Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (...) eine zentrale Investition in die Zukunft und die Grundlage dafür, dass jede Frau und jeder Mann im Alter so zufrieden und selbständig wie möglich sein Leben gestalten kann. Oft kann dadurch auch Pflegebedürftigkeit vermieden werden. (Bundesregierung 2008)

Stellt man sich Patient/-innen, wie oben hergeleitet, als selbstbestimmte und eigenverantwortliche Subjekte vor, mit denen Versorgungsentscheidungen partnerschaftlich ausgehandelt werden können und sollen, liegt es nahe, auch Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen, die diesen Vorstellungen entsprechen: Eine ideale Versorgungslandschaft müsste die so gedachten Subjekte bestmöglich in ihrer Autonomie unterstützen

und erst dann eingreifen, wenn die individuellen Handlungs- und Bewältigungsspielräume ausgeschöpft sind.

Auch hinsichtlich der Versorgung älterer Menschen tauchen in programmatischen Szenarien für die Gestaltung der Altenversorgung Vorstellungen eines ›eigenverantwortlichen‹ und ›aktiven‹ Alterungsprozesses wieder auf. Alte Menschen werden als gesund und selbstständig dargestellt, idealerweise helfen sie in der Familie und sind zivilgesellschaftlich engagiert. Das primäre *Ziel von Versorgungsangeboten* ist es demzufolge, ältere Menschen zu motivieren gesund zu bleiben, d. h. selbst bei denjenigen Bevölkerungsgruppen die Priorität auf ›Hilfe zur Selbsthilfe‹ zu legen, die anteilig am stärksten von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

Mit dem Ideal von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter gehen Vorstellungen von einer idealen Versorgung einher, die zunächst das Potenzial des/der Einzelnen zur Selbstdisziplinierung maximal nutzt, aus eigener Kraft durch einen vorbildlichen Lebensstil so gesund und aktiv wie möglich zu bleiben, bevor Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden. Der damit einhergehende Fokus auf die Ressourcen und Fähigkeiten älterer Menschen und die Bestrebung, diese Gruppe am gesellschaftlichen Leben weitestmöglich partizipieren zu lassen und Lebensqualität durch die Vermeidung von Krankheit und Isolation zu erhalten, kann für die betreffenden zweifellos positive Entfaltungsmöglichkeiten bieten.

Die problematisierende Lesart wäre, dass auch hier erneut individuelles Handeln als zentrale ›Stellschraube‹ verstanden wird. Durch diese Schwerpunktsetzung erlegt die Bundesregierung als politisch verantwortliche Instanz die Verantwortung für gesundes Altern den Individuen auf. Eine Regierungsverantwortung für die Schaffung der erforderlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wird nicht erwähnt. Vielmehr erscheint ein individueller Lebensstil, der andere Prioritäten als die Förderung der eigenen Gesundheit setzt, in dieser Versorgungslogik als wenig legitim. Es liegt nahe, dass in der weiteren Konsequenz denjenigen Sanktionen drohen, die nicht primär gesundheitsorientiert leben wollen oder können. Beispielsweise sind im SGB XI (§ 6) bereits gesetzliche Mitwirkungspflichten verankert, die von alten Pflegebedürftigen verlangen, aktiv zu einer Verminderung ihrer Pflegebedürftigkeit beizutragen. Wenn auch noch nicht mit Sanktionen verknüpft, zeigen jedoch Beispiele aus anderen Bereichen der Krankenversorgung (z. B. Zahnersatz), wie schnell dieser Schritt vollzogen werden kann.

Auch im angeführten Zitat werden individuelle Aufgabenstellungen

(Verhaltensprävention) mit der Lösung gesellschaftlicher Problemlagen (ökonomische Begründungen) eng verknüpft: Es sind Probleme wie der demographische Wandel und der resultierende Kostendruck im Gesundheitssystem, mit denen hier Handlungsbedarf begründet wird.

5. Übergreifende Analyse: Zum Einfluss aktueller Diskurse um eigenverantwortliche Patient/-innen auf die Versorgungsgestaltung

Die empirischen Beispiele illustrieren verschiedene Handlungsebenen im Gesundheitswesen: Es zeigt sich, dass erstens Zuschreibungen an Patient/-innen populär sind, die diese als eigenverantwortlich, aktiv, informiert, selbstbestimmt, mündig etc. ausweisen. Zweitens gehen damit neue Idealvorstellungen für die individuelle Interaktion zwischen Professionellen und Patient/innen einher, die Konzepte von Partnerschaft, Aushandlungen ›auf Augenhöhe‹ bzw. Schlagworte wie Partizipation transportieren – und oft implizit eine symmetrische Beziehung bzw. einen Machtausgleich zwischen den Beteiligten suggerieren. Und drittens ist zu beobachten, dass diese Entwicklungen sich auch dahingehend auf die Ziele innovativer Konzepte der Versorgungs- und Systemgestaltung auswirken, dass auch hier das Selbstdisziplinierungspotenzial der Individuen zur Gesunderhaltung weitestmöglich ausgeschöpft werden soll.

Es wird deutlich, dass die oft impliziten Zuschreibungen, welche Eigenverantwortung als Eigenschaft von Patient/-innen betonen, sich nicht nur auf gesunde Individuen beziehen, sondern mittlerweile offensichtlich auch die Diskurse im Bereich der Krankenversorgung prägen. Die hiermit einhergehende neue präventive Orientierung des kurativen Systems bedeutet eine neue Ausweitung des Prinzips Eigenverantwortung in Lebensphasen von Krankheit und Leiden und über die gesamte Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter/in die Pflegebedürftigkeit – Phasen, in denen traditionell eher Fähigkeiten zur Erduldung und Akzeptanz von als schicksalhaft erlebten Krankheitszuständen bzw. Funktionsdefiziten als handlungsrelevant galten. Auf der Ebene des individuellen Verhaltens von Patient/-innen bedeutet diese Verschiebung, dass von dem/der Einzelnen erwartet wird, so weit wie möglich gesundheitsförderlich und risikovermeidend zu handeln. Krankheit wird damit tendenziell zu einem vermeidbaren Lebensereignis, bei dessen Eintreten die Individuen sich fragen (lassen) müssen, inwieweit hier eigenes Verschulden durch versäumte Verhaltensprävention mit ursächlich ist – und so ›unnötigerweise‹ die gesellschaftlichen Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden.

Auf der Ebene der Professionellen-Patienten-Interaktion verschiebt sich mit Vorstellungen mündiger, aktiv handelnder Patient/-innen die

Wahrnehmung des Patientenstatus insgesamt: In diesen Darstellungen geraten Schmerzen, körperliches und seelisches Leiden oder Behinderung – Eigenschaften, die üblicherweise mit dem Patient/-innenstatus assoziiert werden – in den Hintergrund. Sogar am Beispiel der Altenversorgung zeigt sich, dass hier die Kehrseiten des Alterns (körperliche und seelische Funktionseinschränkungen mit Aktivitätseinbußen, Leiden und weitere negative Aspekte) nicht explizit angesprochen werden.

Hier lassen sich aktuelle Bilder von Patient/-innen auch als strategische Lösungsversuche professioneller Interessenkonflikte interpretieren, was den Zusammenhang zwischen der gegenwärtigen Popularität des ›Prinzips Eigenverantwortung‹ und der funktionalen Bedeutung dieser Bilder für diejenigen, die sie verwenden, verdeutlicht.

Mit dem gegenwärtigen Trend ist nicht nur eine Verschiebung der Aufmerksamkeit, sondern auch eine Delegation von Verantwortung verbunden: Das ›Prinzip Eigenverantwortlichkeit von Patient/-innen‹ bzw. Ziele wie ›Partizipation‹ und ›Aktivität‹ können von Professionellen instrumentalisiert und insbesondere in für sie selbst schwierigen, unklaren diagnostischen oder therapeutischen Situationen oder bei Engpässen der Systemgestaltung angerufen werden, um sich selbst von einer quälenden Handlungsverantwortung zu entlasten (Salmon/Hall 2003).

Auch Kühn (2004) weist auf die entlastende Bedeutung bestimmter Vorstellung von Patient/-innen angesichts potenziell konflikthafter ethischer und gesundheitspolitischer Einflussfaktoren hin: Die Umdeutung von (leidenden) Patient/-innen beispielsweise zu (anspruchsvollen) Kund/-innen erleichtert die Auflösung einer als belastend erlebten »moralischen Dissonanz« (Kühn 2004: 23) zwischen Patientenerwartungen, eigenen ethischen Wertvorstellungen und erlebten Sachzwängen wie Ressourcenknappheit. Gleichzeitig bergen diese Verschiebungen auch Konsequenzen für Patient/-innen, indem Versorgungsansprüche nur noch eingeschränkt als legitim wahrgenommen werden. Die skizzierten Beispiele können auch als empirischer Beleg für diese These gelesen werden. Wenn Patient/-innen individuelle ›moralische‹ Pflichten zur Krankheitsvermeidung zugeschrieben werden, führt dies implizit auch dazu, dass Krankheitsentstehung mit Vorstellungen von Schuld und Selbstverantwortung verknüpft und gesellschaftliche bzw. professionelle Zuständigkeiten potenziell relativiert werden.

Als weitergehende Konsequenzen werden in gegenwärtig populären negativ konnotierten Presse-Darstellungen Zerrbilder unbequemer, unkontrolliert informierter und anspruchsvoller Patient/-innen gezeichnet, bspw. in als bedrohlich empfundenen selbstorganisierten Informationsforen im Internet zu Gesundheitsthemen, oder auch in gesundheitspoli-

tischen Problembeschreibungen wie der sog. ›Mengenausweitung‹ oder dem ›Ärztchopping‹. Derartigen Darstellungen von Patient/-innen liegt das Konzept vom »unersättlichen Konsumenten« (Kühn 2004: 20) zugrunde, dessen »ausufernden Begehrlichkeiten« (Kühn 2004: 11) die Gesundheitspolitik berechtigterweise im Interesse einer ›rationalen Versorgung‹ Grenzen setzen muss.

Und schließlich wirkt sich der gegenwärtig propagierte Rollenwandel für Patient/-innen auf die Versorgungsgestaltung aus. Im Folgenden wird argumentiert, dass gängige Idealvorstellungen zu dem bestehenden ›Mittelschicht-Bias‹ des Versorgungssystems beitragen, indem sie sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ausblenden und so eine differenzierte, zielgruppenbezogene Versorgungsgestaltung eher hemmen als fördern.

Mit der Zielperspektive einer Reduktion sozial bedingter Ungleichheit stellt sich die Frage, welche Bevölkerungsgruppen den skizzierten Idealvorstellungen besser oder schlechter entsprechen können, d. h. jene eigenverantwortlichen, mündigen und autonomen Patient/-innen darstellen, welche als Partner im Gesundheitssystem fungieren und aktive Selbstsorge betreiben, bevor sie Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen.

Es ist anzunehmen, dass die transportierten Idealbilder besser von denjenigen Patient/-innengruppen repräsentiert werden, die über ausreichende Bildung und genügend finanzielle Ressourcen verfügen⁶. Gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt, dass soziale Ungleichheiten in Bezug auf Parameter wie Einkommensunterschiede, Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund gesundheitliche Ungleichheiten mit höherer Morbidität und Mortalität sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen mit sich bringen (Mielck 2000). Wenn derzeit gesundheitspolitische Akteure einzelnen Patient/-innen also mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zuschreiben, zementiert dies die implizite Ausgrenzung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen von Versorgungsleistungen: Einerseits weisen jene im Vergleich die höchsten Versorgungsbedarfe auf, andererseits sind Probleme einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme gut bekannt. Ein Versorgungssystem, in dem die profes-

6 Beispielsweise zeigen sich Gesprächsführungskonzepte einer partizipativen Entscheidungsfindung als voraussetzungsreich im Hinblick auf soziale Unterschiede: Ärzt/-innen sind eher direktiv und paternalistisch bei älteren, wenig gebildeten, sehr kranken Patient/-innen; sie sind stärker partizipativ orientiert bei jüngeren, höher gebildeten, wohlhabenderen Patient/-innen (Willems et al. 2005). Auch Beteiligungswünsche von Patient/-innen sind abhängig von Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheitszustand.

sionellen Akteure von Patient/-innen vermehrt die ›rationale‹ Nutzung des medizinischen Leistungsspektrums und ein hohes Maß an Eigeninitiative erwarten, droht die Aufmerksamkeit weniger auf jene Patient/-innengruppen (und ihren sozialen Kontext) zu richten, die diese Verhaltensweisen nicht oder weniger aufweisen – indem beispielsweise eine systematische Identifizierung der ›Non-User‹ und die Entwicklung spezifischer Angebote für diese Gruppen unterbleibt⁷.

Als Beispiel für solche Effekte des ›Prinzips Eigenverantwortung‹ können Versorgungsprobleme bei schwer erreichbaren Zielgruppen sozial benachteiligter Älterer interpretiert werden: Es fällt auf, dass in der Praxis auch neue Modellprojekte, beispielsweise Altenhilfenetzwerke⁸, die mit hohem Engagement auf eine bessere Versorgung für ältere Menschen abzielen, zwar insofern erfolgreich sind, als sie oft für sich reklamieren können, einen großen Teil ihrer Adressaten (beispielsweise Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung) lokal zu erreichen. Gleichzeitig beklagen auch diese innovativen Projekte regelmäßige Probleme mit Gruppen »schwer erreichbarer« Alter. Dies betrifft insbesondere Patient/-innen, die über wenig ›Systemkenntnisse‹ verfügen, d. h. Komm-Strukturen weniger in Anspruch nehmen oder weniger informelle Unterstützung haben als andere. Gleichzeitig verstehen sich Angebote der Altenversorgung überwiegend als explizit für ›alle Alten‹ konzipiert: d. h. diejenigen, die ›aktiv‹ kommen, sind willkommen, bei den anderen wird das Fernbleiben mit einer achselzuckenden Ratlosigkeit quittiert.⁹ (Dieterich/Kümpers 2009; Dieterich/Wörz/Kümpers 2009).

7 Ausführlicher zu den vielfältigen Voraussetzungen, die eine Übernahme von individueller Verantwortung ermöglichen, s. Schmidt (2008) und in diesem Band.

8 Ein Beispiel sind hier die im Zusammenhang mit den ›Koordiniierungsstellen Rund ums Alter‹ im Land Berlin aufgebauten geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände lokaler Akteure der Altenhilfe (<http://www.koordinierungsstellen-rundumsalter.de/>). Ähnliche Projekte bestehen mittlerweile in vielen weiteren Bundesländern.

9 Ziel dieser pointierten Ausführungen ist keinesfalls ein ›Praxis-Bashing‹. Die Praktiker/-innen der Versorgung älterer Menschen sind gefordert, unter dem Einfluss multipler Sachzwänge zu handeln. Ein ambulanter Pflegedienst beispielsweise ist de facto in einer Wettbewerbssituation und muss entsprechend ökonomisch handeln. Aktuelle Versorgungslücken (wie die Unterentwicklung zielgruppenorientierter Angebote) werden vielmehr als Effekte und Konsequenzen aktueller Gesundheitspolitik verstanden. Insofern können die vorgenannten Schlüsselzitate auch als Leitbild-Formulierungen gelten, welche die Handlungsorientierungen der Praxis mit prägen. Man könnte schlussfolgern, dass gegenwärtige Policies und Anreize im Gesundheitssystem offensichtlich keine zielgruppenorientierte Konzeptentwicklung fördern (z. B. die gezielte Berücksichtigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit).

Diese Ausrichtung bringt mit sich, dass zielgruppenbezogene Angebote, die speziell diese ›Non-User‹ etwa mit aufsuchenden Angeboten adressieren, im Bereich der Versorgung älterer Menschen wenig ausgebaut sind. Neben strukturellen Barrieren, wie beispielsweise Zeitmangel und Vergütungsproblemen, können hier auch kulturelle Einflussfaktoren, wie die o. g. Idealvorstellungen aktiver und selbstbestimmter älterer Menschen als hemmend verstanden werden. Ausgehend vom Prinzip Eigenverantwortung bleibt es jedem alten Menschen und ggf. seinen Angehörigen primär selbst überlassen, sich in der Versorgungslandschaft zurecht zu finden – und Angebote ›aktiv‹ zu nutzen.

Bei der vergleichenden Betrachtung der angesprochenen Deutungsmuster werden übergeordnete Diskurse deutlich, die die Krankenversorgung gegenwärtig auf allen Ebenen prägen. Eine herausragende Argumentationsfigur, derer sich derzeit bedient wird, ist die Bewertung individueller Handlungsweisen hinsichtlich der Auswirkungen auf gesundheitspolitische Probleme wie Effizienzmängel, Kostendruck etc. Mit dem ›Prinzip Eigenverantwortung‹ wird den Handlungsoptionen von Patient/-innen einerseits verstärkte Aufmerksamkeit gewährt, andererseits werden ungleiche Voraussetzungen, die eigenen Patient/-inneninteressen im bestehenden Versorgungssystem durchsetzen zu können, verschleiert. Stattdessen sind hier neue Dimensionen der Deutung und moralischen Aufladung zu beobachten, mit denen Verhaltensweisen im Hinblick auf resultierende Effekte ›für das Gemeinwohl‹ normiert werden¹⁰. Der starke Rückbezug individuellen (Gesundheits-)Handelns auf das Versorgungssystem/das Gemeinwohl ist insofern als einseitig zu kritisieren, als er vordringlich in nur eine Richtung vorgenommen wird: Insbesondere die Relevanz individuellen Handelns für die Lösung gesellschaftlicher Problemlagen wird thematisiert. Die andere Richtung, also der Einfluss gesellschaftlicher Kontextbedingungen, beispielsweise der Pluralität von Lebenslagen auf individuelle Gesundheitschancen und den Zugang zur Krankenversorgung, gerät aus dem Blickfeld.

6. Ausblick: Reclaim the System Perspective!

Eine wesentliche Gemeinsamkeit der skizzierten Entwicklungen ist, dass sie das individuelle Handeln von Patient/-innen in den Mittelpunkt stellen und es in eine gewünschte Richtung verstärken oder schwächen, fördern oder modifizieren wollen.

In dieser Hinsicht fügen sich aktuelle Diskurse im Feld der Kran-

10 Diese Ergebnisse passen zu tiefergehenden empirischen Analysen zu aktuellen professionellen Vorstellungen von Patient/-innen (ausführlich s. Dieterich 2007).

kenversorgung in übergeordnete gesellschaftliche Individualisierungsprozesse ein. Für moderne Gesellschaften wird gegenwärtig ein sich vollziehender ambivalenter Gesellschaftswandel diagnostiziert, der die Menschen aus den bisherigen Ordnungsformen industrieller Gesellschaften zunehmend freisetzt (Klasse, Schicht, Familie) und sie damit einem Individualisierungsschub unterwirft, der sie mit allen Risiken und Chancen auf sich selbst verweist (Beck 1986). Daraus entstehen sowohl neue Entfaltungsmöglichkeiten als auch neue Formen der Einbindung und Zwänge, darunter vor allem der Zwang, das eigene Leben selbstverantwortlich zu gestalten: das Individuum wird immer stärker für seinen Erfolg oder Misserfolg verantwortlich gemacht. Damit ist eine paradoxe Doppeldeutigkeit der Modernisierung umschrieben, mit befreienden aber auch Zwang herstellenden Seiten, die sich auch in aktuellen Idealvorstellungen von eigenverantwortlichen, autonomen und mündigen Patient/-innen wiederfindet. Einerseits entsteht durch die Zuweisung neuer Verantwortlichkeiten ein wachsender Druck, sich so zu verhalten, dass die eigene Gesundheit erfolgreich erhalten oder wiederhergestellt wird, andererseits ist eine Einflusszunahme von Patient/-innen im Gesundheitssystem zu verzeichnen, die auch erweiterte Handlungsspielräume eröffnet. Die explizite Hinwendung zu und der stärkere Einbezug von Patient/-innen trägt unabhängig von der jeweils verfolgten Strategie der gewachsenen Aufmerksamkeit für die Belange von Patient/-innen im Gesundheitssystem Rechnung.

Teilweise wird diese Entwicklung als positiver Effekt von Demokratisierungstendenzen im Gesundheitssystem und einer wachsenden Verbraucherbewegung bewertet und für vielversprechend im Sinne einer verbesserten Versorgung gehalten, da Patient/-innen zunehmend als eigene Akteursgruppe wahrgenommen werden (Reibnitz 2001). Der Trend zur Patientenorientierung wird als Chance für einen Machtzuwachs der Patient/-innenseite bei der Systemgestaltung gesehen.

Hier ist jedoch einschränkend zu beachten, dass es vor allem organisierte Mittelschichts-Patient/-innen sind, die zunehmend öffentlich wahrgenommen ihre Interessen vertreten. Auch wenn dies unbenommen relevant und sinnvoll ist, kann es nicht mit einer Interessenvertretung diverser sozial benachteiligter Gruppen gleichgesetzt werden.

Insgesamt zeigte sich, dass in diesem Feld der Rekurs auf jenes humanistische Ideal eines autonomen, selbstbestimmten Subjekts an unterschiedliche Ziele anschlussfähig zu sein scheint, wie eine vermehrte Demokratisierung und Partizipation von Patient/-innen im Gesundheitssystem, aber auch wettbewerbliche Orientierungen, die eine De-

regulierung des solidarischen Sicherungssystems und die Übernahme finanzieller Eigenverantwortung beinhalten können. Die Delegation und Instrumentalisierung von Verantwortung auf die Patient/-innen-seite u. a. zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme in Verbindung mit einer wenig zielgruppenbezogenen Versorgungsgestaltung (›Mittelschichtbias‹) kristallisierten sich dabei als Hemmnisse einer sozial gerechten Krankenversorgung heraus. Vor diesem Hintergrund bleibt zu diskutieren, wie gesundheitspolitische Strategien entwickelt werden könnten, die solchen für Patient/-innen nachteiligen Verwerfungen entgegenwirken.

Ein denkbarer Ansatz wäre, gesundheitspolitische Konzepte so auszugestalten, dass diese weniger auf Idealbilder von Patient/-innen als vielmehr auf wünschenswerte *professionelle* Verhaltensweisen orientieren. Dahinter steht die These, dass der allgegenwärtige Trend zur Patient/-innenorientierung dahingehend ›missverstanden‹ wird, dass er sich als Auftrag und Maßstab an Patient/-innen richtet, die den propagierten Idealbildern entsprechen sollen. Auch wenn Bemühungen, beispielsweise um mehr Partnerschaftlichkeit, Patientenbildung etc., einen wichtigen Beitrag für mehr Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem darstellen können, so laufen auch diese Ansätze Gefahr, instrumentalisiert zu werden und soziale Kontextbedingungen als Ansatzpunkt für eine soziale und gesundheitliche Ungleichheit vermindernde Versorgungsgestaltung aus dem Blick zu verlieren.

Eine Möglichkeit des Gegensteuerns wäre es hier, die Verantwortung für eine – hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sensible – Krankenversorgung dezidiert als Auftrag an die professionellen Akteure im Gesundheitssystem zu formulieren. Anstatt Patient/-innen in der Versorgungsrealität an Idealen von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu messen, müssten sozial gerechte Gesundheitsziele formuliert werden, die explizit darauf ausgerichtet sind, Zugangschancen zum Versorgungssystem anzugleichen. Dies könnte bedeuten, bei der konkreten Ausgestaltung von Versorgungskonzepten den Aspekt der Befähigung von Patient/-innen stärker zu betonen. Bei Ansätzen von Partnerschaft, shared decision making etc. wären verbindliche Strategien von den professionellen Akteuren einzufordern, wie deren Umsetzung mit verschiedenen, sozial unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen eingelöst werden kann. Ein Resultat könnte hier der Ausbau zielgruppenspezifischer, settingbezogener und partizipativer Versorgungskonzepte sein, um Zugangschancen zu einer ›Versorgung auf Augenhöhe‹ für sozial Benachteiligte zu erhöhen.

Eine solche Modifikation von Versorgungszielen beträfe auch die

gegenwärtig zu beobachtende präventive Orientierung in der Krankenversorgung. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit stärker in den Blick zu nehmen, würde hier bedeuten, den Schwerpunkt der Verhaltensprävention zu erweitern und die ›Verhältnisse‹, d.h. die Lebenswelten von Patient/-innen als Interventionsgegenstand einzubeziehen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive hinkt hier der Bereich der Krankenversorgung hinter dem gegenwärtigen Kenntnisstand im Bereich nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung her, wo ein differenzierter Zielgruppen- und Settingbezug als zentrales Qualitätskriterium effektiver Programme etabliert ist. (BZgA 2006; Rosenbrock/Kümpers 2006).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Anja Dieterich, MPH
 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
 Forschungsgruppe Public Health
 Reichpietschufer 50
 10785 Berlin
 dieterich@wzb.eu

Literatur

- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BMG (2006). Bundesministerium für Gesundheit, Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, Maßnahmen, Verantwortliche, Ansprechpartner. Berlin: Selbstverlag; [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/c16c5495cff945c1002567cb0043187a/a9bc6f59a96f4382c125707500230d31/\\$FILE/BMG_QS-Gesundheitswesen_2006-01.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/c16c5495cff945c1002567cb0043187a/a9bc6f59a96f4382c125707500230d31/$FILE/BMG_QS-Gesundheitswesen_2006-01.pdf) (Zugriff: 7.10.2009)
- Bublitz, H. (2001): Differenz und Integration: Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. In: R. Keller; A. Hirsland, W. Schneider, W. Viehöver (Hg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaften: 225-260.
- Bundesregierung, Die (2008). Gesund im Alter – man kann viel dafür tun!, Magazin für Soziales, Familie und Bildung. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/063/t2-gesund-im-alter.html> (Zugriff: 7.10.2009)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Köln: BZgA.
- Dieterich, A. (2007): The modern patient – Threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes. 67(3): 279-285.

- Dieterich, A.; Kümpers, S. (2009): Parallelwelten Integrierter Versorgung – Innovationen für mehr Zusammenarbeit im Gesundheitssystem am Beispiel der Versorgung älterer Menschen. In: W. Gellner; M. Schmöller (Hg.): Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften. Baden-Baden: Nomos: 115-129.
- Dieterich, A.; Wörz, M.; Kümpers, S. (2009): Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich, Projekt-Endbericht für die Hans-Böckler-Stiftung (unveröffentlicht).
- Härter, M.; Simon, D. (o.J.): Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, BMG-Förderschwerpunkt. http://www.patient-als-partner.de/index.php?article_id=148&clang=0 (Zugriff: 7.10.2009).
- Keller, R. (2004): Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Berlin: WZB.
- Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: G. Elsner; T. Gerlinger, K. Stegmüller (Hg.): Markt versus Solidarität: Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA: 25-41.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mozygamba, K. (2009): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern: Huber.
- Reibnitz, C. von; Schnabel, P.-E.; Hurrelmann, K. (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Rosenbrock, R.; Kümpers, S. (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: M. Richter; K. Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften: 371-388.
- Salmon, P.; Hall, G. M. (2003): Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med*, 57(10), 1969-1980.
- Scheibler, F. (2004): Shared decision-making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Huber.
- Schmidt, B. (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern: Huber.
- Willems, S., De Maesschalck, S. Deveugele, M. Derese, A.; De Maeseeneer, J. (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*, 56 (2): 139-146.