

Dieterich, Anja

Working Paper

Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ...: Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht

WZB Discussion Paper, No. SP I 2006-310

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Dieterich, Anja (2006) : Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ...: Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht, WZB Discussion Paper, No. SP I 2006-310, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47375>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Anja Dieterich

**Eigenverantwortlich, informiert
und anspruchsvoll ...**

Der Diskurs um den mündigen Patienten
aus ärztlicher Sicht

November 2006

Bestell-Nr. SP I 2006-310

ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Der *mündige Patient* ist populär. Verschiedenste gesundheitspolitische Akteure verwenden diesen Begriff überraschend einhellig. Auffällig ist, dass dem *mündigen Patienten* ein breites Spektrum an Aufgaben und Eigenschaften zugewiesen wird, z. B. mehr Partizipation, mehr finanzielle Verantwortung oder mehr Compliance. Es ist zu vermuten, dass der *mündige Patient* als strategischer Begriff dient, hinter dem inhaltlich heterogene Konzepte stehen. Die Studie fokussiert auf die ärztliche Perspektive: Wie wird der *mündige Patient* von der Ärzteschaft bewertet? Welche Eigenschaften und Aufgaben werden ihm zugesprochen? Welche Interessen und Ziele werden verfolgt?

Die empirische Grundlage bilden Artikel aus dem „Deutschen Ärzteblatt“, zentralem Publikationsorgan von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Mit einer systematischen Literaturrecherche wurden im Zeitraum 1996-2005 insgesamt 73 Artikel einbezogen, die den *mündigen Patienten* thematisieren. Die Textanalyse erfolgte mit Methoden qualitativer Sozialforschung, die Untersuchungsperspektive orientierte sich an der Diskursanalyse nach Keller, 2004.

Die gefundenen Einschätzungen des *mündigen Patienten* sind heterogen. In den vier abgrenzbaren Diskurssträngen ‚Recht und Ethik‘, ‚Wissen und Information‘, ‚Strukturprobleme‘ und ‚Finanzierungsfragen‘ finden sich jeweils charakteristische Positionierungen: Idealbildern von aktiven und eigenverantwortlichen PatientInnen, die mit ihren ÄrztInnen kooperieren, stehen bedrohlichere Szenarien gegenüber, in denen per Internet informierte, anspruchsvolle PatientInnen ihre ÄrztInnen fachlich infrage stellen. Wesentliche Gemeinsamkeit der gefundenen Positionierungen ist es, dass sie das individuelle Handeln von PatientInnen in den Mittelpunkt stellen und es in eine gewünschte Richtung verstärken oder schwächen, fördern oder modifizieren wollen. Damit fügt sich der Diskurs um den *mündigen Patienten* in übergeordnete gesellschaftliche Modernisierungsprozesse ein, die neue Entfaltungsmöglichkeiten, aber auch neue Formen der Einbindung und Zwänge zur selbstverantwortlichen Lebensgestaltung mit sich bringen.

Anja Dieterich ist Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie promovierte mit einer Studie zur NutzerInnenperspektive auf verschiedene Modelle hausärztlicher Versorgung. Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis. Ihr wissenschaftliches Interesse gilt gesundheitspolitischen Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Beziehung. Die vorliegende Studie entstand im Rahmen ihrer Abschlussarbeit zum Master of Public Health an der Technischen Universität Berlin.

Korrespondenzadresse:

Anja Dieterich
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin, Campus Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin
030/450 514 123
anja.dieterich@charite.de

Abstract

In German health policy debates the idea of the *modern patient* (*mündiger Patient*) has been receiving increasing attention. Various actors refer to this keyword, which is surprising, since policy debates in recent decades have tended to be controversial. It seems striking that the *modern patient* is linked with a broad spectrum of characteristics (e.g. more participation, more financial responsibility, more self determination or more compliance). This confluence suggests that the idea of the *modern patient* may be a strategic concept that can serve heterogeneous goals. This study focuses on physicians' perspectives and examines how the German professional medical community employs the idea of the *modern patient*: How is the image of the *modern patient* being used by physicians? Which specific descriptions, attributes, characteristics are used? Which interests and goals can be found?

The weekly journal "Deutsches Ärzteblatt", the opinion-leading publication of the German medical community, was systematically searched for articles addressing the topic of the *modern patient* over a period of ten years (1996-2005). A total of 73 articles were analyzed with qualitative research methods and a perspective of discourse analysis (Keller, 2004)

Physicians' perspectives on patients' attributes are heterogeneous. Four definable discourses ('Law and Ethics', 'Knowledge and Information', 'Structural Health Care problems' and 'Funding issues') are each positioning the *modern patient* in characteristic ways: Visions of well-informed patients who cooperate actively as partners of their physicians are confronted with more threatening scenarios of self-confident and demanding patients who challenge their physicians and critically question their decisions. As a common element the different positions share their focus on patients' individual attributes and actions: they all aim to reinforce or weaken, support or modify patients' behaviour. This way the discourse on the *modern patient* fits into broader modernisation processes, accompanied by new opportunities for patients' empowerment, but at the same time by new forms of involvement and forces to accept self-responsibility.

1.	EINLEITUNG	7
2.	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	8
3.	HINTERGRUND	9
3.1	Zur Popularität des <i>mündigen Patienten</i>	9
3.2	Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel	13
3.3	Zum theoretischen Hintergrund: Was leistet der Blick durch die diskursanalytische Brille?	15
3.3.1	Die Untersuchungsperspektive	16
3.3.2	Begriffsklärungen	16
3.3.3	Fokus: Spezialdiskurs ärztliche Perspektive	19
3.3.4	Subjekttheoretische Näherung an den <i>mündigen Patienten</i>	20
4.	ERGEBNISSE: DER DISKURS UM DEN MÜNDIGEN PATIENTEN	25
4.1	Diskursstrang ‚Recht und Ethik‘	26
4.1.1	Mündigkeit als Recht	27
4.1.2	Mündigkeit als Pflicht	28
4.1.3	Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung	29
4.2	Diskursstrang ‚Wissen und Information‘	31
4.2.1	Der <i>mündige Patient</i> weiß zu wenig	31
4.2.2	Der gut informierte <i>mündige Patient</i>	32
4.2.3	Der Arzt als Befähiger der <i>mündigen Patienten</i>	34
4.2.4	Partizipation durch Wissen	35
4.2.5	Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung	36
4.3	Diskursstrang ‚Strukturprobleme‘	37
4.3.1	Der <i>mündige Patient</i> als Argument für Reformen	37
4.3.2	Der <i>mündige Patient</i> als Steuerelement	38
4.3.3	Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung	39
4.4	Diskursstrang ‚Finanzierungsfragen‘	39
4.4.1	Der <i>mündige Patient</i> als Kunde	40
4.4.2	Wählen und Zahlen	41
4.4.3	Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung	43
4.5	Charakteristische Diskurskoalitionen	44
4.5.1	Der <i>mündige Patient</i> erhöht Effizienz	44
4.5.2	Mündigkeit als Recht auf Aufklärung	45
5.	DISKUSSION	46
5.1	Kontextualisierung mit dem gesundheitspolitischen Hintergrund	47
5.2	Wechselwirkungen zwischen dem <i>mündigen Patienten</i> und seinem Arzt	48
5.3	Ein Beispiel für Individualisierungsprozesse im Gesundheitssystem	50
6.	LITERATUR	53
7.	ANHANG	58
7.1	Material und Methoden	58
7.1.1	Charakteristika des Deutschen Ärzteblatts	58
7.1.2	Erstellung des Textkorpus	58
7.1.3	Schritte der Textanalyse	59
7.2	Beschreibung des Textkorpus	60
7.3	Profil des mündigen Patienten	63
7.4	Literaturnachweis Textkorpus	66

1. Einleitung

„Patientenkarriere: Früher der entmündigte Patient, dann der mündige und heute schon fast der den Arzt bevorzughende Patient.“

Aphorismus (nach G. Uhlenbruck)
Deutsches Ärzteblatt vom 29.6.2001

In gesundheitspolitischen Debatten taucht derzeit häufig der *mündige Patient*¹ auf. Verschiedenste Akteure im Gesundheitswesen nutzen den Begriff - trotz sonst oft gegensätzlicher Positionen - überraschend einhellig. Die Eigenschaften und Aufgaben des *mündigen Patienten* sind dabei vielfältig: Er soll eigenverantwortlich und selbstbestimmt handeln, als Partner aktiv mit seinem Arzt/seiner Ärztin kooperieren, Koproduzent seiner Gesundheit und Kunde des Gesundheitssystems sein. Andererseits wird mit Sorge registriert, dass er sich als zunehmend gut informiert, selbstbewusst und anspruchsvoll zeigt, manchmal ärztliche Entscheidungen hinterfragt oder sich gegen professionellen Rat entscheidet.

Die Popularität des *mündigen Patienten* steht im Zusammenhang mit einer gewachsenen Aufmerksamkeit für die Situation von Patientinnen und Patienten. Angesichts eines sich wandelnden (Selbst-)Verständnisses der Nutzer des Gesundheitswesens beschreiben Diercks & Schwartz (2003) als Aufgabe von Public Health, diese Veränderungsprozesse wissenschaftlich zu begleiten und die Auswirkungen sich neu etablierender Rollenverständnisse auf das Gesundheitssystem zu evaluieren. Als eine Stärke des Public Health-Ansatzes wird dabei die gleichzeitige Berücksichtigung der Mikroebene individuellen Handelns und der Meso- und Makroebenen gesundheitspolitischer Steuerungsprozesse betont.

Entlang dieser Sichtweise geht die vorliegende Studie mit einer diskursanalytischen Untersuchung der Frage nach, wie der Begriff des *mündigen Patienten* derzeit verwendet wird, mit welchen Interessen und Zielen dies zusammenhängt und welche Wechselwirkungen mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen bestehen. Der gewählte Fokus ist die ärztlich-professionelle Sicht auf den *mündigen Patienten*. Dabei geht es weniger darum, eine einzige gültige Definition des *mündigen Patienten* zu entwickeln oder ‚richtige‘ und ‚falsche‘ Verwendungsweisen herauszustellen, als vielmehr um eine empirische Analyse des vorhandenen Bedeutungsspektrums. In dem verschiedene Positionierungsmöglichkeiten des *mündigen Patienten* sichtbar

1 Der *mündige Patient* wird im Folgenden als feststehender Begriff verstanden, der auf seinen Bedeutungsgehalt hin untersucht werden soll. Dies wird im Rahmen eigener Ausführungen jeweils durch kursiven Schriftsatz kenntlich gemacht. In Zitaten wird jeweils die Schreibweise im Original beibehalten.

gemacht und Deutungsvorschläge für dahinter stehende Interessen und Zielsetzungen erarbeitet werden, ist ein reflexiver Umgang mit dem Konstrukt des *mündigen Patienten* möglich. Die Ergebnisse können weiterhin als Diskussionsanstoß zu der Frage verstanden werden, inwieweit Vorstellungen vom *mündigen Patienten* tatsächlich den Interessen individueller Patientinnen und Patienten dienen.

2. Fragestellung und Hypothesen

Ziel der Studie ist es, den ärztlich-professionellen Diskurs um den *mündigen Patienten* zu rekonstruieren, um das Spannungsverhältnis unterschiedlicher Verwendungsweisen und thematischer Bezüge dieses Begriffs herauszuarbeiten.

Zugrunde liegt dabei die Annahme, dass sich in diesem Diskurs gesundheitspolitische Trends widerspiegeln, welche die Rollenerwartungen an Ärztinnen und Ärzte beeinflussen und damit deren Erwartungen, wie Patientinnen und Patienten sich zu positionieren haben.

Mithilfe einer Textanalyse des Deutschen Ärzteblatts (DÄB) wird der Frage nachgegangen, wie der Begriff des *mündigen Patienten* hier verwendet wird und welche Diskurspositionen Patientinnen und Patienten damit nahegelegt werden. Dies beinhaltet einerseits zu fragen, welche Argumente und Bedeutungszuschreibungen jeweils Gehör finden, andererseits aber auch, welche Konsequenzen dies für die Ärzteschaft hat, d. h. welche Schlüsse sich daraus für die eigene Positionsbestimmung von Ärztinnen und Ärzten ziehen lassen.

.Die Forschungsfragen lauten:

- Wo und wie taucht der *mündige Patient* auf?
- Wer spricht über den *mündigen Patienten*?
- Welche Eigenschaften, Merkmale, Bezeichnungen und Aufgaben (= Diskurspositionen) werden ihm zugesprochen?
- Was heißt das für die Selbstpositionierung von Ärztinnen und Ärzten?
- Welche Arzt-Patient-Konstellationen finden sich?
- Welche gesundheitspolitischen Kontextthemen tauchen auf?

3. Hintergrund

Der ärztliche Diskurs um den *mündigen Patienten* ist eingebettet in breitere Auseinandersetzungen um die Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem (3.1). In diesem Zusammenhang ist auch die Arzt-Patient-Beziehung Gegenstand von Analysen, die einen gesundheitspolitisch bedingten Wandel im Verhältnis zwischen Arzt und Patient konstatieren (3.2). Charakteristischerweise weckt der *mündige Patient* Assoziationen spezifischer Eigenschaften wie Autonomie, Selbstbestimmung oder Eigenverantwortung. Die für die vorliegende Studie gewählte diskursanalytische Untersuchungsperspektive ermöglicht, den hinter dem *mündigen Patienten* stehenden Subjektbegriff kritisch zu analysieren bzw. auf dessen Konsequenzen aufmerksam zu machen (3.3).

3.1 Zur Popularität des mündigen Patienten

Verschiedene gesundheitspolitische Akteure verwenden gegenwärtig den Begriff des *mündigen Patienten*, um Ziele wie Patientenorientierung deutlich zu machen. Beispielsweise steht für Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit, „die mündige Patientin oder der mündige Patient dem Arzt auf gleicher Augenhöhe“ gegenüber (2005, S. 7). Im Namen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) will Richter-Reichhelm (2003) Patientinnen und Patienten besser informieren, damit der *mündige Patient* seine Rolle ausfüllen kann. Der AOK-Bundesverband plant, Selbsthilfe zu fördern, um die Entwicklung des *mündigen Patienten* zu beschleunigen (Trojan, 2004). Und die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP) sieht Probleme zwischen der Mündigkeit von Patientinnen und Patienten und gegenwärtigen Strukturen des Gesundheitssystems (2003).

Die übereinstimmende Nutzung des gleichen Begriffs erstaunt insofern, als dass gesundheitspolitische Debatten um wünschenswerte Strategien und Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten üblicherweise kontrovers verliefen. Es ist zu vermuten, dass der *mündige Patient* strategisch verwendet wird und dass sich dahinter inhaltlich heterogene Konzepte verbergen. Unabhängig vom jeweiligen Bedeutungsgehalt scheint der *mündige Patient* aber als Schlüsselbegriff zu taugen, mit dem auf die Interessen von (und die Anforderungen an) Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem verwiesen wird.

Literatur zum *mündigen Patienten* findet sich im deutschsprachigen Raum seit Mitte der 70er Jahre.² Ein großer Teil besteht in praktisch orientierter Ratgeberliteratur, die

2 z.B. Szimák 1975a und 1975b; Schlaudraff, 1976; Ilieri, 1983; Strauß, 1984; Glaus & Pfändler, 1985; Haun, 1985; Schering-Aktiengesellschaft, 1987; Woschnagg & Exel, 1991; Kranich & Müller, 1993; Meier, 1994; Vereinigung Pharmazeutischer Unternehmen, 1995; Riedel, 1999; Gödde, 2000; Horn, 2000; Füller & Bastian, 2002; Haisch, 2002

sich explizit an Patientinnen und Patienten oder an Ärzte und Patienten gemeinsam richtet, um Orientierung im Gesundheitswesen zu bieten. Die Zielsetzungen und Autorenschaften sind unterschiedlich: Es soll medizinisches Fachwissen, aber auch ‚moralische Unterstützung‘ oder mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten vermittelt werden. Daneben existieren wissenschaftliche Reflexionen vor allem aus gesundheitswissenschaftlicher und juristischer Perspektive (z.B. Schlagenhauer, 1996; Reibnitz, Schnabel & Hurrelmann, 2001).

Damit taucht der Begriff parallel zu Demokratisierungstendenzen im Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten auf, wie z. B. einer wachsenden Verbraucherbewegung, mit denen Forderungen für mehr Partizipation und Einflussnahme von Patientinnen und Patienten an Bedeutung gewonnen haben (Rosenbrock, 2001). In diesem Sinne ist die Popularität des *mündigen Patienten* als Ausdruck einer sich ändernden Position von Patientinnen und Patienten zu verstehen, die sich auch auf die Ebene gesundheitspolitischer Konzepte bis hin zu gesetzlichen Regelungen auswirkt:

Seit der Veröffentlichung der „Ottawa Charta“ durch die erste Internationale Konferenz für Gesundheitsförderung ist das Ziel, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, expliziter Bestandteil der internationalen Gesundheitspolitik (WHO, 1986, Abs. 2). Selbstbestimmung wird hier als Ressource für Gesundheit verstanden, die beim Individuum ansetzt und es zu mehr gesundheitsförderlichem Verhalten befähigen will. Aus dieser Zielsetzung leiten sich auch zahlreiche aktuelle Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung ab, die etwa die Stärkung von Patientinnen und Patienten durch „Empowerment“ (Rappaport, 1985), durch mehr Patientenrechte oder mehr Autonomie bezwecken (z. B. Bonnemann & von Reibnitz, 2001; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2005; Kickbusch 2003).

Ein weiterer Meilenstein in der Ausweitung von Patientenbeteiligung ist die Festlegung der informierten Entscheidungsfindung (‘informed consent’) auf gesetzlicher Ebene (Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten, § 7 und 8, Bundesärztekammer (BÄK), 2004b).

Aktuell zeugt der Entwurf einer Patientencharta durch einen breiten Zusammenschluss von Interessenvertretern im Gesundheitswesen³ und die Herausgabe einer Informationsbroschüre „Patientenrechte in Deutschland“ durch das Bundesministeri-

3 Gemeinsam beschlossen durch den AOK-Bundesverband, den Arbeitskreis Gesundheit und Soziales der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, die Bundesärztekammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnen-Stellen, das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Deutscher Pflegerat, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Notgemeinschaft Medizingeschädigte e.V., den Verband der Deutschen Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. sowie die beteiligten Länder.

um für Gesundheit und soziale Sicherung (2003) von der gesundheitspolitischen Bedeutung von Patienteninteressen.

Als Basis und ‚Motor‘ dieser Entwicklungen sind Forderungen von Patientinnen und Patienten selbst zu sehen, die sich im Zuge von Selbsthilfe- und Verbraucherbewegungen als eigene Akteursgruppe Gehör in gesundheitspolitischen Debatten verschafft haben. Charakteristisch sind hier Forderungen, im Gesundheitssystem nicht länger als Objekte wissenschaftlich-medizinischen Forschungs- und Interventionsdrangs und als passive, idealerweise compliant Rezipienten ärztlicher Anweisungen behandelt zu werden, sondern als „Mittelpunkt“ des Gesundheitswesens und Subjekte mit eigenen Bedürfnissen und vor allem als Experten ihres eigenen Krankseins (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), 2003).

Von der Patientenseite geht so ein kritisches Potential aus, das in den letzten Jahrzehnten Anstoß für verschiedene Reformbemühungen war. Ein Beispiel dafür ist die Etablierung der Selbsthilfearbeit, die mittlerweile akzeptierter und integrierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist.⁴

Neben diesen Entwicklungen zu mehr ‚Empowerment‘ wird die Beteiligung von Patientinnen und Patienten jedoch auch im Sinne anderer Akteursinteressen interpretiert. Vor allem die Einflusszunahme marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen führt dazu, dass Patientinnen und Patienten mehr finanzielle Verantwortung und weitere Konsumenteneigenschaften zugesprochen werden.

Beispielsweise wird von Finanzierungsträgern wie den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) das Bild eines aktiven, Entscheidungen treffenden Patiententyps konstruiert, dem ein dienstleistendes Gesundheitssystem gegenüber steht, das für Entscheidungen nach objektiv nachvollziehbaren Qualitätsstandards transparent sein sollte (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2005). In diesem Zusammenhang fordern die Krankenversicherer vom Gesetzgeber erweiterte Einflussmöglichkeiten. Patienteninteressen werden so verknüpft mit strukturpolitischen Interessen der zunehmend wettbewerblich konkurrierenden Krankenkassen. Der Ausbau von Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheiten meint hier speziell die Wahl von Versicherungsanbietern, implizit z.B. die zukünftig vermehrte Unterscheidbarkeit der einzelnen Kassen durch integrierte Versorgungsmodelle.

Auch die Ärzteschaft als einflussreiche Akteursgruppe positioniert sich zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten. Eine vermehrte Partizipation, z. B. in der gemeinsamen Selbstverwaltung wird öffentlich befürwortet (z.B. Kassenärztliche Bun-

4 Gleichzeitig ist hier die mit der Integration verbundene Gefahr zu beobachten, dass die Funktion einer kritischen ‚Gegenöffentlichkeit‘ zurücktritt und stattdessen eine Vereinnahmung durch andere gesundheitspolitische Akteure erfolgt (z. B. die Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch pharmazeutische Unternehmen (Keller, 2005)).

desvereinigung, 2003). Im Kontext von Stellungnahmen zum Reformbedarf im Gesundheitswesen wird dieses Ziel jedoch als bedroht durch eine Einflussvermehrung der GKV dargestellt (Bundesärztekammer, 2000). Diese Argumentation ist damit begründbar, dass die Ärzteschaft als Berufsgruppe in den letzten Jahrzehnten einen Machtverlust der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hinnehmen musste. Gesundheitsreformen haben eine Schwächung der KVen zugunsten der Befugnisse der Krankenversicherungen bewirkt. Dementsprechend sind standespolitische Äußerungen der Ärzteschaft regelmäßig gegen eine Einflussvermehrung der Krankenkassen im Gesundheitssystem gewendet und plädieren für den Beibehalt und Ausbau ärztlicher Selbstverwaltungsorgane. Auch hier werden also mit dem Verweis auf Patientenbeteiligung eigene Akteursinteressen vertreten.

Charakteristisch für Haltungen der Ärzteschaft zu einer vermehrten Patientenbeteiligung ist weiterhin die Betonung notwendiger objektiver ‚Qualität‘ und ‚Professionalität‘ im Gesundheitswesen (z. B. „Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung“, Bundesärztekammer, 2004a), was implizit meist die Entscheidungsgrundlagen naturwissenschaftlich-positivistischer Medizin und der diesbezüglich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte in den Vordergrund stellt und die ‚subjektiven‘ Interessen von Patientinnen und Patienten nachrangig versteht. Letztlich wird so strukturell professionalisierter Versorgungssicherung der Vorzug vor partizipativen Konzeptentwicklungen gegeben, beispielsweise wenn die ärztliche Definitionsmacht über sinnvolle Diagnose- und Therapiemethoden betont wird.

Dies wirkt sich auch auf öffentlich vertretene Einschätzungen zu den Auswirkungen neuer Informationstechnologien im Gesundheitswesen aus (Hurrelmann & Leppin, 2001). Die immer größere Verfügbarkeit von (Gesundheits-)Informationen aller Art über das Internet wird ambivalent bewertet. Einerseits erfahren neue Technologien viel Beachtung und werden als verheißungsvoller Fortschritt begrüßt. Ein schnellerer und problemloserer Datenfluss durch Telematik-Anwendungen (z. B. elektronische Abfrage von Laborbefunden) verspricht, Diagnostik und Therapie zu optimieren und Effizienz zu erhöhen. Sorge besteht in dem Zusammenhang vor allem beim Datenschutz (‚gläserner Patient‘). Viel skeptischer wird aber noch bewertet, welche Auswirkungen das Internet auf Patientinnen und Patienten hat. Hier existiert mittlerweile ein eigenes Arbeitsfeld, das sich mit der Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet beschäftigt, was auch bedeutet, dass ‚gute‘ und ‚schlechte‘, oder ‚wahre‘ und ‚falsche‘ Informationen gegeneinander abgegrenzt werden müssen.

Darüber hinaus wirken sich besonders die Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen (Cutler, 2002; Deppe, 2000) auf ärztliche Interessenlagen aus (Kühn, 2004). In Folge der letzten Gesundheitsreformen haben Ressourcenknappheit und Budgetierungen zu einer wachsenden Bedeutung marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente in der Krankenversorgung (Abholz, 1992; Gerlinger, 1997) und zu Verteilungskämpfen zwischen den Arztgruppen geführt (Rosenbrock und Gerlinger, 2004).

Zunehmender Wettbewerb im Gesundheitswesen wird ärztlicherseits nicht nur wahrgenommen, sondern zumindest teilweise auch akzeptiert.

Ein Beispiel für die Verlagerung, d.h. Privatisierung von Kosten ist der Konflikt um die sogenannten ‚Individuellen Gesundheitsleistungen‘ (IgeL). Im Zuge der Rationalisierung des GKV-Leistungsspektrums wurden Ende der 90er Jahre vermehrt Leistungen, die als nicht wichtig oder notwendig angesehen wurden, aus dem Leistungskatalog ausgegliedert und können seitdem ärztlicherseits Patientinnen und Patienten angeboten werden, sind jedoch von diesen selbst zu finanzieren (z. B. sport- oder reisemedizinische Untersuchungen). Befürwortern, die auf die Entscheidungsfreiheit von Patientinnen und Patienten verweisen, stehen kritische Stimmen gegenüber, die die Arzt-Patient-Beziehung dadurch gefährdet sehen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ausschließlich zum Wohl von Patientinnen und Patienten, sondern aus finanziellem Eigeninteresse handeln könnten.

Polarisierend finden sich also in Debatten um Patientenbeteiligung gegensätzliche Ziele: Einerseits Demokratisierungsbemühungen mit der Forderung nach mehr Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten und andererseits vorwiegend ökonomisch und strukturpolitisch motivierte Forderungen nach mehr finanzieller Eigenverantwortung und individuellem Risiko.

3.2 Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel

Das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in wird traditionellerweise als Vertrauensverhältnis charakterisiert, in dem die Suche nach Hilfe und Schutz von Patientenseite einem ärztlichen Berufsethos altruistischer Hilfeleistung gegenübersteht.⁵ Verstanden als relevantes Handlungsfeld auf der Mikroebene des Gesundheitssystems, ist die Arzt-Patient-Beziehung derzeit Gegenstand von Analysen und Konzeptbildungen, die als Reaktionen auf die skizzierten gesundheitspolitische Einflussfaktoren gelesen werden können.

Zum einen wird angesichts veränderter Beteiligungswünsche von Patientinnen und Patienten eine Anpassung der Arzt-Patient-Interaktion von paternalistischen zu mehr partnerschaftlichen Umgangsformen beobachtet. Hurrelmann und Leppin (2001) vertreten die These, dass sich die Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in aufgrund einer Demokratisierung in der Gesellschaft von „autoritativ zu partizipativ“ (S. 12) gewandelt haben. Auch gesundheitspolitisch wer-

5 Üblich ist hier der Verweis auf die ethische Begründung und gesetzliche Regelung dieser Handlungslogik, mit der sich Ärztinnen und Ärzte als ‚Anwälte‘ ihrer Patientinnen und Patienten legitimieren (Bundesärztekammer, 2004b)

den Konzepte partnerschaftlicher Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung propagiert.⁶

Damit einhergehend haben Forderungen nach mehr Patientenbeteiligung Eingang in ärztlich-wissenschaftliche Fachdebatten über ‚zeitgemäße‘ Formen der Arzt-Patient-Interaktion gefunden. Anfänge sind in sozialwissenschaftlich beeinflussten Krankheitskonzepten, wie dem „biopsychosozialen Modell“ (Engel, 1977) vorhanden. Aktuell diskutierte Konzepte sind beispielsweise Kommunikationsmodelle für Entscheidungsfindungs-Prozesse wie das ‚Shared Decision Making‘ (Charles, Gafni & Whelan 1996), das im deutschsprachigen Raum im Rahmen des BMG-Förderschwerpunktes ‚Patient als Partner‘⁷ viel Beachtung gefunden und eine Fülle von Publikationen hervorgebracht hat (z. B. Scheibler & Pfaff, 2003; Härter, Loh & Spies, 2005), sowie Projekte wie ‚The Expert Patient‘⁸, das derzeit im britischen Gesundheitssystem implementiert wird (Klemperer, 2003).

Daneben existieren kritische Reflexionen, die eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Interaktion dadurch gefährdet sehen, dass wirtschaftliche Interessen auf ärztlicher Seite mehr Einfluss gewinnen.

Kühn (2005) beschreibt für die Arzt-Patient-Beziehung ein Spannungsverhältnis zwischen dem Schutzbedürfnis und zugehörigen Erwartungen von Patientinnen und Patienten und dem Einwirken übergeordneter herrschaftlicher und ökonomischer Interessen auf ärztliches Handeln. Während Patientinnen und Patienten vor allem Unterstützung suchen und von Ärztinnen und Ärzten erwarten, dass diese sich am Patienteninteresse orientieren, findet die Ärzteschaft sich derzeit im Interessenkonflikt wieder, einerseits ihrem beruflichen Ethos entsprechend zu handeln, andererseits aber durch finanzielle Anreize in Form von Budgets und Pauschalen beeinflusst zu sein. Mit diesen neu eingeführten „prospektiven Finanzierungsinstrumenten“ (S. 14) ist eine Logik knapper Ressourcen verbunden, die an die Ärzteschaft und von diesen an ihre Patientinnen und Patienten weitergegeben wird.

Kühn vertritt die These, dass das bis in die 90er Jahre gültige Leitbild ärztlichen Handelns, welches ökonomische Eigeninteressen als nachrangig gegenüber Patienteninteressen versteht, derzeit ins Wanken gerät und finanzielle Erwägungen immer mehr in den Vordergrund treten. Vor diesem Hintergrund erscheint die rhetorische Umdeutung von Patientinnen und Patienten als ‚Kunden‘ oder ‚Konsumenten‘ als

6 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992, S. 363): „An die Stelle des „benevolent Paternalismus“ muss als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein „Partnerschaftsmodell treten.“

7 <http://www.patient-als-partner.de/>

8 Dieses Programm des englischen National Health Service will Patientenbeteiligung fördern. Unter Mitarbeit von Patientenvertretern und unterstützt von Patientenorganisationen zielt es darauf ab, Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle einzuräumen und sie als Experten für ihr Krankheitserleben, ihre soziale Situation und ihre Präferenzen anzuerkennen (z. B. Entwicklung von Selbst-Management-Programmen für chronisch Erkrankte).

eine ärztliche Strategie zur Aufhebung „moralischer Dissonanz“ (S. 23): Zum einen gerät das mit dem Begriff des ‚Patienten‘ oder ‚Kranken‘ verbundene Leiden aus dem Blick, stattdessen stehen „informierte Wirtschaftssubjekte“ (S. 9) im Vordergrund, die Dienstleistungen wählen und als Kontrollinstanz wirksam sein können. Zum anderen wird mit dem Konstrukt des „souveränen Konsumenten“ (S. 9) ein verändertes Menschenbild hergestellt, das implizit Eigenschaften wie Egoismus, Anspruchshaltungen und Unersättlichkeit transportiert und so nahe legt, dass diese Eigenschaften bei Patientinnen und Patienten einzudämmen oder zu beherrschen sind. Mit dieser Analyse der Arzt-Patient-Beziehung unter den gegenwärtigen Bedingungen einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems wird eine verschobene professionelle Praxis herausgearbeitet: Ärztliches Abwägen, ob eine medizinische Leistung erbracht werden soll, orientiert sich nicht mehr primär an Patientenerwartungen, denn diese werden im Sinne des Kundenstatus als potentiell „ausufernde Begehrlichkeiten“ (S. 11) gedeutet. Kühn interpretiert diese Änderung des ärztlichen Menschen- bzw. Patientenbildes im Sinne eines ‚Copings‘ der Ärzteschaft mit den an sie gestellten widersprüchlichen Erwartungen und Handlungszwängen.

Nach diesem Modell hängt die individuelle Gestaltung der Arzt-Patient Beziehung eng mit den ärztlichen Vorannahmen, ‚Bildern‘ und Erwartungen an Patientinnen und Patienten zusammen: Ein als schutzbedürftig, leidend und hilfesuchend wahrgenommener Patient legt fürsorgliches ärztliches Handeln entlang ethischer Prinzipien ‚im Patienteninteresse‘ nahe und stellt eher die Schicksalhafterkeit einer Erkrankung in den Vordergrund. Kontrastierend dazu ermöglichen Vorstellungen von souveränen, informierten und mit potentiell grenzenlosen Konsumentenbedürfnissen ausgestatteten Kunden im Gesundheitssystem auch abgrenzende Verhaltensweisen von ärztlicher Seite oder den Verweis auf die individuelle Verantwortlichkeit, Krankheit zu vermeiden oder Behandlungskosten privat zu finanzieren. Versorgungsansprüche von Patientinnen und Patienten erscheinen hier nur noch zum Teil als legitim.

Aus dieser Perspektive wird deutlich, dass bestimmte Sichtweisen auf Patientinnen und Patienten auch eine funktionale Bedeutung für die Ärzteschaft haben können. Übertragen auf das Ziel der vorliegenden Studie, das empirische Spektrum ärztlicher Positionierungen des *mündigen Patienten* herauszuarbeiten, heißt dies, dass sich hierbei nicht nur Informationen über Zuschreibungen an Patientinnen und Patienten vermitteln, sondern dass gleichzeitig auch damit einhergehende interessenpolitische Positionen der Ärzteschaft sichtbar werden.

3.3 Zum theoretischen Hintergrund: Was leistet der Blick durch die diskursanalytische Brille?

Der bisherige Überblick über den gesundheitspolitischen Kontext steckt das Feld ab, in dem der Begriff des *mündigen Patienten* auftaucht. Der gewählte methodische Ansatz ermöglicht herauszuarbeiten, mit welchen konkreten Bedeutungen und mit

welchen Argumenten der *mündige Patient* erwähnt wird und die strategische Nutzung des Begriffs zu analysieren.

3.3.1 Die Untersuchungsperspektive

Die Untersuchungsperspektive orientiert sich am methodischen Ansatz der wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Keller (2004). Dieses Untersuchungsprogramm fußt auf der Rezeption soziologischer Wissenstheorien (Berger & Luckmann, 1987) und Ansätzen der Diskurstheorie, insbesondere der Arbeiten von Foucault (z. B. 1973).

Keller folgt dem ‚interpretativen Paradigma‘ sozialwissenschaftlicher Forschung mit der grundlegenden Annahme, dass individuelle und gesellschaftliche Realitäten („alles, was wir wahrnehmen, erfahren, spüren, auch die Art, wie wir handeln“ Keller 2001, S. 113) als durch Wissen vermittelt verstanden werden, das nicht auf absolut gültige Kategoriensysteme rückführbar ist, sondern auf gesellschaftlich hergestellte symbolische Ordnungen. Auch Wissen ist damit nicht als absolut wahr und unveränderlich zu betrachten, sondern stellt sich als Ergebnis historischer Entwicklungen oder auch diskursiver Aushandlungsprozesse dar.

Auf eine ausführliche theoretische Darstellung der methodischen Grundlagen wird an dieser Stelle verzichtet, stattdessen soll eine Klärung zentraler Begriffe Aufschluss über das verwendete diskursanalytische ‚Handwerkszeug‘ geben:

3.3.2 Begriffsklärungen

Von übergeordneter Bedeutung für die Textanalyse ist die Klärung des verwendeten Diskursbegriffs: Mit Diskursen sind im Folgenden „Praktiken des Sprach- und Zeichengebrauchs durch gesellschaftliche Akteure“ gemeint, die institutionell oder thematisch abgrenzbar und bedeutungskonstituierend wirksam sind (Keller, 2004, 62).⁹

Das heißt, „Diskurse bilden ‚Welt‘ nicht ab, sondern konstituieren Realität in spezifischer Weise“ (Keller, 2004, S. 63). Im Anschluss an Foucault sind Diskurse also als „Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (Foucault 1973, S. 74). Sie „bilden demnach Praktiken, die im sozialen Leben den Status objektiver Wahrheiten und der Faktizität sozialer Tatsachen annehmen.“ (Bublitz, 2001, S. 227)¹⁰

9 In Abgrenzung zum umgangssprachlich verwendeten Begriff, der analog zu ‚Diskussion‘ oder ‚Debatte‘ auftaucht und zu differierenden Begriffsdefinitionen in anderen Wissenschaftsfeldern, z. B. Habermas (1981).

10 „Signifikationsvorgänge sind zugleich Konstitutionsvorgänge“ (Bublitz, 2001, S. 231), Beispiel: „Der diskursive Begriff ‚Asylant‘ bezeichnet dann nicht etwas, was in Wirklichkeit vorkommt, son-

Daraus folgt für die gewählte methodische Perspektive, soziale Wirklichkeit als Wirkung von Diskursen aufzufassen und durch deren Rekonstruktion gesellschaftliche Regelhaftigkeiten zu erklären (Bublitz, 2001). Unterscheidbar sind z. B. öffentliche Diskurse und Spezialdiskurse, die innerhalb von gesellschaftlichen Teilöffentlichkeiten auftauchen (etwa in einer wissenschaftlichen Disziplin oder innerhalb einer Profession).

Mit dem skizzierten Realitätsbegriff geht die Auffassung einher, dass derzeit gültige Regeln (z. B. für die Arzt-Patient-Beziehung) sich nicht in ahistorischer Weise als unveränderlich ‚wahr‘ qualifizieren, sondern kontingent bzw. emergent sind, d.h. aufgrund spezifischer diskursiver Konstellationen sich zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt an einem konkreten gesellschaftlichen Ort als gültig herstellen können (Bublitz, 2003). Hierin liegt ein kritisches Potential der Diskursanalyse, die „herkömmliche Wissenseinheiten ihrer Evidenz“ beraubt, indem sie die „materialisierende (Macht-)Wirkung von Diskursen“ sichtbar macht und „kulturelle Selbstverständlichkeiten von ihrer Historizität her infrage stellt“ (Bublitz, 2001, S. 227). Zugespitzt kann aus dieser Perspektive die Frage bearbeitet werden: Wie ist es zu erklären, dass bestimmte Regeln und Normen für Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten gegenwärtig in dieser spezifischen Weise auftauchen?

Durch die diskursanalytische ‚Brille‘ können Äußerungen zum *mündigen Patienten* als eigener Diskurs gefasst werden, oder - je nach Tiefenschärfe - als diskursives Feld, in dem wie in einer „Arena (...) verschiedene Diskurse um die Definition/Konstitution eines Phänomens wetteifern“ (Keller 2004, S. 64), z. B. um wünschenswerte Eigenschaften von Patientinnen und Patienten. Arzt-Patient-Gespräche selbst sind so als diskursive Praxen bzw. Techniken zu verstehen, die gleichzeitig Effekte von Diskursen und die Voraussetzung neuer Diskurse bilden.

Grundlage der Analyse sind Zeitschriftenartikel, die als Äußerungen verstanden werden, in denen sich ein oder mehrere Diskurse in Form konkret dokumentierbarer Zitate materialisieren. Der einzelne Text erhält so den Status eines Diskursfragmentes. Diskursfragmente gleichen Themas lassen sich als Diskursstränge zusammenfassen (z. B. das Thema ‚Wissen und Information‘), die eine synchrone (Querschnitts-) und diachrone (Längsschnitts-)Dimension besitzen (nach Jäger, 2001).

Gegenüber einzelnen Äußerungen zeichnen sich Aussagen durch ihren „typisierbaren und typischen Gehalt“ aus, der sich aus verschiedenen „verstreuten Äußerungen“ rekonstruieren lässt (z. B. Forderungen von Patientinnen und Patienten nach mehr Einfluss im Gesundheitswesen).

Produziert werden einzelne Äußerungen von sozialen Akteuren, die in „diskursiv strukturierte symbolische Kämpfe über Realitätsdefinitionen eingebunden“ sind, so-

dern er bringt Asylanten als Bevölkerungsgruppe und als semantischen Komplex erst hervor, die damit zugleich eingeordnet werden in eine klassifikatorische Praxis der Gesellschaft.“

wohl in „öffentlichen Diskussionsprozessen“ als auch im Rahmen „binnenwissenschaftlicher Erzeugung und Durchsetzung von Wissen“ (Keller, 2004, S. 62). Sie produzieren – individuell oder kollektiv – Aussagen und Praktiken und (re)produzieren und transformieren dadurch einen Diskurs. Sie sind also gleichzeitig Diskursen unterworfen und modifizieren diese. So wird etwa die Umsetzung gesundheitspolitischer Leitbilder durch gesellschaftliche Akteure vermittelt, die als Sprecher in Erscheinung treten (z. B. Vertreter von organisierten Patientenvertretungen, die vermehrte Mitspracherechte fordern) und explizite oder implizite Diskurskoalitionen bilden (z. B. der Diskurs um Effizienz, der von ökonomischen Akteuren wie den Krankenkassen und von der medizinischen Versorgungsforschung mit unterschiedlichen Zielen genutzt wird). Wesentlich ist hierbei zu berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Sprecher über ungleich verteilte „Ressourcen der Artikulation und Resonanz-erzeugung“ (S. 63) verfügen.

Ein Bild, wie beispielsweise der ‚gut informierte *mündige Patient*‘, kann so als Subjektposition oder Diskursposition analysiert werden, was einem spezifischen, diskursiv konturierten ‘ideologischen Ort’ entspricht, und dem Sprecher und/oder den Adressaten bestimmte Erwartungen, Angebote, Merkmale oder Eigenschaften nahe legt (z. B. der *mündige Patient* als angebotene Kollektiv-Identität). Der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Vermutung, dass sich hinter dem Begriff des *mündigen Patienten* eine ganze Reihe verschiedener Diskurspositionen für Patientinnen und Patienten verbirgt.

Die Rekonstruktion des Diskurses um den *mündigen Patienten* bedeutet also, die sozialen Akteure zu benennen, die an der Konstruktion beteiligt sind (Wer äußert sich zum Thema?), außerdem geht es darum, gesellschaftliche Folgen dieser Prozesse zu analysieren (Welche Konsequenzen hat es, Patientinnen und Patienten bestimmte Eigenschaften, wie z. B. Mündigkeit nahe zu legen?). Bei der Untersuchung der Regeln für die diskursive Konstruktion des *mündigen Patienten* spielen Ressourcenverteilungen eine zentrale Rolle: Wer darf legitimerweise wo sprechen? Was darf/kann wie gesagt werden? Dies heißt, zu fragen, wer die Aussagen verfasst (institutionelle, strukturelle und materielle Kontexte, beispielsweise gesundheitspolitische Debatten), welche Positionen Arzt/Ärztin und Patient/in zugewiesen werden, welche Konstruktionen Beachtung finden und welche nicht (was wird ausgelassen/tabuisiert?). Ärzte, Patienten, aber auch Bürger, Versicherte und Versicherer, Gesundheitspolitiker und Ökonomen werden zu Akteuren, welche die Kommunikation gestalten, aus denen sich Diskurse aufbauen: In ihren diskursiven Praktiken (z. B. in Presseerklärungen oder Vorträgen) orientieren sie sich an den verfügbaren Ressourcen sowie den Regeln der jeweiligen Diskursfelder.

So könnte man hypothetisch postulieren, dass eine der Regeln im gesundheitspolitischen Kontext derzeit durch die Einflussnahme eines ökonomisch orientierten Diskurses um Effizienz entstanden ist: die Forderung nach einem sparsamen Einsatz von Ressourcen. Diese Regel wirkt sich im Sinne eines Begründungszusammen-

hangs auf Zuweisungen von wünschenswerten Eigenschaften an Patientinnen und Patienten aus, die sich zu dem Sachverhalt, ob durch ihre Umsetzung Kosten im Gesundheitswesen einzusparen sind, positionieren (z. B. Appell zur Vermeidung von Risikofaktoren als verantwortungsvolles Handeln des/der Einzelnen, um Behandlungskosten zu sparen).

Lässt sich eine „materielle und ideelle Infrastruktur“ ausmachen, „durch die ein Diskurs (re-)produziert wird und Effekte erzeugt, z. B. Gesetze, Verhaltensanweisungen..“, kann dies als Dispositiv gefasst werden. Hier wird postuliert, dass „Diskurse (...) über Dispositive stabilisiert“ werden und durch diese „Machteffekte realisieren“ können (Keller, 2004, S. 63f). Dementsprechend ist z. B. die rechtliche Verankerung des ‚informed consent‘ und die damit verbundene Stärkung von Patientenrechten als Dispositiv beschreibbar.

Im Herausarbeiten der spezifischen Konstruktionsweise des ärztlich-professionellen Diskurses um den *mündigen Patienten* soll gezeigt werden, welche typischen Deutungsbausteine genutzt werden, um diesen Diskurs in den einzelnen Äußerungen zu aktualisieren (z. B. als Lösungsvorschlag angesichts knapper Ressourcen) und wie diese die gegenwärtige Popularität des Begriffs mitbedingen.

3.3.3 Fokus: Spezialdiskurs ärztliche Perspektive

Die Thematisierung des *mündigen Patienten* findet gegenwärtig auf verschiedensten Ebenen statt: neben öffentlichen Diskursen z. B. in der Tagespresse oder im Fernsehen (Gesundheitssendungen, Spielfilme, Serien...) existieren fachspezifische Diskurse in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (z. B. der Medizin, den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Gesundheitsökonomie, Rechtswissenschaften). Auch die Akteure/Adressaten selbst - Patientinnen und Patienten - beteiligen sich an der Auseinandersetzung (z. B. in der Selbsthilfebewegung). Im Folgenden wird auf den ärztlich-professionellen Spezialdiskurs zum *mündigen Patienten* fokussiert.

Diese Entscheidung folgt der Annahme, dass sich hier verschiedene Diskursstränge verschränken und verdichtet auftauchen, da Ärztinnen und Ärzte

- sowohl Handelnde im Kontakt mit Patientinnen und Patienten sind und somit als ‚Experten‘ sprechen,
- weiterhin aufgrund der akademischen Ausbildung in unterschiedlichem Maße über Wissen aus den genannten wissenschaftlichen Diskursen zum Thema verfügen,
- als Akteure des Gesundheitssystems vermutlich überdurchschnittlich über aktuelle gesundheitspolitische Debatten informiert sind,
- sowie Wissen über die Patientenseite aus Patientenkontakten bzw. aus eigenen Erfahrungen als Patientinnen und Patienten mitbringen.

Als Quelle für die Analyse wurde das Deutsche Ärzteblatt (DÄB), offizielles Publikationsorgan von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer gewählt. Nach eigenen Angaben ist das DÄB die einzige Zeitschrift, die sich an alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wendet und damit der meistgelesene Titel der deutschen ärztlichen Fachpresse (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006). Das DÄB dient vor allem als ‚Sprachrohr‘ für standespolitische Äußerungen der Ärzteschaft. Neben gesundheitspolitischen Stellungnahmen, offiziellen Äußerungen der ärztlichen Selbstverwaltung und überregionalen Informationsdienstleistungen für die ärztliche Leserschaft (z.B. Kongressankündigungen) und Stellenanzeigen werden auch medizinische Fachartikel publiziert. Die interessenpolitische Vertretung der Ärzteschaft steht jedoch im Vordergrund, medizinisch-wissenschaftliche Fachdebatten und Veröffentlichungen finden sich eher in den jeweiligen Publikationen der einzelnen Fachdisziplinen (z.B. Zeitschrift für Allgemeinmedizin für die Hausärzteschaft). Das DÄB stellt eine Diskussionsplattform für standespolitische Auseinandersetzungen dar und wirkt meinungsbildend für die ärztliche Leserschaft. Gleichzeitig dient es zur gesundheitspolitischen Positionierung der Ärzteschaft gegenüber anderen Akteuren. Im DÄB publizierte Meinungen und Stellungnahmen repräsentieren dementsprechend, welche Diskurspositionen derzeit von der Ärzteschaft öffentlich eingenommen werden können. Im Unterschied dazu würden beispielsweise vertraulich geführte Interviews mit Ärztinnen und Ärzten oder eine Analyse von Protokollen nichtöffentlicher Sitzungen der Ärztekammern andere Felder des ‚Sagbaren‘ eröffnen.

Die Entscheidung, Textmaterial aus dem DÄB zu untersuchen, bedeutet damit, auf diejenigen Äußerungen zurückzugreifen und sich so auf diejenigen Diskurse innerhalb der Ärzteschaft zu konzentrieren, die derzeit öffentlich vertretbar sind. Vom ärztlich-*professionellen* Diskurs ist hier die Rede, da im gewählten Textmaterial nicht nur Ärztinnen und Ärzte zur Sprache kommen, sondern auch Juristen etc. Das DÄB ist als Medium einer Fachdebatte unter Professionellen des Gesundheitssystems charakterisierbar. Professionalität ist hier jedoch nicht im Sinne des tatsächlich besten Wissens über das Thema zu verstehen, sondern vor allem als machtbesetzter Status, dessen Sprechort bedeutet, ‚Gehör‘ zu finden.

3.3.4 Subjekttheoretische Näherung an den *mündigen Patienten*

Geht man nach lexikalischen Definitionen, bezeichnet Mündigkeit als juristischer Terminus die volle rechtliche Geschäftsfähigkeit oder Volljährigkeit einer Person (Der Brockhaus, 2002). Einige Quellen bezeichnen mit Mündigkeit die Befugnis des Individuums, seine Interessen selbst (durch den eigenen Mund) und ohne fremde Fürsprache wahrzunehmen (Sociolexikon, 1999; Deutsches Rechtswörterbuch, o.J.).

Der *mündige Patient* erscheint so als eine Facette bzw. Zustandsform des ‚mündigen Bürgers‘: Dem ‚kranken Bürger‘ oder ‚Bürger im Gesundheitssystem‘ werden als Pa-

tient die gleichen Werte zugeschrieben wie im gesunden Zustand, er soll seine Bürgerrechte ausüben.

Die Vorstellung von einem autonom handelnden, selbstbestimmten Subjekt wird historisch in der Aufklärungsbewegung (16.-18.JH) verortet. Mit dem viel zitierten programmatischen Satz von Kant: „Aufklärung ist Erwachen des Menschen aus einer selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Kant, 1974) sind wichtige Werte umschrieben, die in der Aufklärung Bedeutung erlangten: humanitäre Ideale, die Freiheit des Menschen im Sinne eines freien Willens (Individualismus) sowie die Gleichheit aller Bürger vor dem Gesetz (Schmidt, 1991). Die nach wie vor gültige rechtliche Verankerung zeigt, dass die Idee des ‚autonomen Staatsbürgers‘ bis heute zentraler Bestandteil bürgerlicher Gesellschaften ist.

In soziologischer Reflexion dieses Menschenbildes spricht Junge (2002, S. 32) von der „kulturelle(n) Erfindung des Individuums“, die seit dem Mittelalter im Zuge historischer Prozesse als Idee entwickelt wurde und zu veränderten Beschreibungen gesellschaftlicher Verhältnisse führte: Wo vorher dem Individuum keine große Bedeutung für kulturelle oder soziale Prozesse beigemessen wurde, rücken jetzt die Handlungen des/der Einzelnen - wie auch dessen Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Autonomie - in den Mittelpunkt des Interesses.

Das Konzept von Mündigkeit ist offensichtlich mit dem Begriff *des mündigen Patienten* in den Medizinsektor übertragbar. Dies ist insofern plausibel, als dass das disziplinäre Wissenschaftsverständnis von einem biologisch-naturwissenschaftlichen Positivismus, von Objektivität und Rationalität dominiert ist, d.h. von Auffassungen, die selbst in der Aufklärung verwurzelt sind. Thematisierungen geisteswissenschaftlicher Subjektkonzeptionen finden sich in der Medizin vor allem im Einflussbereich der Psychosomatik (z. B. Uexküll & Wesiak, 1991).

Nach Reibnitz, Schnabel & Hurrelmann (2001, S. 13) reicht die „Suche nach dem Patienten als mündigem Konsumenten im Gesundheitswesen“ bis in die 70er Jahre zurück, wo ein Entwicklungsprozess begann, Patientinnen und Patienten nicht länger nur als passive Empfänger von Gesundheitsleistungen zu verstehen, sondern stärker auch ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen und sie in Entscheidungsprozesse zu integrieren.

Diese Entwicklung im Gesundheitswesen ist nicht isoliert zu verstehen, sondern kann als Folge des aktuellsten von mehreren ‚Individualisierungsschüben‘ gesehen werden, mit denen sich die ‚Idee des Individuums‘ durchsetzte: Mit Beginn der 60er Jahre wurden zeitgleich mit massiven Wohlstandssteigerungen Theorien bedeutsam, die das Individuum als „entscheidende(n) Motor für Vergesellschaftungsprozesse“ ansahen. In den Blick rückt zu der Zeit ein gewachsener Handlungsspielraum des/der Einzelnen und damit seine Chancen auf Partizipation und Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse (Junge, 2000, S. 39).

Als humanistische Werte sind Eigenschaften wie Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie gemeinhin positiv bewertet. Dagegen existiert jedoch auch Kritik, die einerseits an der Existenz des autonomen Subjekts zweifelt und diese infrage stellt und darüber hinaus auf (bedrohliche) Konsequenzen dieses Subjektbegriffs hinweist.

In Philosophie und Sozialwissenschaften nehmen mittlerweile subjekttheoretische Ansätze einen breiten Raum ein, die als gemeinsamen Nenner eine „Doppelbedeutung von Subjekt als Unterworfenem und Handelnden“ ausmachen und es als „sozial Geformtes und historisch Situiertes“ verstehen, das einerseits von seinen Lebensumständen geprägt und Produkt seiner Umwelt ist, diese jedoch im Rahmen gewisser Grenzen ändern und gestalten kann. Hier wird Subjektivität also nicht als naturgegeben, triebhaft oder mit metaphysischer Vernunft ausgestattet beschrieben, sondern „als ein Effekt von Macht und Disziplinen“. (Traue, 2004, S. 12f)

Als hilfreich an diesen Ansätzen kann angesehen werden, dass hier sowohl die Bedingungen, in denen sich ein Subjekt befindet, als auch seine Handlungsoptionen, und damit die Wechselwirkungen zwischen Individuum und seinen Lebensverhältnissen in den Blick geraten. Hier setzt auch Kritik an der aufklärerischen Konzeption des „autonome(n) aktive(n) Subjekt(s)“, der „Lieblingsidee der liberalen westlichen Gesellschaftsprojekte“ (Traue, 2004, S. 18) an: Die Fokussierung auf individuelles Handeln, sei es erfolgreich oder scheiternd, vernachlässigt die gesellschaftliche Geprägtheit von Subjektivität und überträgt dem/der Einzelnen letztlich die volle Verantwortung für persönliches Glück oder Unglück.

So lesen sich Eigenschaften wie Selbstbestimmung oder Eigenverantwortung anders, wenn zugrunde gelegt wird, dass Individuen nicht autonom und kraft freien Willens Macht über ihre Handlungen und Entscheidungen besitzen, sondern dass Macht als Zwang aus übergeordneten diskursiven Praktiken herrührt, die „Personengruppen und Erfahrungsweisen kategorisieren und sozial voneinander trennen, die definieren, wer sprechen darf, und worüber legitimerweise gesprochen werden darf“ (Traue, 2004, S. 18). Wenn man von diesen dezentrierten Subjekten ausgeht, die nicht autonom sind, sondern eher „Knotenpunkte im Netzwerk von Diskursen und Praktiken“ (Wiesemann, 1998, S. 11), erscheinen Aufforderungen an die Einzelnen, selbstbestimmt zu handeln, fragwürdig. Mit einer solchen Perspektive sind auch Handlungsansätze wie ‚Aktivierung‘ und ‚Empowerment‘ kritisch hinterfragbar, die neuerdings im Zusammenhang mit Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem genannt werden.

Kocyba (2004, S. 17ff) macht deutlich, dass Aktivität und initiatives Handeln derzeit hochgradig positiv besetzte Werte sind, die jedoch bereits zur Voraussetzung dafür geworden sind, überhaupt soziale Anrechte geltend machen zu können, und dass diese Wertung mit einem drohenden Ausschluss derjenigen einhergeht, die passiv bleiben und sich potentiell Scheitern deshalb selbst zuzurechnen haben (hier am Bei-

spiel Hartz IV). Aktivierung ist damit kein Projekt sozialer Bewegungen mehr, sondern des „aktivierenden Staates“, der versucht, die Zivilgesellschaft zu mobilisieren und Selbststeuerungspotentiale der Gesellschaft zu befördern. Am Beispiel „partizipativen Managements“ zeigt er, dass mit aktivierenden Anreiz- und Steuerungssystemen ein Zwang zur Selbstoptimierung entsteht und dass partizipative Einbindung nicht notwendigerweise heißen muss, dass auch die Zielparameter verhandelbar wären.

In eine ähnliche Richtung geht eine Kritik des „Empowerment“-Konzepts. Bröckling (2004, S. 55ff) sieht eine deskriptive und eine präskriptive Seite des Begriffs, den er gleichzeitig als Ziel, Mittel, Prozess und Ergebnis persönlicher und sozialer Änderungen auffasst.

Er weist darauf hin, dass „Empowerment“ ein „Konstrukt von hoher Attraktivität“ sei, das als „Patentrezept gegen gesellschaftliche Übel aller Art“ über „politische Fraktionierungen und soziale Milieus, über Disziplinargrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg“ plausibel ist, dass damit aber auch Vieldeutigkeit und gegenläufige politische Absichten verbunden sind. Als gemeinsame Grundannahme des Konzepts erscheint seine machttheoretische Fundierung. Macht wird als soziale Ressource aufgefasst, die grundsätzlich allen zugänglich, aber ungleich verteilt ist. Damit geht es weniger um die Ursachen der Ungleichverteilung, sondern v.a. um die „subjektiven Verarbeitungsformen von Machtasymmetrien“. Individuelle Ohnmachtsgefühle sollen überwunden und die Problemlösekompetenz gesteigert werden, eine grundsätzlich andere Machtverteilung anzustreben, gerät in den Hintergrund.

In dieser Fokussierung auf individuelles Handeln sieht Bröckling (2004) die Ursache dafür, dass sich der Begriff „Empowerment“ für gegensätzliche politische Intentionen verwenden lässt. Insbesondere wird auch hier wieder deutlich, dass das Konzept anschlussfähig ist für Steuerungsansätze im Management, mit denen sich Produktivitätspotentiale von Mitarbeitern steigern lassen. Mit dem Ansatz ‚persönliches Wachstum und das der Firma sollen zusammenfallen‘ haben Selbstverantwortung und Eigeninitiative hier das Ziel, Effizienz zu steigern, gleichzeitig sollen Organisationsstrukturen sicherstellen, dass die einzelnen Elemente auf ein gemeinsames Organisationsziel hinarbeiten.

So besteht in dieser Lesart auch für den *mündigen Patienten* die Gefahr, dass zugeschriebene Eigenschaften wie Aktivität oder Beteiligung mehr Aufforderungen zur Selbstdisziplin und zur Übernahme von erwünschten Verhaltensweisen darstellen, als dass sie tatsächlich einer Demokratisierung im Gesundheitswesen dienen (Graefe, 2005). Zumindest wird offensichtlich auch das Konzept Mündigkeit für anschlussfähig an ökonomische Prozesse gehalten. So formuliert Oberender (2003, S. 366) für das Gesundheitssystem: „Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung ist die Orientierung am Individualprinzip. Hinter dem Individualprinzip steht das Prinzip des mündigen Bürgers...“.

Die Doppelbedeutung individuellen Handelns einerseits als möglicher Freiheitsgrad, andererseits als Selbstdisziplinierung, mit der Verhalten nicht beliebig, sondern entlang erwünschter Verhaltensoptionen auszurichten ist, wird als Charakteristikum gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse aufgefasst. Junge (2000) streicht die Transformation von Regierungs- und Disziplinierungsweisen als Verschiebung von Fremd- in Selbstführung als kennzeichnend für die Individualisierung heraus.

Auch Bröckling et al charakterisieren zeitgenössische Machtpraktiken damit, dass diese vor allem durch „mittelbare Formen der Anleitung und Führung“ operieren. „Sie wirken weniger auf die Menschen und ihr Verhalten selbst ein als auf die Situationen und Kontexte, in denen Menschen handeln. Zwar können sie auch unterdrücken, zwingen, verbieten und verhindern, doch die Steuerungsmechanismen eröffnen v.a. „Möglichkeitsfelder“ (Foucault 1987, S. 255): Sie fördern bestimmte Verhaltensweisen und suchen andere unwahrscheinlicher zu machen.“ (Bröckling, Krasmann & Lemke, 2004, S. 9).

Ein analytisches Werkzeug, das den Subjektbegriff vom autonom handelnden Subjekt im Zentrum gesellschaftlicher Prozesse kritisiert, indem er dessen Selbstkontrolle und Selbstdisziplinierung herausstellt, ist der Begriff der Gouvernamentalität (im Anschluss an Foucault: Pieper & Gutiérrez Rodríguez, 2003). Hiermit sind Regierungsformen moderner Staaten beschrieben, in denen die Individuen nicht länger starren Herrschaftsverhältnissen unterworfen sind. Stattdessen bedeutet Regierung hier, die Individuen in unterschiedlicher Weise zu bestimmten Lebensweisen anzuhalten. Da durch diese Selbstführung bisher bekannte Trennungen zwischen Regierung und Beherrschten verschwimmen, besteht Regierung vor allem in den Techniken, die das Selbst der Individuen konstituieren. Herrschaft ist also in die Bürgerinnen und Bürger (Patientinnen und Patienten) selbst eingeschrieben: Das Selbst ist Gegenstand und Mittel von Regierungspraxis. So sind Eigenschaften, die dem *mündigen Patienten* nahegelegt werden, auch im Sinne von Praktiken verstehbar, „die die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Ordnung ermöglichen, ohne dass sichtbare Macht oder gar Herrschaft ausgeübt werden müsste“ (Traue, 2004, S. 18).

Einige Bereiche des Gesundheitswesens sind bereits Gegenstand subjekttheoretisch informierter Kritik, auch im Rückgriff auf Foucault (z.B. Peterson & Bunton, 1997). Insbesondere die Reproduktionsmedizin ist Fokus von Auseinandersetzungen, die sich um den Subjektstatus von Embryonen drehen (z. B.: Duden, 1991; Bröckling, Krasmann & Lemke, 2000; Gehring, 2001). Auch Fragen zu Grenzziehungen von Behinderung/Krankheit und Normalität sind wiederholt diskursanalytisch bearbeitet worden (Waldschmidt, 1999). Diskurstheoretische Ansätze finden sich des weiteren als kritische Analysen biopolitischer Regulierung, wie etwa der Gendiagnostik als einer „Regierung genetischer Risiken“, (Lemke, 2000), oder des Umgangs mit Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und zugehöriger potentieller Disziplinierungseffekte (Hahn, 2000).

Meines Wissens nach existiert bisher jedoch kein Versuch einer empirisch begründeten Positionsbeschreibung des *mündigen Patienten*, wie er in aktuellen gesundheitspolitischen Debatten verhandelt wird.

4. Ergebnisse: Der Diskurs um den *mündigen Patienten*

Die ärztlich-professionelle Sicht¹¹ auf den *mündigen Patienten* ist durch vier abgrenzbare Diskursstränge geprägt, die sich durch charakteristische Verwendungsweisen des Begriffs sowie zugehörige Interessen und Ziele voneinander unterscheiden.¹²

Bereits die sprachliche Nähe zum ‚mündigen Bürger‘ weist darauf hin, dass im Zusammenhang mit dem *mündigen Patienten* auf bürgerliche Rechte und Pflichten Bezug genommen wird. Dementsprechend werden im Diskursstrang ‚Recht und Ethik‘ (4.1) Vorstellungen eines selbstbestimmt handelnden Individuums deutlich, dem Mündigkeit als ein Grundrecht, aber auch als Pflicht zur Gesunderhaltung zugesprochen wird.

Ein weiterer Strang thematisiert den Umgang mit ‚Wissen und Information‘ im Gesundheitswesen (4.2). Der *mündige Patient* ist hier durch unzureichendes Laienwissen oder unkontrolliert (im Internet) erworbenes Wissen gekennzeichnet. Er ist Gegenstand ärztlicher Informationsvermittlung oder fordert selbst ‚Transparenz‘, je nachdem ob Wissensunterschiede zwischen Arzt und Patient oder eine partnerschaftliche Beziehung betont werden sollen.

Mit dem Fokus auf Fragen der Gesundheitssystemgestaltung (Diskursstrang ‚Strukturprobleme‘, 4.3) taucht der *mündige Patient* als Argument für notwendige Reformen oder wünschenswerte Organisationsstrukturen auf, beispielsweise für die freie Arztwahl. Wenn er als Steuerelement im Gesundheitswesen begriffen wird, dient er selbst als Lösungsvorschlag für gesundheitspolitische Probleme.

Im Diskursstrang ‚Finanzierungsfragen‘ (4.4) stehen die Konsumenteneigenschaften des *mündigen Patienten* im Vordergrund. Zwar wird der ihm zugeschriebene Kundenstatus vorwiegend negativ bewertet und die zugehörige Dienstleistungsfunktion

11 Der Fokus der ärztlich-professionelle Akteursperspektive betrifft die Wahl des Publikationsorgans, aus dem der Textkorpus zusammengestellt wurde. Wie in Tab. 3 (Anhang, Kap. 7.2) deutlich wird, heißt dies nicht, dass nur Ärztinnen und Ärzte als Sprecher vorhanden sind. Mit dem diskursanalytischen Untersuchungsansatz wird der Frage Bedeutung beigemessen, welche anderen Akteure mit welchen Inhalten hier Gehör finden. Soweit relevant, wird dies im folgenden Text jeweils kenntlich gemacht.

12 Für eine Zusammenschau gefundener Zitate zum *mündigen Patienten* im DÄB s. Anhang 7.3.

von Ärztinnen und Ärzten abgelehnt, Eigenschaften wie Wahlfreiheit und finanzielle Beteiligung sind jedoch akzeptierter Gegenstand gesundheitsökonomischer Überlegungen.

Die folgende Darstellung abgrenzbarer Verwendungsweisen des *mündigen Patienten* betrachtet zunächst jede Position getrennt. In den untersuchten Texten tauchen die einzelnen Stränge ineinander verschränkt und fragmentarisch auf. Die Bedeutung, welche der *mündige Patient* in einer konkreten Äußerung jeweils erhält, setzt sich variierend aus den verschiedenen ‚Bausteinen‘ zusammen. Charakteristische Verknüpfungen bzw. Diskurskoalitionen (4.5) führen den *mündigen Patienten* beispielsweise als Steuerelement ein, der über Behandlungsoptionen gut informiert ist und mithilfe von finanzieller Eigenbeteiligung und pflichtbewusstem gesundheitsförderlichem Verhalten zu einer effizienteren Versorgung beiträgt.

4.1 Diskursstrang, Recht und Ethik¹

„...dass der Patient zwar in erster Linie krank sei, aber dennoch mündig bleibt, weil er Mensch ist.“

Klinkhammer, 1998¹³

Immer wieder werden im Zusammenhang mit dem *mündigen Patienten* Eigenschaften benannt, die das Bild eines autonom und selbstbestimmt handelnden Individuums hervorrufen und mit denen Mündigkeit explizit als Teil des ‚Menschseins‘ begriffen wird. Der *mündige Patient* ist mit Bürgerrechten, aber auch den zugehörigen Pflichten ausgestattet: Er verfügt über einen freien Willen, aber er ist auch eigenverantwortlich und damit zu vernünftigem Handeln verpflichtet. Im Sinne eines Idealtypus sind hiermit positiv besetzte Wertvorstellungen umschrieben, die den Diskurs um den *mündigen Patienten* prägen.¹⁴

Vor allem Ärztinnen und Ärzte, die ethische Prinzipien des eigenen Berufsstandes betonen wollen oder Patientinnen und Patienten, die mehr Einfluss im Gesundheitswesen fordern, beziehen sich auf diese humanistischen Werte. Je nach Interessenlage stehen dabei entweder Mündigkeit als Grundrecht oder die individuellen Pflichten von Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Ein weiterer Fokus liegt darauf, Mündigkeit als persönlichen Entwicklungsprozess (von Patientinnen und Patienten) zu verstehen und damit auch ärztliche ‚Erziehungs‘-Aufgaben zu umschreiben.

¹³ **Alle Quellenangaben zu Zitaten aus dem Deutschen Ärzteblatt sind durch Fettdruck und kleinere Schriftgröße gekennzeichnet. Das zugehörige Literaturverzeichnis zum verwendeten Textkorpus findet sich im Anhang (s. 7.4, S. 66).**

¹⁴ Auf zugehörige Werte wie Selbstbestimmung, Autonomie, Eigenverantwortung etc. wird auch in den anderen Diskurssträngen zurückgegriffen, z. B. ‚Wissen und Information‘: nur der gut informierte Patient kann selbstbestimmt handeln (s. 4.2).

4.1.1 Mündigkeit als Recht

Wenn Mündigkeit als grundlegendes Recht von Patientinnen und Patienten herausgestellt wird, geht es meist darum, ethische Grundsätze der ärztlichen Profession zu betonen. So sehen beispielsweise Interessenvertreter der ärztlichen Selbstverwaltung (Sprecher der Ärztekammern) das ethische Selbstverständnis und den sozialen Auftrag der Ärzteschaft darin, „Partner des mündigen Patienten“ zu sein (EB, 1998). Der *mündige Patient* ist hier akzeptierte Grundlage und programmatisches Ziel ärztlichen Handelns. Gleichzeitig vermitteln sich damit auch standespolitische Interessen: Typischerweise wird auf den historisch („seit Hippokrates“) überdauernden ärztlichen Berufsethos als altruistische Helfer dann verwiesen, wenn Ärztinnen und Ärzte sich als wichtigste Ansprechpartner und zentrale Säule des Gesundheitssystems legitimieren wollen und so beispielsweise für einen Beibehalt und Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung argumentieren.

Von Patientenseite wird Mündigkeit als ein Grundrecht dargestellt, um Forderungen nach mehr Einfluss und Beteiligung im Gesundheitssystem Gewicht zu verleihen. Verbunden ist damit mehr oder weniger explizit das Ziel, im Gesundheitssystem eigenständige Entscheidungen treffen zu können.

Es geht jedoch weniger darum, primär neue Verhaltensweisen für Patientinnen und Patienten selbst abzuleiten. Stattdessen stehen Forderungen oder Appelle an die Umwelt im Vordergrund, die Mündigkeit von Patientinnen und Patienten anzuerkennen und sich ihnen gegenüber dementsprechend zu verhalten. Vor allem ärztliche Verhaltensweisen werden dafür verantwortlich gemacht, dass Patientinnen und Patienten unmündig erscheinen.

„Aber vor allem wollen wir eins nicht: als Kranke unmündig bezeichnet werden, wie es der Kommentator offenbar für richtig hält. Auch wenn es manche Ärzte nicht glauben: Der Patient ist souverän und mündig, auch wenn er krank ist, und sollte er es noch nicht oder nicht mehr sein, sind es seine Angehörigen. (...) Wir Patienten wollen gar nicht als Könige behandelt werden, aber auch nicht als Unmündige, sondern schlicht und einfach als Partner. Ist das so schwer?“ (Kurz, 2000)

Mündigkeit wird so zu einem Aspekt der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in, der durch gleichberechtigten, respektvollen Umgang ermöglicht wird, jedoch auch durch Abwertung zerstört werden kann.¹⁵

Diese Sichtweise deutet auf ein wahrgenommenes Machtgefälle zwischen Arzt und Patient hin, das vorwiegend der ärztlichen Seite Handlungsspielräume bietet und mit der Forderung verbunden ist, eigene Dominanz zugunsten einer erweiterten Einflussnahme von Patientinnen und Patienten zurückzunehmen. Diese Strategie, mit dem Verweis auf Mündigkeit mehr Einfluss zu gewinnen, zeigt sich verschoben auch

15 Charakteristischerweise machen sich vor allem humanistisch geprägte medizinische Theoriegebäude, wie die Anthroposophie diese Anforderungen an die Ärzteschaft zu eigen, um die Integrität ihrer Gedankengebäude zu untermauern (z. B. Kummer, 1998).

in Äußerungen der Ärzteschaft: Wenn von ärztlicher Seite die bedrohte Mündigkeit von Patientinnen und Patienten beklagt wird, stehen dafür meist die Krankenkassen in der Verantwortung, die über Leistungsbegrenzungen oder andere Reglementierungen deren Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit einschränken, aber vor allem auch den Status der Ärzteschaft im Gesundheitswesen angreifen.

4.1.2 Mündigkeit als Pflicht

Eng verbunden mit dem Recht auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit ist die (Eigen-)Verantwortung des *mündigen Patienten* für sich und seine Gesundheit. Mündigkeit erscheint als Errungenschaft gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse, die dem Individuum so viele Spielräume in der Systemgestaltung (z. B. des Gesundheitswesens) zuweisen, dass es als zentraler Akteur erscheint. Im Gegensatz zu bereits skizzierten Forderungen von Patientenseite steht hier nicht im Vordergrund, wie mit dem *mündigen Patienten* adäquat umgegangen werden sollte, sondern vielmehr welche Anforderungen für diesen selbst entstehen.

„Das Gesundheitswesen muss von der Mündigkeit des Patienten ausgehen. Nur er kann die Verantwortung für sich und seine Gesundheit tragen.“ (Kummer, 2002)

Mündigkeit bildet hier die Voraussetzung, um Verantwortung für Gesundheit bei dem/der Einzelnen erwarten zu können. Mit dem Fokus auf individuellem Handeln können auch die Ursachen für Gesundheit in der persönlichen Lebensgestaltung gefunden werden. Erst die Festlegung, dass der *mündige Patient* kraft freien Willens in der Lage ist, zwischen verschiedenen Handlungsoptionen zu entscheiden, ermöglicht, Gesundheit nicht als schicksalhaften Zustand, sondern als Ergebnis aktiver Lebensgestaltung zu verstehen.

Bezeichnend ist, dass mit diesem Begriff von Mündigkeit angestrebt wird, individuelle Verhaltensweisen zu normieren und spezifisch auszurichten, nämlich mit dem Ziel der Gesunderhaltung. Der *mündige Patient* kann nicht nur verantwortlich handeln, er ist auch verpflichtet, dies zu tun, denn typischerweise taucht gleichzeitig in diesem Zusammenhang eine kollektive Perspektive auf: Die Auswirkungen individuellen Verhaltens werden auf das Gesundheitssystem als Ganzes bezogen und mit gesellschaftlichen Interessen verbunden.

Durch die Konstruktion einer Ursache-Wirkungs-Beziehung (individuelles Verhalten hat gesellschaftliche Auswirkungen) entstehen Konsequenzen für den/die Einzelnen: es wird eine Ausrichtung des eigenen Verhaltens am Gemeinwohl nahegelegt, das sich beispielsweise in ‚vernünftigem‘ und ‚angemessenem‘ Gesundheitsverhalten oder in der Bereitschaft zur solidarischen (finanziellen) gegenseitigen Unterstützung äußern soll, gleichzeitig aber auch Sicherheit für den Einzelnen durch gesellschaftlichen Rückhalt bedeutet. Eigenverantwortung heißt damit vor allem, gesellschaftliche Interessenlagen als Maßstab des eigenen Handelns anzuerkennen.

Mündigkeit ist so vom Grundrecht und Eigenschaft von Patientinnen und Patienten transformiert zum Mittel zum Zweck, um das höhere Ziel Gesundheit zu erreichen. Die verpflichtende Verantwortung für die eigene Gesundheit dient als Maßstab für die Legitimität von Verhaltensweisen. Mögliche Effekte einer solchen Ausrichtung sind eine Abwertung oder Sanktionierung abweichender, potentiell gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen.¹⁶

Die Rückbindung des *mündigen Patienten* an das Gesundheitssystem über seine Fähigkeit verantwortlich zu handeln, macht ihn außerdem anschlussfähig für gesundheitspolitische Interessen, die vor allem auf ein effizientes Versorgungssystem abzielen¹⁷. So findet sich in diesem Kontext die Argumentation, dass

„eine Einbeziehung der vollen Verantwortung des Patienten für sich und seine Gesundheit (...) auch zu erheblichem Einsparpotenzial führen“ wird. (Kummer, 2002)

4.1.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung

„Kranke können sich in einem langjährigen Lernprozess durch schrittweise Übernahme eigener Verantwortung zu mündigen Patienten entwickeln.“

Hesse, 1996

Vor allem dann, wenn seine Pflichten und wünschenswerten Eigenschaften im Vordergrund stehen, scheint der *mündige Patient* das Ergebnis eines individuellen Entwicklungsprozesses zu sein. Diese Entwicklung stellt sich als eine Art Persönlichkeitsreifung oder ‚Erwachsenwerdung‘ dar im Rahmen derer es darum geht, Verantwortungsbewusstsein zu erlangen und sich ‚angemessen‘ an der eigenen Gesundheitsversorgung zu beteiligen. In jedem Fall ist die Ärzteschaft an diesem Prozess maßgeblich beteiligt, dadurch dass sie Patientinnen und Patienten erst ermöglicht, mündig zu werden. Mündigkeit ist also keine gegebene Eigenschaft, sondern wird als Arbeitsergebnis ärztlicher Tätigkeit gedacht. Diese Sichtweise wird vertreten, wenn es darum geht, die Relevanz ärztlichen Handelns zu verteidigen oder Lösungen für Konflikte zwischen Arzt und Patient zu suchen: So wird die Befähigung zur Mündigkeit durch die Mobilisierung „salutogener Ressourcen“ als zentraler Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit genannt (Hesse, 1996). Oder ein ärztlicherseits beklagter Missbrauch von Schlichtungsstellen durch Patientinnen und Patienten, die aus finanziellem Eigeninteresse auch unberechtigt klagen, soll dadurch beigelegt werden, dass dem *mündigen Patienten* mehr „Verantwortungs- und Kostenbewusstsein“ nahegebracht wird (Priesack, 1999).

16 Im Gesundheitssektor wird beispielsweise in der Selbsthilfebewegung (z. B. von HIV-Infizierten oder Konsumenten illegaler Drogen) kritisiert, dass gesellschaftliche Normierungen von (Gesundheits-) Verhalten mit diskriminierenden Ausschlüssen von Individuen oder ganzen Bevölkerungsgruppen einhergehen. Diese Kritik beinhaltet auch die Überbetonung individuellen Handelns, wodurch soziale Bedingungen von Gesundheit und Krankheit aus dem Blick geraten.

17 s. auch 4.5.1: Der *mündige Patient* erhöht Effizienz

Auch in diesem Fall wird eine Fähigkeit zur Selbststeuerung unterstellt, die im Zweifelsfall unnötige Leistungen im Gesundheitswesen einspart, da Patientinnen und Patienten sich in Richtung möglichst großer Gesundheit und Effizienz verantwortlich verhalten.

Eine ähnliche Befähigungsfunktion erhält der Arzt/die Ärztin auch, wenn die Aufklärung von Patientinnen und Patienten thematisiert wird. Während es dabei jedoch vor allem um Lernen im Sinne einer Wissensaneignung geht (s. 4.2), steht hier ein persönlicher Reifungsprozess im Vordergrund. Gemeinsam ist beiden Sichtweisen, dass sie die Arzt-Patient-Beziehung als asymmetrisch verstehen und - etwa mit Metaphern aus der Eltern-Kind-Beziehung - paternalistische Interaktionsformen reproduzieren:

„Sind wir Ärzte nicht in der Lage loszulassen, wie zum Beispiel Eltern ihr erwachsen gewordenen Kind der Selbstständigkeit überlassen sollten?“ (Jakob, 2004)

Eine weitere Strategie, sich gegenüber dem *mündigen Patienten* zu positionieren, besteht darin, den adäquaten - meist als partnerschaftlich bezeichneten - Umgang mit diesem als ärztliche Anpassungsleistung darzustellen. Das „Phänomen des mündigen Patienten“ wird hier nicht als ärztliche Leistung, sondern als von ‚außen‘ kommender, emanzipatorischer Prozess begriffen, der meist eher diffus als Bestandteil eines ‚gesellschaftlichen Wertewandels‘ verstanden wird und Änderungen vorherrschender Wertvorstellungen in der Arzt-Patient-Beziehung mit sich bringt, auf die es zu reagieren gilt. Die Beschreibung dieses Wandels „aus anfänglicher Direktivität“ hin zu einer „Partnerschaft zwischen einem beratenden Spezialisten auf der einen und einem selbst bestimmenden Patienten auf der anderen Seite“ (Jakob, 2004) kann auch als berufsständisches Interesse interpretiert werden, angesichts zunehmender Beteiligungswünsche von Patientinnen und Patienten durch Umdefinition ärztlicher Aufgaben den eigenen Status als unersetzlicher Ansprechpartner zu erneuern.

Insgesamt ist zu verzeichnen, dass die ethisch geprägten Positionierungen des *mündigen Patienten* als selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit ärztlichen Selbstpositionierungen korrespondieren. Auch das ärztliche Selbstverständnis ist von Tugenden wie Verantwortung, selbstloser Pflichterfüllung und rationaler ‚vernünftiger‘ Entscheidungsfindung geprägt. In diesem Sinne war auch die traditionell paternalistische Arzt-Patient-Beziehung bereits von humanistischen Werten gekennzeichnet.

Zu beobachten ist, dass in diesem ärztlichen Diskursstrang um den *mündigen Patienten* ambivalente Haltungen eingenommen werden: einerseits kommt es im Hinblick auf gesundheitspolitische Probleme gelegen, den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin in die Pflicht nehmen zu können und ärztlicherseits gut bekannte Verhaltensmuster wie Verantwortungsbewusstsein an diese übertragen zu können. Andererseits geht mit der Verschiebung von bisher ärztlich vorbehaltenen Eigenschaften als aktiv und autonom handelnde Subjekte, denen gegenüber Patientinnen und Patienten bisher ein eher passiver Objektstatus vorbehalten war, ein drohender Statusverlust einher, der kompensiert werden muss.

4.2 Diskursstrang, Wissen und Information'

„Der Patient wird informierter und damit mündiger“

Bördlein, 1999

Viel zitiert ist der *mündige Patient*, wenn es um die Bedeutung von Wissen und Information im Gesundheitswesen geht. Unter Bezugnahme auf den ‚medizinischen Fortschritt‘, die ‚Informationsflut‘ durch die Medien, insbesondere das Internet oder die Auswirkungen der ‚Wissensgesellschaft‘ geht es vor allem um Wissensunterschiede zwischen Professionellen einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits.

Zunächst stellt die Betonung medizinischen Fachwissens die Beziehung zwischen Arzt und Patient als asymmetrisch heraus und stärkt den ärztliche Expertenstatus. Daneben wird jedoch auch ein Wissenszuwachs bei Patientinnen und Patienten konstatiert. Der emanzipierte, per „Internet informierte mündige Patient“ (Krüger-Brand, 2000) wirkt als potentielle Bedrohung, indem er ärztliche Entscheidungen hinterfragen kann. In diesem Zusammenhang erfährt der Prozess der Informationsvermittlung viel Beachtung. Von ärztlicher Seite steht im Vordergrund, Patientinnen und Patienten mithilfe ‚seriöser‘ Informationen zu Mündigkeit zu befähigen. Diese selbst fordern vor allem ‚Transparenz‘ und verstehen ausreichendes Wissen über Leistungen und Finanzierung als Grundlage für Partizipation.

4.2.1 Der *mündige Patient* weiß zu wenig

„Gelingt es dem Arzt kaum noch, die Seriosität der angebotenen diagnostischen und therapeutischen Methoden zu prüfen und richtig einzuordnen, so ist erst recht auch der mündige Patient meilenweit davon entfernt.“

Hausotter, 2001

Mangelndes Urteilsvermögen wird dem mündigen Patienten beispielsweise bescheinigt, um die Relevanz (haus)ärztlicher Tätigkeit als ‚Lotse‘ im Gesundheitssystem zu begründen. Auch die zunehmende Popularität alternativmedizinischer Behandlungsverfahren ist aus schulmedizinischer Sicht ein Hinweis für fehlendes Wissen in der Bevölkerung.

Patientinnen und Patienten zeichnen sich in diesem Kontext durch „Halbwissen“ und „weitgehende Unkenntnis der Materie“ aus (Keller, 2004; Ulatowski, 2002). In der Konsequenz wird ihnen zwar Mündigkeit zugesprochen, die Fähigkeit, über ihre Behandlung zu entscheiden, davon aber abgekoppelt. Teilweise wird Mündigkeit sogar vom Wissensstand abhängig gemacht und damit ganz abgesprochen. Ein adäquater Informationsstand ist für Patientinnen und Patienten jedenfalls nicht erreichbar. Die Grenzlinien verlaufen zwischen ärztlichem Experten- und Laienwissen, aber auch entlang Kriterien naturwissenschaftlicher Überprüfbarkeit.

Eine weitere Strategie, den Wissensstand von Patientinnen und Patienten zu relativieren, besteht darin, den *mündigen Patienten* selbst als Konstrukt zu entlarven oder den Gültigkeitsbereich von Mündigkeit zu begrenzen. Dies geschieht, indem zwischen diesem und realen Patientinnen und Patienten unterschieden und dabei hervorgehoben wird, dass letztere eigentlich gar kein Bedürfnis nach Mündigkeit haben, sondern vielmehr nach Hilfe und ärztlichem Rat. In der Debatte um Datenschutz wird der Patient als „Herr seiner Daten“ für ungeeignet befunden, weil er nicht mit professionellem Wissen umgehen kann. Mündigkeit wird nur bei speziellen Indikationen, etwa bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen für hilfreich gehalten (Klinkhammer, 1998).

In jedem Fall entsteht so ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen ärztlichen Expertinnen und Experten und unwissenden Patientinnen und Patienten. Diese Positionierung steht in der Tradition einer naturwissenschaftlich geprägten Medizin, in der ‚objektives‘ medizinisches Fachwissen als ausschlaggebend für ärztliches Handeln gilt. Einerseits wird mit dem Verweis auf unzureichendes Wissen ein Interesse am Wohl von Patientinnen und Patienten artikuliert, die durch unwissentlich gewählte Fehlbehandlungen potentiell geschädigt werden könnten. Gleichzeitig fördert die Betonung des ärztlichen Expertenstatus die Reproduktion einer asymmetrischen bzw. paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung. Kennzeichnend ist, dass in dieser Perspektive das Erfahrungswissen von Patientinnen und Patienten über Krankheitsverlauf und Symptome nicht thematisiert wird.

4.2.2 Der gut informierte *mündige Patient*

„Der mündige, per Internet gut informierte Patient ist möglicherweise auch der unbequemere Patient.“

Krüger-Brand, 2001

Im Kontrast zu den bisher hervorgehobenen Wissensdefiziten stehen Äußerungen, die den *mündigen Patienten* als - vor allem durch das Internet - gut informiert beschreiben. Patientinnen und Patienten werden als selbstbewusst und kritisch, teilweise auch als anspruchsvoll und unbequem dargestellt. Der Wissenszuwachs erscheint hier als von außen kommend, der kontrollierten ärztlichen Informationsvermittlung entzogen und damit in mehrerer Hinsicht potentiell bedrohlich.

Teilweise wird das neu gewonnene Selbstbewusstsein der Patientenseite als Selbstüberschätzung gedeutet, mit der es ärztlicherseits einen Umgang zu finden gilt, da z. B. durch Fehlinformationen aus den Medien eine Gesundheitsgefährdung zu befürchten ist. Neben der Eigenschädigung wird jedoch auch eine veränderte Haltung gegenüber der Ärzteschaft bzw. dem gesamten Gesundheitssystem wahrgenommen. An die Stelle der Vorstellung, dass Patientinnen und Patienten als Laien die Qualifikation und Handlungsanweisungen professioneller Versorgungsstrukturen be-

dingungslos akzeptieren, tritt das Bild eines Patienten, der in der Lage ist, über Wissensaneignung qualifizierte Entscheidungen zu treffen, wo, wann und von wem er sich behandeln lassen will und die Qualität dieser Versorgung dabei kritisch zu überprüfen.

Beispielsweise wird dem *mündigen Patienten* von juristischer Seite die Kompetenz zugeordnet, zwischen sachlichen und Werbe-Informationen unterscheiden zu können, verbunden mit dem Ratschlag an die Ärzteschaft, den „Empfängerhorizont“ von Patientinnen und Patienten nicht zu unterschätzen (Gerst, 2002). Auch auf die Gestaltung der medizinischen Ausbildung wirkt sich die Wahrnehmung immer besser informierter Patientinnen und Patienten aus, die Vermittlung theoretischen medizinischen Wissens im Studium soll zukünftige Ärztinnen und Ärzte darauf vorbereiten, diesen qualifiziert begegnen zu können.

Die Positionierung des *mündigen Patienten* als Träger von Wissen beinhaltet auch, dessen Informationsweitergabe an den Arzt/die Ärztin zu reflektieren. Während ansonsten zum ganz überwiegenden Anteil nur die Informationsvermittlung durch Ärztinnen und Ärzte angesprochen ist, wird hier als ‚Realität‘ wahrgenommen, dass Patientinnen und Patienten im Gespräch selektiv, nach eigenständiger Entscheidung, Informationen weitergeben oder für sich behalten können und so auch ärztlicherseits ein wissensbezogenes Abhängigkeitsverhältnis sichtbar wird.

In jedem Fall schafft der Informationszuwachs von Patientinnen und Patienten offensichtlich Handlungsbedarf. Wenn der gut informierte *mündige Patient* erwähnt wird, dient er regelmäßig als Argument für die Implementation neuer Informationstechnologien ins Gesundheitssystem. Durch den verbreiteten, alltäglich möglichen Zugriff auf Fachinformationen über das Internet scheint das ärztliche Expertenmonopol auf Informationsvermittlung bedroht. Im Gegenteil sind informierte Patientinnen und Patienten in der Lage, ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte unter Rechtfertigungsdruck zu setzen und deren Fachwissen kritisch zu hinterfragen. Dementsprechend wird argumentiert, dass es ärztlicherseits nötig ist, sich zu wappnen, um den Informationsvorsprung ihrer Patientinnen und Patienten aufzuholen.

„Der Druck auf das Gesundheitssystem, Telematik einzusetzen, wird stärker“, betont Dr. jur. Manfred Zipperer, Vorsitzender des ATG (Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, Anm. d. A.). Gründe hierfür sind unter anderem der durch das Internet informierte mündige Patient, das Thema integrierte Versorgung und die bevorstehende Einführung neuer Vergütungssysteme im Krankenhaus.“ (Krüger-Brand, 2000)

Die Befürchtung, dass der ärztliche Ratgeberstatus bedroht sein könnte, führt außerdem dazu, die Bedeutung ärztlicher Beratungs- und Gesprächskompetenz zu betonen. Als eigentliche ärztliche Leistung wird nicht mehr die alleinige Wissensvermittlung, sondern das Sortieren der im Übermaß verfügbaren Informationen und die Hilfe bei der Entscheidungsfindung verstanden. Im Hinblick auf den gut informierten *mündigen Patienten* ist ein Lernprozess auf ärztlicher Seite gefordert, diesen neuen An-

forderungen als Berater gerecht zu werden, um sich weiterhin als Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten zu qualifizieren.

4.2.3 Der Arzt als Befähiger der *mündigen Patienten*

„Mehr Information soll zu mehr Kompetenz und Eigenverantwortung des mündigen Patienten führen.“

Krüger-Brand, 2001

„Nur wer umfassend und gut informiert ist, kann selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit Gesundheitsrisiken umgehen, Krankheitszustände bewältigen und seine Rechte als mündiger Patient und als Versicherter wahrnehmen.“

Krüger-Brand, 1999

Als Gegenbewegung zum Wissenserwerb ‚von außen‘ ist die Position verstehbar, mithilfe derer sich Ärztinnen und Ärzte als Befähiger darstellen, die Patientinnen und Patienten über Informationsvermittlung erst zu Mündigkeit und Entscheidungskompetenz verhelfen. Kennzeichnend dabei ist die Unterscheidung zwischen ‚richtigem‘ (meist ärztlichem) und ‚falschem‘ Wissen (z. B. in unkontrollierter Weise im Internet zirkulierend).

Vor allem praktisch tätige Ärzte und Vertreter evidenzbasierter Medizin sind darum besorgt, dem *mündigen Patienten* die ‚richtigen‘ Informationen zukommen zu lassen, indem beispielsweise Internetportale qualitätskontrolliert, in Praxen schriftliche Informationsbroschüren ausgegeben, eine „Stiftung für Patientenkompetenz“ gegründet (Pflanz, 2004) oder die Entscheidungsfindung im Arzt-Patient-Gespräch an evidenzbasierten Therapieleitlinien (z. B. der Cochrane Collaboration) orientiert werden sollen.

Für die Arzt-Patient-Interaktion heißt dies, Patientinnen und Patienten zu Kooperationspartnern zu erklären und ihnen genügend Einblick in medizinisches Fachwissen zu vermitteln, so dass sie ärztliche Entscheidungen verstehen und mittragen können. Im Unterschied zu einem paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis wird hier also für möglich gehalten, dass der *mündige Patient* genügend Wissen erwerben kann, um an der medizinischen Entscheidungsfindung beteiligt zu sein. Außerdem wird hervorgehoben, dass die Wünsche und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung einfließen sollen.

Dennoch wird der Ausgleich von Wissensunterschieden zwischen Arzt und Patient v.a. dann positiv bewertet, wenn damit die Erwartung verknüpft ist, dass Patientinnen und Patienten aus dem erworbenen Wissen ärztlicherseits erwünschte Konsequenzen ziehen.

So wird medizinisches Wissen weiterhin als zentrale Entscheidungsgröße positioniert, der *mündige Patient* erscheint vorrangig als Rezipient ‚objektiver‘ Informationen verbunden mit der Zielsetzung, ihn zu „mündigem Verhalten“ entlang wissenschaftlicher Erkenntnisse zu bewegen (Bütikofer, 2002). Trotz veränderter Strategien bleibt die Ausrichtung ärztlicher Intervention also erhalten: der *mündige Patient* soll Compliance zeigen, nicht mehr, indem er seinem Arzt ‚gehört‘, sondern indem er ‚eigenverantwortlich‘ und ‚rational‘ handelt: Wer darüber aufgeklärt ist, welche Risikofaktoren zu einer bestimmten Erkrankung führen, versucht diese zu vermeiden. Eine ähnliche Steuerungsfunktion zeigt sich bei der Vermittlung juristischen Fachwissens: Indem der *mündige Patient* über seine Rechte informiert wird, kann ihm auch nahegelegt werden, wann es aussichtslos ist, zu klagen. So zeigt sich Wissen als wichtigste Handlungsvoraussetzung für Patientinnen und Patienten, erst dadurch wird Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung, aber auch Krankheitsbewältigung für möglich gehalten.

Die Bestrebung, Informationen zu kontrollieren, ist einerseits als Anwaltschaft für das Wohl von Patientinnen und Patienten interpretierbar. Andererseits kann es als Element einer Reproduktion von Wissenshierarchien gedeutet werden: Prozesse der Aneignung von Informationen sollen gesteuert werden, was ‚gute‘ Informationen sind, entscheiden Experten. Auch die gleichzeitige Betonung der Partnerschaft zwischen Arzt und Patient und der ärztlichen Befähigungsfunktion lässt sich als Lösungsversuch aus dem Dilemma interpretieren, einerseits emanzipatorische Entwicklungen auf Patientenseite positiv bewerten zu müssen, um sich selbst nicht als rückständig und paternalistisch darzustellen und andererseits den eigenen Expertenstatus zu sichern. Die partnerschaftliche Neudefinition der Arzt-Patient-Beziehung ist damit als Reaktion verstehbar, ärztliches Handeln mit veränderten Eigenschaften von Patientinnen und Patienten positiv zu integrieren.

4.2.4 Partizipation durch Wissen

Bisher zeigte sich vor allem ein ärztliches Interesse an der Vermittlung medizinischer Fachinformationen. Wissenserwerb wird jedoch auch von Patientenseite gefordert. Der *mündige Patient* versteht in diesem Zusammenhang Wissen als Grundlage für eine mögliche Einflussnahme im Gesundheitswesen, er besitzt ein Recht auf Information, auf „Leistungs- und Kostentransparenz“ (Rabbata, 2002). Gerade weil er zunehmend selbstständig und eigenverantwortlich handelt, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation, braucht er ausreichende Informationen als Entscheidungsgrundlage. Diese Positionierung taucht in ärztlichen Äußerungen oder bei Patientenvertretern (Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten) auf, Patientinnen oder Patienten kommen nicht selbst zu Wort.

Auffällig ist in den ärztlichen Darstellungen dieses Patienteninteresses, dass Partizipation mit ärztlichen Anliegen verbunden wird. Der mündige oder „kompetente Pati-

ent“ scheint konfliktfrei als Erweiterung des unter 4.2.3 dargestellten ärztlichen Befähigungsprozesses einsetzbar:

„Der kompetente Patient geht einen Schritt weiter: Er will medizinisches Handeln durch aktives Mitwirken in eigener Sache ergänzen.“ (Nagel, 2001)

Nicht der Arzt will den Patienten informieren, um ihn zu beeinflussen, sondern dieser selbst hat ein Interesse, möglichst kooperativ seine Behandlung mitzugestalten, dem die Ärzteschaft lediglich nachkommt. Die Möglichkeit divergierender Interessen und Prioritäten taucht hier nicht auf.

Das heißt, widersprüchliche, nicht mit der Schulmedizin konforme Wissensbestände, wie sie in der Selbsthilfegruppenbewegung oder in komplementärmedizinischen Kontexten weitergegeben werden, werden an dieser Stelle ausgeklammert. So wird die Partizipation von Patientinnen und Patienten auf die Teilhabe am medizinisch-professionellen Leitwissen beschränkt. Eine darüber hinausgehende Beteiligung an der Systemgestaltung mit der Option, dass schulmedizinische Prioritäten zur Disposition stehen könnten, findet keine Beachtung. Auch die Orientierung von gesundheitspolitisch aktiven Patienten-Funktionären am medizinischen Leitwissen partizipieren zu wollen, deutet auf dessen Dominanz hin.

4.2.5 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung

Zusammenfassend problematisieren Aussagen, die den *mündigen Patienten* im Kontext von Wissen und Information betrachten, dessen Fähigkeit, sich Wissen anzueignen und die zugehörigen Konsequenzen. Ärztliche Selbstpositionierungen reichen von der Betonung ärztlichen Expertenwissens, das für Patientinnen und Patienten nicht erreichbar ist, bis hin zu partnerschaftlichen Vorstellungen von einer gegenseitigen Informationsvermittlung zwischen Arzt und Patient. Die Dominanz medizinischen Fachwissens als Orientierung und Entscheidungsgrundlage wird dabei nicht in Frage gestellt. Einerseits verspricht der informierte *mündige Patient* eine bessere Versorgung, dadurch dass er ärztliche Entscheidungen versteht und mitträgt, andererseits wird eine vermehrte Belastung der Ärzteschaft deutlich, die mit neuen Anspruchshaltungen und drohender fachlicher Kritik konfrontiert ist und sich einem neuen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sieht. So steht zum einen erneut die ärztliche Anpassungsleistung an sich wandelnde Anforderungen im Vordergrund, wenn es gilt, die Bedeutung ärztlichen Handelns für die Gesundheitsversorgung zu festigen. Anhand ironisch-satirischer Äußerungen zu den Konsequenzen des Wissenszuwachses von Patientinnen und Patienten zeigt sich aber auch, dass Wissen als Statusfaktor funktioniert und die Ablösung der traditionell asymmetrischen Arzt-Patient-Beziehung durch eine „allseits durchsichtige Medizin auf Augenhöhe mit dem mündigen Patienten“ nicht nur positiv bewertet wird:

„Früher hat mir mein Doktor immer gesagt, wo es langgeht, aber heute muss man sich so komische Sachen anhören, die kein Mensch versteht . . . ich will meinen alten Doktor

wiederhaben . . .' DAS könnte ihm so passen. Wenn der mündige Patient mitreden will, muss er auch mitleiden.“ (Böhmeke, 2005)

4.3 Diskursstrang ‚Strukturprobleme‘

Der Diskursstrang um Fragen der Systemgestaltung ist geprägt von standespolitisch orientierten Äußerungen, welche die Belange der Ärzteschaft im Gesundheitswesen vertreten. Der *mündige Patient* wird vor allem in der Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen oder zwischen konkurrierenden Arztgruppen aufgegriffen, um sich als Anwalt von Patienteninteressen zu legitimieren und so der eigenen Position mehr Nachdruck zu verleihen.

Außerdem erscheint er als vielversprechender Akteur auf der Suche nach Lösungen für Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, indem er durch Leistungs- und Kostenkontrolle als Instrument der Qualitätssicherung wirksam werden soll.

Das heißt, er dient entweder als Begründung, um akteursbezogene Reformvorschläge plausibel zu machen oder er wird selbst zum funktionalen Strukturelement im Gesundheitswesen erklärt.

4.3.1 Der *mündige Patient* als Argument für Reformen

Vor allem in den Jahren 1999 und 2000 verwenden ärztliche Interessenvertreter den *mündigen Patienten* in offiziellen Erklärungen, um Kritik am GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) zu üben. Der strukturpolitische Diskursstrang ist geprägt von Äußerungen des damaligen BÄK-Präsidenten Vilmar, der auch offizielle Stellungnahmen des Deutschen Ärztetages beeinflusst haben dürfte. Die programmatische Formel „Kurswechsel in der Gesundheitspolitik - vom mündigen Bürger zum entmündigten Patienten?“ (Vilmar, 1999) taucht wiederholt auf und ist verbunden mit massiver Kritik an einer Einflussvermehrung der Krankenkassen im Gesundheitswesen und expliziten Forderungen nach einem Beibehalt und Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung.¹⁸

Der *mündige Patient* wird so zum Maßstab, anhand dessen adäquate Strukturen geschaffen oder Hindernisse aus dem Weg geräumt werden müssen. Er soll seine Rechte frei entfalten können, vor ökonomisch orientierten Interessen geschützt werden und von seiner Entscheidungsfreiheit Gebrauch machen können. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird dafür als geeigneter Schutzraum dargestellt, in dem sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten mündig sind und den es im

¹⁸ Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Kompetenzen der Krankenkassen ausgeweitet und gleichzeitig Budgetverschärfungen und weitere Beschränkungen für die Ärzteschaft umgesetzt.

Interesse einer guten und patientenorientierten Versorgung zu bewahren gilt. So steht in diesen Äußerungen die bedrohte Mündigkeit von Patientinnen und Patienten „durch Politik und Krankenkassen“ im Vordergrund, gleichzeitig wird aber durch das Hervorheben einer engen Zusammengehörigkeit zwischen Arzt und Patient auch die Umsetzung eigener ärztlicher Reformwünsche nahegelegt.

Eine ähnliche Koppelung von Patienten- und Eigeninteressen findet sich im Streit zwischen Internisten und Allgemeinmedizinerinnen um den Sinn von Hausarztmodellen, der durch eine Konkurrenz beider Facharztgruppen um die Zuständigkeit für die primärärztliche Versorgung gekennzeichnet ist: Der Berufsverband der Internisten verurteilt die Einführung von Hausarztmodellen, die eine Stärkung der Allgemeinmedizin bedeuten würde mit der Begründung, dass dies die freie Arztwahl des *mündigen Patienten* einschränke (Maus, 2001).

Mit der Betonung seiner Wahl- und Entscheidungsfreiheit steht der *mündige Patient* im Spannungsfeld aktueller Reformvorschläge zwischen vermehrter staatlicher Steuerung einerseits oder einem Ausbau marktwirtschaftlicher Elemente andererseits vor allem für eine weitere Deregulierung: Er soll durch freie Entscheidungen zum ‚freien Spiel der Kräfte‘ beitragen. Damit ist er nicht nur Maßstab für Reformen, die sich an seinen Bedürfnissen ausrichten sollen, sondern greift auch selbst steuernd in das Gesundheitssystem ein.

4.3.2 Der *mündige Patient* als Steuerelement

„...der „mündige“ Patient erhält eine Rechnung. Mit dieser kann er Arzt und Krankenkasse in ihrer Leistung prüfen.“

Gurr, 2005

Möglichkeiten, wie Patientinnen und Patienten Leistungen und Kosten in der Versorgung mitsteuern können, werden überwiegend seit 2000 in Form von Leserbriefen diskutiert, die, soweit ersichtlich, von praktisch tätigen Ärzten stammen. Der *mündige Patient* soll eine Kontrollinstanz darstellen, er erhält Rechnungen, prüft dadurch die Leistungserbringer und Finanzierungsträger, er kann unsinnige Neuerungen ablehnen (z. B. Patientenquittungen, in denen nur Punktwerte und keine tatsächlichen Kosten auftauchen) und trägt durch sein Interesse an einer für ihn selbst jeweils optimalen Versorgungsleistung automatisch zur Qualitätssicherung bei.

Diese Vorschläge tauchen vor allem im Zusammenhang mit als fragwürdig oder sinnlos erlebten Reformen auf, die für die Ärzteschaft Mehrarbeit und wenig Gewinn bedeuten. Das Engagement für transparente Abrechnungen kann bei „gedeckelten Budgets“ und „Punkteverfall“ in der ambulanten Versorgung als Selbstschutz und Rechtfertigung gegenüber dem Vorwurf übermäßiger Rechnungsstellung auch für nicht erbrachte Leistungen gelten. Auch hier wird der *mündige Patient* zum Maßstab für die

Schwerpunktsetzung in der Versorgung: Wofür er sich entscheidet oder was er gut-
heißt, hat sich damit als sinnvolle Versorgungsstruktur qualifiziert.

4.3.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung

Die - wenn auch teilweise strategische – zentrale Positionierung des *mündigen Patienten* als Maßstab für Gesundheitsreformen wirkt sich auf die ärztliche Selbstdarstellung aus. Ärztinnen und Ärzte beschreiben sich als „persönliche Partner“ (Maus, 1998) ihrer Patientinnen und Patienten, deren Wünsche und Bedürfnisse sie erfüllen wollen und als Garanten einer guten Versorgung. Dies beinhaltet sogar, sich durch Offenlegung von Abrechnungen überprüfbar zu machen. Damit wird dem *mündigen Patienten* ein Machtzuwachs eingeräumt, der auch ärztliche Handlungsstrategien beeinflusst: Es wird offen thematisiert, dass Ärztinnen und Ärzte sich gegenüber Patientinnen und Patienten in ihren Handlungen zu legitimieren haben und sich um deren Kooperation bemühen sollten, um zu vermeiden, dass diese sonst in nicht erwünschter Weise handeln (z. B. Abwendung vom Gesundheitssystem).

Im Zuge dieser Entwicklungen findet die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten zunehmend Beachtung für die Steuerung von Versorgungsstrukturen. Als Konsequenz wird auch das Thema Arzt-Patient-Kommunikation aktualisiert. Ein guter Kontakt zwischen Arzt und Patient gewinnt als wichtiger Ansatzpunkt für Patienten(un)zufriedenheit an Bedeutung, um Patientinnen und Patienten an sich zu binden, Kommunikation wird so zum Qualitätsfaktor. Hier zeigt sich die Nähe zu einer vermehrten Kundenorientierung im Gesundheitswesen, bei der die Orientierung an der Patientenzufriedenheit zur zentralen Entscheidungsgröße wird (s. 4.4.1).

Zusammenfassend finden sich im Diskursstrang um Strukturprobleme gesundheitspolitisch orientierte Äußerungen, die sich mit Möglichkeiten für eine verbesserte Organisation des Gesundheitssystems auseinandersetzen. Erklärtes Ziel dabei ist eine Erhöhung der Versorgungsqualität, wobei durch die divergierenden Interessen der einzelnen Akteure (praktisch tätige Ärzte, Funktionäre...) widersprüchliche Handlungsansätze zu finden sind.

4.4 Diskursstrang ‚Finanzierungsfragen‘

Auch wenn ökonomische Handlungslogiken im Vordergrund stehen, wird der *mündige Patient* als handelnder Akteur begriffen, der mithilfe seiner Wahlfreiheit im Gesundheitswesen Einfluss nimmt. Die Zielsetzung liegt dabei weniger auf Fragen der strukturellen Organisation und Qualitätsverbesserung, sondern explizit auf der Lösung finanzieller Probleme, dadurch dass Patientinnen und Patienten Behandlungskosten übernehmen.

Kontrovers diskutiertes Szenario ist eine weitere Marköffnung und Deregulierung des Gesundheitssystems, in dem Patientinnen und Patienten Leistungen wählen, aber auch finanzielle Eigenbeteiligungen übernehmen müssen, hier im Sinne einer selbstbestimmten Kaufentscheidung. Der dabei Patientinnen und Patienten zugewiesene Kunden-/ Konsumentenstatus bedeutet für die Ärzteschaft eine drohende Abwertung als Dienstleister und wird deshalb heftig kritisiert. Dem steht eine positive Bewertung von Patientenseite gegenüber, die sich dadurch eine bessere Behandlung verspricht.

Neben der Kontroverse um den Kundenbegriff sind ambivalente Äußerungen zur finanziellen Beteiligung von Patientinnen und Patienten vorhanden. Wird einerseits der Einfluss wirtschaftlicher Erwägungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis negativ bewertet, erscheint angesichts wahrgenommener Finanzierungsengpässe die teilweise private Übernahme von Kosten als unausweichlich. Wenn die Ausgliederung von Leistungen aus der GKV gerechtfertigt werden muss, werden strategisch, statt der individuellen finanziellen Belastung, die erweiterten Wahlfreiheiten des *mündigen Patienten* betont.

4.4.1 Der *mündige Patient* als Kunde

Eine explizite Auseinandersetzung darüber, ob Patientinnen und Patienten als Kunden anzusehen sind, ist seit 2000 im Deutschen Ärzteblatt zu verfolgen. Damit ist ein zeitlicher Zusammenhang mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2002 gegeben, die jeweils den Ausbau marktwirtschaftlicher Steuerungsprinzipien mit sich bringen (Zuzahlungen, Wettbewerb der Krankenkassen etc.).

Ärztliche Stellungnahmen zum Kundenbegriff sind überwiegend skeptisch bis ablehnend, die Ökonomisierung im Gesundheitswesen wird insgesamt als bedrohlicher Trend beschrieben. Der *mündige Patient* ist hier ein Konstrukt im Dienste gesundheitsökonomischer Interessen, das nicht die ‚tatsächlichen‘ Bedürfnisse und Eigenschaften realer Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Stattdessen wird kritisiert, dass der *mündige Patient* strategisch als Kunde instrumentalisiert ist, um Sparmassnahmen umzusetzen und um ihn als Gegenstand von „Wertschöpfung“ zu missbrauchen (Kloiber, 2000). Die weitestgehende Ablehnung einer Marktorientierung im Gesundheitswesen dechiffriert den *mündigen Patienten* als Freibrief für egoistisches ärztliches Gewinnstreben und polarisiert wirtschaftliche Interessen als moralisch fragwürdig gegen legitime Beweggründe ärztlichen Handelns: Patientinnen und Patienten sind in anderer Masse schutzbedürftig und abhängig als Kunden von Verkäufern, der ärztliche Berufsethos altruistischer Hilfeleistung steht mit wirtschaftlichen Interessen im Widerspruch.

Aber nicht nur der Kundenbegriff, sondern vor allem die entsprechende Einstufung von Ärztinnen und Ärzten als Dienstleister wird für inakzeptabel gehalten und als Abwertung ärztlicher Tätigkeit empfunden. So lässt sich die ärztliche Ablehnung, Patientinnen und Patienten als Kunden zu begreifen, auch als Sorge um den eigenen Status interpretieren: Die Wahrnehmung ärztlicher Hilfe als Dienstleistung ist diskrepant zu bisher gültigen ärztlichen Selbstbildern und dem traditionell hohen gesellschaftlichen Ansehen des Arztberufes. Durch die Einordnung als Dienstleister entsteht für Ärztinnen und Ärzte ein neuer Rechtfertigungs- und Werbungsdruck. Mit der Transformation des freien Arztberufs zum Dienstleistungsberuf im Zuge einer erweiterten Gültigkeit ökonomischer Regeln im Gesundheitssystem ist so ärztliche Kritik am Kundenstatus auch als Verteidigung gegen die Demontage ärztlicher Unabhängigkeit deutbar.

Ein weiterer Hinweis dafür, dass die Positionierung zum Kundenbegriff mit Statusfragen im Arzt-Patient-Verhältnis und jeweiligen Eigeninteressen der Akteure zusammenhängt, ist darin zu finden, dass von Patientenseite der Kundenstatus überwiegend positiv bewertet wird. Es scheint für Patientinnen und Patienten durchaus verlockend, als Kunden behandelt zu werden: Der hier erwähnte *mündige Patient* erhält Dienstleistungen, er wird „umsichtiger und nicht selten redlicher“ behandelt, zumindest besser als Patientinnen und Patienten üblicherweise vom „patriarchalischen Besserwisser“ (Horn, 2000).

4.4.2 Wählen und Zahlen

Abgekoppelt von der Kritik des Kundenstatus ist die Nutzung seiner Käuferereigenschaften, die sich als hilfreich für die Legitimation von Leistungskürzungen zeigen. Als ‚Konsument‘, ‚Verbraucher‘ oder „Nachfrager nach Gesundheitsdienstleistungen“ (Schmidt, 1999) ist der *mündige Patient* dadurch gekennzeichnet, dass seinen Bedürfnissen große Bedeutung beigemessen wird und er zwischen verschiedenen Versorgungsleistungen wählen kann, sich dafür aber auch finanziell beteiligen soll. Mündigkeit kommt einem ‚Ausleben-dürfen‘ von Konsumentenbedürfnissen gleich und bildet verknüpft mit Entscheidungsfreiheit die Grundlage für einen funktionierenden Markt Gesundheitswesen.

Auf die genannten Eigenschaften von Patientinnen und Patienten wird insbesondere dann zurückgegriffen, wenn Lösungsmöglichkeiten für die als bedrohlich wahrgenommene finanzielle Situation im Gesundheitssystem gesucht werden. Mit der Umdefinition von Patientinnen und Patienten von hilfesuchenden Kranken zu souveränen Verbrauchern wirkt eine Ausgliederung von Leistungen aus der GKV als Instrument der Kostendämpfung akzeptabel. Insbesondere dann, wenn einer „zumutbaren Eigenverantwortung“, die mit einem „selbstbestimmten Leistungsumfang“ einhergeht, als beunruhigende Alternativen „Rationierung und Leistungsverfall“ gegenübergestellt

werden (Flintrop, 2000). So stellt sich die Privatisierung von Behandlungskosten angesichts drängender Probleme als das ‚kleinere Übel‘ dar.

Während es also eigentlich um die Verlagerung finanzieller Verantwortung zu Lasten von Patientinnen und Patienten geht, werden andererseits deren neu gewonnene (Wahl)freiheiten strategisch hervorgehoben, um Leistungskürzungen zu rechtfertigen.

Verwendet wird diese Strategie beispielsweise im Zusammenhang mit den ‚Individuellen Gesundheitsleistungen‘ (IgeL). Während damit eigentlich Leistungen gekennzeichnet sind, die als medizinisch eher nachrangig eingeschätzt werden und deshalb nicht mehr von den Kassen finanziert sind, wird in diesem Kontext die Verbraucherorientierung hervorgehoben und der *mündige Patient* als Träger individueller Bedürfnisse beschrieben, die es optimal zu befriedigen gilt.

Auffällig ist hier die Distanzierung von der sonst eher betonten ärztlichen Beratungsfunktion: Die Entscheidung über sinnvolle Gesundheitsleistungen wird vordergründig Patientinnen und Patienten überlassen. Dies entspricht einer marktwirtschaftlichen Logik, wachsende Konsumentenbedürfnisse zu produzieren, die zusammen mit einer Privatisierung der Kosten Einsparungen bzw. ansteigende Gewinnspannen in der Gesundheitsversorgung bedeuten. Die Ausweitung der Bedürfnisse des *mündigen Patienten* verspricht auch für Ärztinnen und Ärzte mehr Einnahmen.

Kritik am ärztlichen Umgang mit den IgeL-Leistungen richtet sich vor allem gegen die Behandlung von Patientinnen und Patienten als Kunden (s. 4.4.1) und befürchtet eine Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient durch finanzielle Eigeninteressen der Ärzteschaft.

Die Bewertung von Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitssystem ist insgesamt zwiespältig. Einerseits wird Gewinnstreben für die Arzt-Patient-Beziehung als schädlich empfunden und Analogien zum Verhältnis zwischen Dienstleister und Kunden abgelehnt. Das Ziel notwendiger Kosteneinsparungen ist jedoch überwiegend akzeptiert, die Ärzteschaft hat den gesundheitspolitisch erzeugten Druck, marktwirtschaftliche Steuerungsprinzipien einzuführen, in eigene Argumentationen übernommen. Insbesondere Sprecher, die sich (z. B. als Leiter eines Krankenhauses) intensiv mit ökonomischen Richtlinien auseinandersetzen mussten, verweisen auf die handlungsleitende Funktion wirtschaftlicher Sachzwänge.

„Auf jeden Fall waren die Krankenhäuser gezwungen, mehr denn je, wirtschaftlich zu denken und zu handeln. Das ist nur möglich, wenn alle in einem Krankenhaus Tätigen begreifen, dass sie in einem Wirtschaftsunternehmen arbeiten und Leistungsanbieter sind. Und Leistungen bietet man nun einmal Kunden an.“ (Holland, 2000)

4.4.3 Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung

Im marktwirtschaftlich orientierten Diskursstrang verwandelt sich die Arzt-Patient-Beziehung in ein Verhältnis zwischen Dienstleister und Kunde. Für Ärztinnen und Ärzte ist die Dienstleistungsfunktion mit einem drohenden Statusverlust verbunden. Ärztliches Handeln muss sich mehr an Faktoren wie der Zufriedenheit oder Nachfrage von Patientinnen und Patienten ausrichten, erst nachgeordnet am ärztlichen Fachwissen (z. B. Verordnungen von Antibiotika im ambulanten Sektor auf Wunsch und ‚wider besseres medizinisches Wissen‘, um Patientinnen und Patienten an die Praxis zu binden).

Bezeichnend für das Angebot ärztlicher Leistungen ist die Verschiebung von einer Bedarfs- hin zu einer Bedürfnisorientierung. Während Ansätze, wie die Versorgungsforschung versuchen, als objektifizierbares Kriterium für die Relevanz von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen den vorhandenen Bedarf¹⁹ zu ermitteln, rechtfertigen sich Leistungen mit ökonomischem Maßstab darüber, ob sie bestehende Bedürfnisse befriedigen. So wird finanzielles Eigeninteresse von Ärztinnen und Ärzten zwar für potentiell beziehungsschädigend gegenüber Patientinnen und Patienten gehalten, gleichzeitig sind Ärztinnen und Ärzte angesichts sinkender Einnahmen und teilprivatisierter Behandlungskosten mit einer neuen Positionierung als Werbende und Verkäufer konfrontiert. Sie müssen sich z. B. zu der Einführung von ‚Individuellen Gesundheitsleistungen‘ verhalten, ob sie nun den Verkauf dieser Leistungen strikt ablehnen, sich in Kommunikationstrainings Verkaufsstrategien aneignen oder dazwischenliegende individuelle Kompromisse finden.

Trotz des expliziten Ziels der Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten bleibt ein hierarchisches Gefüge in der Konstellation zwischen Gesundheitswesen und Patient/in bestehen: Strukturentscheidungen, wie die Unterscheidung zwischen GKV- und IGeL-Leistungen werden von professioneller Seite getroffen. Patientinnen und Patienten haben die Freiheit angesichts dieser sichtbaren Vorentscheidung, Leistungen zu wählen, sind jedoch nicht an der Entscheidung beteiligt, ob diese Leistungen kostenpflichtig sind oder von den Kassen übernommen werden. Mündigkeit besteht dementsprechend darin, sich für oder gegen eine eigenfinanzierte Leistung zu entscheiden, *nachdem* diese ärztlicherseits als nachrangig oder sogar nicht notwendig eingeschätzt wurde.

Die Distanzierung von medizinisch-professionellen Handlungsalgorithmen geschieht also nicht mit der Absicht, diese Maßstäbe zu hinterfragen, um vermehrt Patientenin-

19 Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002, S. 27) definiert in seinem Gutachten 2000/2001 Bedarf als einen „Zustand, dessen Behandlung durch spezifizierbare Maßnahmen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt“, und schließt damit „subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand, (...) und auch professionelle bzw. wissenschaftliche Urteile über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (*benefit*) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes“ mit ein.

teressen einzubeziehen, d.h. mehr Partizipation zu erreichen. Vielmehr werden hier offensichtlich marktwirtschaftliche Elemente um ein Feld medizinischer Notwendigkeiten herum gruppiert, dessen Grenzen zu definieren weiterhin Experten vorbehalten bleibt.

4.5 Charakteristische Diskurskoalitionen

Der ärztlich-professionelle Blick auf Patientinnen und Patienten ist also geprägt von ethisch-rechtlichen Wertvorstellungen, von strukturenpolitischen und gesundheitsökonomischen Trends sowie durch den Umgang mit Wissen im Gesundheitssystem. Wie der *mündige Patient* im Konkreten positioniert wird, hängt von den dahinterstehenden akteursbezogenen Interessen und Zielsetzungen ab, z. B. nach mehr Einflussnahme im Gesundheitssystem (Patientinnen und Patienten), dem Erhalt des eigenen Status (z. B. Ärzteschaft gegenüber Patientinnen und Patienten) bzw. der Durchsetzung gegenüber anderen Akteuren (z. B. Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen). Meist bilden die konkreten Positionierungen des *mündigen Patienten* nicht einen einzigen Diskursstrang ab, sondern werden zweckgebunden ineinander verschränkt. Mithilfe von Verknüpfungen oder Koalitionsbildungen zwischen einzelnen Diskurssträngen erreichen einzelne Aussagen einen hohen Grad an Wirksamkeit. Sie erscheinen besonders plausibel oder ‚wahr‘. Beispiele dafür sind im betrachteten Diskurs die Verwendung des *mündigen Patienten* im Zusammenhang mit dem Ziel einer Effizienzerhöhung im Gesundheitssystem und in Verbindung mit der gesetzlichen Grundlage des ‚informed consent‘, die innerhalb des Diskurses um den *mündigen Patienten* weitgehend unhinterfragte Orientierungsrahmen für ärztliche Erwartungen an Patientinnen und Patienten bilden.

4.5.1 Der *mündige Patient* erhöht Effizienz

In der Zielsetzung der Effizienzerhöhung treffen sich alle vier Diskursstränge: Problemanalysen für gesundheitspolitischen Handlungsbedarf machen regelmäßig mangelnde Transparenz, Ineffizienzen und Rationalisierungspotentiale aus oder benennen Abläufe, die es zu optimieren gilt. Erklärtes Ziel von Reformen ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne eines rationaleren, effizienteren Gesundheitssystems.

Dem *mündigen Patienten* kommt dabei eine Schlüsselstellung als Kontrollinstanz zu. Auf der Basis ausreichender Informationen soll er Leistungen und Kosten kontrollieren und so gleichzeitig Qualitätssicherung und Einsparungen vorantreiben. Unterstellt wird hierbei, dass Patientinnen und Patienten rational und für das Gesundheitssystem funktional entscheiden. Die Vorstellung von einem autonom und rational handelnden Subjekt, wie es für den Diskursstrang um Recht und Ethik prägend ist, dient damit als Basis: Der *mündige Patient* handelt mit dem Maßstab seiner eigenen

Vernunft und kann so als Grundlage institutioneller Zusammenhänge angesehen (instrumentalisiert) werden.

Grundsätzlich wäre es denkbar, dass inhaltliche Vorschläge zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Konflikt stehen zu wirtschaftlichen Erwägungen: Explizite strukturpolitische Zielsetzungen sind beispielsweise eine hohe Versorgungsqualität oder der Erhalt eines solidarischen Versicherungssystems, während bei Äußerungen zu Finanzierungsfragen vor allem knappe Ressourcen eine Rolle spielen, die Sparzwänge nach sich ziehen. Widerstreitende Interessen könnten dementsprechend darin bestehen, dass bessere Strukturen gefordert werden, um die Versorgungsqualität zu erhöhen, auch wenn dies mit höheren Kosten verbunden wäre.

Stattdessen ist zu beobachten, dass sich Strukturänderungen damit rechtfertigen, dass gleichzeitig Einsparungen bzw. Effizienzerhöhungen zu erhoffen sind, d.h. es werden ‚Win-Win-Situationen‘ geschaffen. Andersherum finden sich Äußerungen, die Sparmaßnahmen zum Ziel haben, selten explizit, sondern stellen als Berechtigung Strukturfragen in den Vordergrund, typischerweise auch die Interessen des *mündigen Patienten*.

Hier eröffnet sich ein Feld des Nicht-Sagbaren: Reformvorschläge, die sich nicht als effizienzerhöhend und kostensparend ausweisen können, tauchen gar nicht erst auf, wie beispielsweise in den Gesundheitswissenschaften bedeutsame Ansätze zur Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung, bei denen kurzfristige statistisch belegbare Effekte häufig schwer messbar sind oder die eben nicht Einsparungen, sondern Mehrausgaben bedeuten.

4.5.2 Mündigkeit als Recht auf Aufklärung

Im gesetzlich festgelegten Patientenrecht auf eine informierte Entscheidungsfindung verschränken sich ethisch-rechtliche Zuschreibungen mit dem Diskursstrang um Wissen und Information. Die Aufklärung von Patientinnen und Patienten ist von zentraler Bedeutung für den Informationsfluss im Gesundheitswesen. Eine unvollständige Aufklärung wird mit einer Entmündigung gleichgesetzt, das heißt, dass Wissensvermittlung die Mündigkeit von Patientinnen und Patienten erst ermöglicht.

Mit der aktuellen Gesetzeslage werden dem *mündigen Patienten* berechnete Erwartungen (nach Informationen) zugesprochen, die ärztlicherseits erfüllt werden müssen, damit Patientinnen und Patienten wiederum Anforderungen erfüllen können, die an sie gestellt werden, nämlich adäquate eigenständige Entscheidungen zu treffen. Damit liegt auch hier eine Vorstellung eines rational agierenden, pflichtbewussten Individuums zugrunde.

Interessanterweise taucht auch an dieser Stelle mithilfe einer Entkoppelung von Mündigkeit und Wissen der *mündige Patient* als Problemlöser auf: Patientinnen und

Patienten sollen in unkonventioneller Weise der Ärzteschaft bei der schwierigen praktischen Umsetzung gesetzlicher Vorgaben helfen, indem sie ihr Recht auf eine wissensunabhängige Mündigkeit wahrnehmen: Sie sollen aktiv gestaltend eingreifen, indem sie bewusst auf eine Aufklärung verzichten.

„Die geltende Rechtsprechung verpflichte den Arzt, seinen Patienten auch über extrem seltene Risiken aufzuklären. Dieser Anspruch sei jedoch kaum mit der ärztlichen Realität in Einklang zu bringen, wo der Aufklärung auch zeitliche Grenzen gesetzt seien. Rechtlich interessant ist nach Ansicht von Rechtsanwalt Herbert Wartensleben, daß der „mündige“ Patient bewußt auf die Aufklärung verzichten kann. (Schlungbaum, 1997)

Wieder im Sinne einer Win-Win-Situation bleiben so Ärztinnen und Ärzte als Experten bestehen, der *mündige Patient* trägt jedoch die Verantwortung für diese Konstellation (Mitbestimmung durch Nichtwissen).

5. Diskussion

Die gefundenen Einschätzungen des mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht sind heterogen: Idealbildern von aktiven und eigenverantwortlichen Patientinnen und Patienten, die mit ihren Ärztinnen und Ärzten kooperieren, stehen bedrohlichere Szenarien gegenüber, in denen die Ärzteschaft durch überzogene Anspruchshaltungen und Kritik von Patientenseite fachlich infrage gestellt wird und unter Druck gerät.

Gemeinsam ist allen Positionierungen des mündigen Patienten, dass auf Begriffe wie Selbstbestimmung, Autonomie, Eigenverantwortung oder Entscheidungsfreiheit zurückgegriffen wird. Damit erinnert der mündige Patient an den ‚mündigen Bürger‘, dem seit der Aufklärung prägenden Menschenbild westlicher Demokratien, und repräsentiert Vorstellungen idealen ‚bürgerlichen‘ Verhaltens im Bezugsrahmen Gesundheitssystem.

Dazu passt, dass der mündige Patient in allen Texten ausnahmslos in verallgemeinernder Weise verwendet wird, was häufig den Eindruck vermittelt, als würde ein Stereotyp definiert, an dem dann in der Praxis konkrete Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihre Mündigkeit gemessen werden. Der diskursweite Rückgriff auf o.g. Eigenschaften erweckt zunächst den Eindruck eines homogenen Konzepts vom mündigen Patienten.

Wie im letzten Kapitel dargelegt, zeigt sich jedoch, dass mit demselben Begriff unterschiedliche, teils konträre Definitionen und Bewertungen verbunden sind. Der mündige Patient wird zweckgebunden idealisiert oder abgewertet und erscheint so abwechselnd als Problem oder als Lösungsvorschlag für das Gesundheitssystem. Dies geschieht entlang wahrgenommenen gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs und mit dem Ziel, dabei auch akteursbezogene Interessen der Ärzteschaft zu vertreten:

5.1 Kontextualisierung mit dem gesundheitspolitischen Hintergrund

Entsprechend der zugrundeliegenden Hypothese macht die Analyse deutlich, dass sich im ärztlich-professionellen Blick auf den *mündigen Patienten* gesundheitspolitische Trends widerspiegeln.²⁰ Aktuelle Problemfelder gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs finden sich im Textkorpus wieder (s. auch Anhang 7.2, Tab 5) und zeigen sich auch in den Themen und Argumentationslogiken der vier abgrenzbaren Diskursstränge.

Der Diskursstrang ‚Recht und Ethik‘ greift die Debatte um Patientenrechte im Gesundheitswesen auf und versteht Mündigkeit als Recht von Patientinnen und Patienten auf Einflussnahme im Gesundheitswesen und gleichzeitig kompatible Grundlage des ärztlichen Berufsethos, aber auch als Verpflichtung zur Übernahme bürger-schaftlicher Verantwortung für das Gemeinwohl. Hierin drücken sich aktuelle sozial-politische Tendenzen aus, die Zuständigkeit für das eigene und das gesellschaftliche Wohlergehen auf den/die Einzelnen zu verlagern (z. B. Individualisierung von Verantwortung, Risiken etc.).

Im Diskursstrang ‚Wissen und Information‘ wird der ‚medizinische Fortschritt‘ und all-gemeiner die zunehmende Verfügbarkeit von Fachinformationen und der daraus ent-stehende Wissenszuwachs von Patientinnen und Patienten thematisiert. Die Gültig-keit und Objektivität schulmedizinischen Wissens dient hier als unhinterfragte Basis, problematisiert wird vor allem die Finanzierbarkeit immer neuer Behandlungsmetho-den.

Im Diskursstrang ‚Strukturprobleme‘ steht die standespolitische Interessenvertretung der Ärzteschaft insbesondere gegenüber einer Einflussvermehrung der Krankenkas-sen und damit zusammenhängend die Kritik an den jeweiligen Gesundheitsreformen im Untersuchungszeitraum im Vordergrund. Steuerungsfragen wie der Erhalt des Solidarprinzips werden kontrovers diskutiert, weitgehende Einigkeit besteht über notwendige Qualitätsverbesserungen und Effizienzerhöhungen.

Der Diskursstrang um ‚Finanzierungsfragen‘ zeugt davon, dass Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitssystem von der Ärzteschaft wahrgenommen und weitge-hend als Realität akzeptiert wurden. Sparzwänge (bis hin zu Verweisen auf die ‚Kos-tenexplosion‘) zeigen sich als prägend für Reformüberlegungen, auch wenn die Be-schreibung ärztlicher Tätigkeit als Dienstleistung abgelehnt wird.

20 Auch die sich häufende Erwähnung des *mündigen Patienten* in einzelnen Äußerungen in den Jahren 2000 und 2002, in denen jeweils Gesundheitsreformen stattfanden bzw. bevorstanden, weist darauf hin (s. Anhang 7.2, Tab 1).

Insgesamt wird deutlich, dass von der Ärzteschaft mit einem bestehenden Reformdruck im Gesundheitswesen argumentiert wird. Gesundheitspolitisch erzeugte Erwartungen sind in den ärztlich-professionellen Diskurs übernommen worden und beeinflussen auch ärztliche Erwartungen an Patientinnen und Patienten. Eine charakteristische Reaktionsweise auf gesundheitspolitische Probleme ist es, deren Lösung an Patientinnen und Patienten zu delegieren, indem an deren Eigenverantwortung appelliert wird. Zum Beispiel erscheint angesichts unbefriedigender Behandlungskonzepte zur Bewältigung chronischer Erkrankungen eine Verlagerung auf die Prävention durch den mündigen Patienten selbst als vielversprechender Lösungsansatz: Er soll durch eigenverantwortliches Verhalten, das hier gleichbedeutend mit Risikovermeidung ist, Prävention betreiben und so Erkrankungs-Inzidenzen und gleichzeitig Kosten senken. Durch Aufklärung und Vermittlung medizinischen Fachwissens sollen ihm ärztliche Entscheidungs-Algorithmen so plausibel gemacht werden, dass er nicht mehr aufgrund ärztlicher Anweisungen Behandlungspläne einhält, sondern aus eigenem Antrieb mit Ärztinnen und Ärzten kooperiert und durch optimale Compliance gleichzeitig Kosten einspart. Indem ihm Verantwortungsbewusstsein, Lernfähigkeit und eine Handlungsorientierung an rationalen Entscheidungskriterien zugeschrieben werden, scheint er ideal einsetzbar für die Lösung struktureller und finanzieller Probleme im Gesundheitswesen. So werden auch komplexe Steuerungsprobleme an den mündigen Patienten weitergegeben. Als Effizienzinstrument eingesetzt, kontrolliert er gleichzeitig Kosten und Qualität, d.h. Finanzierungsträger und Leistungserbringer. Wenn Rationalisierungsmaßnahmen nicht mehr ausreichend scheinen, kann er sogar durch die Übernahme finanzieller Eigenverantwortung Finanzierungsengpässe der GKV lösen.

Auf der anderen Seite wird der *mündige Patient* selbst in die Reihe aktueller gesundheitspolitischer Probleme gestellt, auf die es ärztlicherseits zu reagieren gilt. Als Kunde und kritischer Verbraucher ist er ein Produkt von Ökonomisierung und ‚Wissensgesellschaft‘ und stellt damit das traditionelle Arzt-Patient-Verhältnis und den ärztlichen Expertenstatus in Frage.

Hierin zeigt sich bereits, dass Positionierungen des *mündigen Patienten* nicht losgelöst von ärztlichen Selbstpositionierungen zu sehen sind. Wie der *mündige Patient* beschrieben und bewertet wird, hängt mit dem jeweiligen ärztlichen Selbstverständnis zusammen, mit der Erwähnung des *mündigen Patienten* geht immer eine spezifische Konstellation des Arzt-Patient-Verhältnisses einher.

5.2 Wechselwirkungen zwischen dem mündigen Patienten und seinem Arzt

Wenn der *mündige Patient* als Gegenstand ärztlicher Interventionen beschrieben wird, die ihn durch das Gesundheitssystem ‚lotsen‘ oder zu Entscheidungskompetenz und Eigenverantwortung befähigen sollen, geht es charakteristischerweise darum, die ärztliche Überlegenheit gegenüber Patientinnen und Patienten zu betonen,

beispielsweise um die Relevanz ärztlichen Handelns im Gesundheitssystem zu untermauern. Dabei stehen Unterschiede bezüglich des Wissensstandes, der persönlichen Reife oder sonstiger Kompetenzen im Vordergrund.

Wenn die wahrgenommene Emanzipation der Patientenseite mit zunehmendem Selbstbewusstsein und Wissenszuwachs thematisiert wird, geht es meist um die Partnerschaftlichkeit der Arzt-Patient-Beziehung. Dies kann als Reaktion auf eine ‚von außen‘ kommende Verschiebung im Arzt-Patient-Verhältnis verstanden werden. Ärztinnen und Ärzte stellen sich veränderten Bedingungen gegenüber als anpassungsfähig und flexibel dar und kompensieren einen drohenden Bedeutungsverlust als Experten, indem sie sich als Berater und Entscheidungshelfer umdefinieren.

Noch darüber hinaus geht die Beschreibung des *mündigen Patienten* als potentiell bedrohlich und unbequem. In Aussagen, die den wählerischen, übermäßig kritischen und dominanten *mündigen Patienten* prognostizieren, werden Befürchtungen deutlich, dass sich die bisherige Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung zugunsten der Patientenseite umkehrt und damit ein ärztlicher Statusverlust bevorsteht.

Mit diesem Blickwinkel zeigen sich die Darstellungsweisen des *mündigen Patienten* als funktional für den Erhalt des ärztlich-professionellen Status, zu dem u.a. die Definitionsmacht über Krankheit und Gesundheit und die zugehörigen Anspruchsberechtigungen (z.B. Krankengeld) gehört.

Aus einer anderen Perspektive lassen sich die einzelnen Positionierungen des *mündigen Patienten* als strategische Lösungsversuche ärztlicher Interessenkonflikte interpretieren. Wie unter 3.2 ausgeführt, postuliert Kühn (2004), dass bestimmte ‚Bilder‘ oder Diskurspositionen von Patientinnen und Patienten angesichts potentiell konflikthafter ethischer und gesundheitspolitischer Einflussfaktoren eine funktional entlastende Bedeutung für die Ärzteschaft haben können: Die Umdeutung von (leidenden) Patientinnen und Patienten zu (anspruchsvollen) Kundinnen und Kunden erleichtert die Auflösung einer als belastend erlebten „moralischen Dissonanz“ (S. 23) zwischen Patientenerwartungen, eigenen ethischen Wertvorstellungen und erlebten Sachzwängen wie Ressourcenknappheit. Gleichzeitig bergen diese Verschiebungen auch Konsequenzen für Patientinnen und Patienten, indem Versorgungsansprüche nur noch eingeschränkt als legitim wahrgenommen werden. Der dargestellte Diskurs um den *mündigen Patienten* kann auch als empirischer Beleg für diese These gelesen werden. Wenn Patientinnen und Patienten individuelle ‚moralische‘ Pflichten (zur Krankheitsvermeidung) zugeschrieben werden, führt dies implizit auch dazu, dass Krankheitsentstehung mit Vorstellungen von Schuld und Selbstverantwortung verknüpft und gesellschaftliche bzw. ärztliche Zuständigkeiten potentiell relativiert werden. Darstellungen unbequemer, unkontrolliert informierter und anspruchsvoller Patientinnen und Patienten illustrieren das Konzept vom „unersättlichen Konsumenten“ (S. 20), dessen „ausufernden Begehrlichkeiten“ (S. 11) Ärztinnen und Ärzte berechtigterweise im Interesse einer ‚rationalen Versorgung‘ Grenzen setzen können.

Auch funktionalisierende Beschreibungen des *mündigen Patienten* als Kontrollinstanz oder Reformargument sind eher mit Assoziationen von souveränen, aktiven Akteuren verknüpft, welche die Effizienz und Versorgungsqualität des Gesundheitssystems verbessern helfen, als dass dadurch das individuelle Patienteninteresse als Primat ärztlichen Handelns betont wird.

Zusammenfassend zeigt sich also ein Zusammenhang zwischen der gegenwärtigen Popularität des *mündigen Patienten* und der funktionalen Bedeutung dieses Diskurses für diejenigen, die ihn verwenden. Damit reiht diese Untersuchung sich in die Analyse-Ergebnisse anderer Autoren ein: Salmon & Hall (2003) vertreten die These, dass Ziele wie ‚Empowerment‘ und ‚Aktivität‘ insbesondere dann an Patientinnen und Patienten herangetragen werden, wenn ärztlicherseits Hilflosigkeit und Überforderungsgefühle, z. B. bei unklaren Diagnosen die Verantwortungsübernahme erschweren. Mit dieser Perspektive wird auch sichtbar, dass zwischen Arzt und Patient gegenläufige und konflikthafte Bedürfnisse und Ziele bestehen können, welche die diskursive Herstellung wahrgenommener ‚Realität‘ im Arzt-Patient-Kontakt beeinflussen (Freidson, 1970).

Kennzeichnend ist, dass trotz eines vielfach kommentierten Wandels der Arzt-Patient-Beziehung, humanistische Werte als ethische Grundlage bedeutsam bleiben, insbesondere in Vorstellungen von einem autonomen, selbstbestimmten Subjekt. Sowohl der altruistisch handelnde Arzt in der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung als auch ‚zeitgemäße‘ partnerschaftliche Modelle berufen sich - implizit oder explizit - darauf. Dies könnte darauf hinweisen, dass tatsächlich weniger ein Wertewandel stattfindet, als vielmehr ein Statuswandel, in dem sich das Kräfteverhältnis zwischen Arzt und Patient verändert, das zugrundeliegende Menschenbild jedoch gleich bleibt.

5.3 Ein Beispiel für Individualisierungsprozesse im Gesundheitssystem

Der Diskurs um den *mündigen Patienten* zeichnet sich dadurch aus, dass mit divergierenden gesundheitspolitischen und akteursbezogenen (standespolitischen) Zielen und über verschiedene Konstellationen der Arzt-Patient-Verhältnisses hinweg, der gleiche Begriff verwendet wird und dass sogar zugehörige Eigenschaften wie Selbstbestimmung oder Eigenverantwortung offensichtlich mit variierenden Inhalten gefüllt werden können. Der Rekurs auf humanistische Werte scheint anschlussfähig an so unterschiedliche Ziele wie eine vermehrte Demokratisierung und Partizipation von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem oder eine weitere Marktöffnung, die mit der Deregulierung des solidarischen Sicherungssystems und der Übernahme finanzieller Eigenverantwortung verbunden ist.

Damit stellt sich die Frage, ob der *mündige Patient* beliebig verwendbar und damit zunächst vollständig inhaltsleer ist, oder ob sich bestimmte Konstanten oder Gemeinsamkeiten beschreiben lassen.

Einerseits wird in der Analyse deutlich, dass die Eigenschaften des *mündigen Patienten* durchaus widersprüchlich sind, auch wenn die gleichen Begriffe auftauchen. So ist mit der Selbstbestimmung des *mündigen Patienten* in der Regel nicht gemeint, dass er machen kann, was er will und dies wertfrei gutzuheißen ist. Je nach Zielsetzung kann es beispielsweise bedeuten, dass er sich ‚in Richtung bestmöglicher Gesundheit‘ verhalten soll oder dass er frei entscheiden soll, wie viel Geld er – nach der Übernahme finanzieller Verantwortung - für Behandlungen ausgeben will. Wesentliche Gemeinsamkeit der gefundenen Positionierungen ist es, dass sie das individuelle Handeln von Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen und es in eine gewünschte Richtung verstärken oder schwächen, fördern oder modifizieren oder zumindest Reaktionen darauf initiieren wollen.

In dieser Hinsicht fügt sich der Diskurs um den *mündigen Patienten* in übergeordnete gesellschaftliche Individualisierungsprozesse ein. Beck (1986) beschreibt einen sich in modernen Gesellschaften vollziehenden ambivalenten Gesellschaftswandel, 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. 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 ein „Doppelgesicht der Modernisierung“ (Jain, 2002, S. 44) umschrieben, mit befreienden aber auch Zwang herstellenden Seiten, das sich auch im Diskurs um den *mündigen Patienten* wiederfindet: Einerseits entsteht durch die Zuweisung neuer Verantwortlichkeiten an Patientinnen und Patienten ein neuer Druck, sich so zu verhalten, dass erfolgreich die eigene Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt wird, andererseits ist eine Einflusszunahme von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zu verzeichnen, die auch erweiterte Handlungsspielräume eröffnet. Die regelmäßige Erwähnung des *mündigen Patienten* trägt unabhängig von der jeweils verfolgten Strategie der gewachsenen Aufmerksamkeit für die Belange von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem Rechnung. Diese haben offensichtlich genügend Bedeutung erlangt, um als Grundlage und Ziel gesundheitspolitischer Reformen, als Legitimation ärztlichen Handelns und sogar Bedrohung zu wirken.

Damit verbunden ist jedoch die Frage, welche Konsequenzen Vorstellungen vom *mündigen Patienten* für reale Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Hypothetisch repräsentiert das transportierte Ideal eines eigenverantwortlichen und gut informierten Patienten, der gleichzeitig gesundheitsförderlich, effizient und kostensparend wirksam ist, besser diejenigen Patientengruppen, die über ausreichende Bil-

dungschancen und genügend finanzielle Ressourcen verfügen, d.h. gebildete und gut verdienende - männliche - Angehörige von Mittel- und Oberschicht. Gesundheitswissenschaftlich anerkannte soziale Einflussfaktoren von Gesundheit und Krankheit (Mielck, 2000) wie Einkommensunterschiede, Alter oder Migrationshintergrund werden in den gefundenen Darstellungsweisen des *mündigen Patienten* nicht thematisiert. Auch stellt der *mündige Patient* offensichtlich kein Konzept dar, das für die Kategorie Geschlecht sensibel ist.²¹ Wenn derzeit gesundheitspolitische Akteure unter dem Schlagwort des *mündigen Patienten*, einzelnen Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zuschreiben, birgt dies also die Gefahr einer Ausgrenzung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Darüber hinaus verschiebt sich mit dem Leitbild eines mündigen, aktiv handelnden Patienten, unabhängig davon, ob er idealisiert oder abgewertet wird, die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten insgesamt: In Darstellungen vom *mündigen Patienten* geraten Schmerzen, körperliches und seelisches Leiden oder Behinderung - Eigenschaften, die üblicherweise mit dem Patientenstatus assoziiert werden - in den Hintergrund.

Die Praxisrelevanz der Untersuchung liegt darin, die strategische Bedeutung des *mündigen Patienten* deutlich zu machen. Es zeigt sich, dass das Arzt-Patient-Verhältnis keinen abgeschotteten Schutzraum darstellt, sondern multiplen Einflüssen von angrenzenden und übergeordneten Interaktionsfeldern unterliegt, deren Themen und Zielrichtungen in der Arzt-Patient-Beziehung transportiert und verhandelt werden. Im Rahmen einer Bewusstwerdung dieser Wechselwirkungen ist es im individuellen Arzt-Patient-Kontakt möglich, gestellte Erwartungen an Patientinnen und Patienten daraufhin zu überprüfen, ob sie tatsächlich in deren Interesse und Zuständigkeit liegen. Auch hier geht es weniger darum, in normativer Weise eine gültige ‚richtige‘ Sicht auf Patientinnen und Patienten zu entwickeln, als vielmehr gesundheitspolitischen Akteuren (incl. der Patientenseite) Deutungsvorschläge an die Hand zu geben, in welchem übergeordneten gesundheitspolitischen Zusammenhang einzelne Positionierungen jeweils stehen könnten.

21 Von einer *mündigen Patientin* ist nur an einer Stelle in einem gynäkologischen Fachtext die Rede. Es wurden keine Äußerungen gefunden, die den Einfluss von Geschlecht auf die Versorgungsqualität im Gesundheitssystem thematisieren. Ein erneutes Gegenlesen der Ergebnisse anhand der Kategorie ‚Geschlecht‘ verspricht u.a. deshalb zusätzliche Erkenntnisse bezüglich der Wirkungsweisen und Einsatzbereiche des *mündigen Patienten*, weil einige der Zuschreibungen an den Begriff traditionell weiblich markierte Ressorts darstellen, wie etwa die Verantwortung für gesundheitliche Vorsorge (Brähler & Felder, 1999).

6. Literatur

- Abholz, H. (1992). Wie soll man das bezahlen? – Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme. *Arbeit und Sozialpolitik*, 46 (5-6), 18-25
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1987). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bonnemann, C. & von Reibnitz, C. (2001). Patientenschulung in der Rheumatologie. Ein Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität. In C. von Reibnitz, P.E. Schnabel & K. Hurrelmann (Hg.): *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen* (pp 201-212). Weinheim und München: Juventa.
- Brähler, E. & Felder, H. (1999). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bröckling, U. (2004). Empowerment. In U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (Hg.), *Glossar der Gegenwart* (pp. 55-62). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröckling, U., Krasmann, S. & Lemke, T. (2000). *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröckling, U., Krasmann, S. & Lemke, T. (2004). Einleitung. In U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (Hg.), *Glossar der Gegenwart* (pp. 9-16). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 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, Band 1: Theorien und Methoden* (pp 225-260). Opladen: Leske und Budrich.
- Bublitz, H. (2003). *Diskurs*. Bielefeld: Transcript
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (2003). Statut. <http://home.mnet-online.de/gesundheitsladen/patientenstellen/statut.pdf> (Zugriff: 26.03.2004)
- Bundesärztekammer (2000). Fortentwicklung der Patientenrechte - Selbstverwaltungsgremien, Entschließung auf dem 103. Deutschen Ärztetag. <http://www.bundesaerztekammer.de/20/05Rechte/15DAETAntraege/20rechte.html>. (Zugriff: 10.03.2006)
- Bundesärztekammer (2004a). Kriterien zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung. <http://www.bundesaerztekammer.de/10/0034Finanzierung2/index.html>. (Zugriff: 10.03.2006).
- Bundesärztekammer (2004b). (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/>. (Zugriff: 26.03.2004).
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006). *Deutsches Ärzteblatt, Mediadaten 2006*. http://www.aerzteblatt.de/v4/mediadaten/dae_rub.pdf (Zugriff: 30.09.2006)
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003). *Patientenrechte in Deutschland, Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte*. <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A407.pdf>. (Zugriff: 02.01.2005)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansätze – Beispiele – weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret, Band 5*. Köln: BzgA.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.J. (1996). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 681-692.
- Cutler, D.M. (2002). Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of International medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, 15, 881-906.

- Dehlinger, E. & Brennecke, R. (1992). Die Akzeptanz der sozialen Sicherung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. *Gesundheitswesen* 54, 229-43.
- Deppe, H.-U. (2000). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt am Main: VAS.
- Der Brockhaus in fünfzehn Bänden (2002). Mündigkeit. In Band 9 (p. 421), Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus.
- Deutsches Rechtswörterbuch (ohne Jahr), Stichwort: muendig. <http://www.deutsches-rechtswörterbuch.de/>. (Zugriff: 10.11.2005)
- Dice reports (2001). The German health care system in an International comparison: assessment and reform options. CESifo Forum, autumn, 56-63.
- Diercks, M.L. & Schwartz F.W. (2003). Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist, U. Walter (Hg.), *Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen* (pp. 314-320). München, Jena: Urban & Fischer
- Duden, B. (1991). Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Hamburg/Zürich: Luchterhand
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 8, 196, 129-136.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung, Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Foucault, M. (1973). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Foucault, M. (1987). Das Subjekt und die Macht. In H.L. Dreyfus, P. Rabinow (Hg.), *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik* (pp 243-261). Frankfurt am Main: Athenäum.
- Freidson, E. (1975). Dominanz der Experten. In J. Rohde (Hg), *Medizin- und Sozialwissenschaften* 3. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Füller, I. & Bastian, T. (2002). *Wie behandle ich meinen Arzt? ein Leitfaden für mündige Patienten*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Gehring, P. (2001). Feministischer Lebensschutz? Positionsverschiebungen im Vorfeld eines geplanten Fortpflanzungsmedizingesetzes. *Feministische Studien*, 1, 90-99
- Gerken, L. & Raddatz, G. (2003). „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“: Im Dickicht der Gesundheitsreform. *Stiftung Marktwirtschaft, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, 79.
- Gerlinger, T. (1997). *Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Glaus, B. & Pfändler, K. (1985). *Patient - was tun? Ein Handbuch für mündige Patienten, ihre Partner und für umsichtige Gesunde*. Zürich: Unionsverlag.
- Gödde, E. (2000). *Der mündige Krebspatient: Lebensführung, Selbsthilfe, integrierte Therapie, Medizin Ratgeber*. Biebelsheim: Dr. Martin Mittwede Verlag.
- Graefe, S. (2005). *Gesundes Leben, gerechte Gesellschaft? Gesundheit und soziale Rechte – eine schwierige Beziehung. analyse & kritik* 501, 35, 12.
- Habermas, J. (2001). *Theorie des kommunikativen Handelns*, Band 1 & 2, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hahn, D. (2000). *Modernisierung und Biopolitik, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*. Frankfurt, New York: Campus.
- Haisch, J. (2002). *Der mündige Patient und sein Arzt: wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann, ein Trainingsprogramm*. Heidelberg, Kröning: Asanger.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (2005). *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln, Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Haun, R. (1985). *Der mündige Patient: vom kritischen Umgang mit Ärzten*. Düsseldorf: Econ.
- Horn, J. (2000). *Der mündige Patient und andere Beiträge zur Medizin*. Heidelberg: Kaden.

- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Huber: Bern.
- Ileri, A. (1983). *Arzt und Patient im Konflikt: Die Patienten werden mündig*. Zürich: Fachverlag AG.
- Jäger, S. (2001). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*, 3., gegenüber der 2., überarbeiteten und erweiterten, unveränderte Auflage, Duisburg: DISS.
- Jain, A. (2002). *Jenseits der Gesellschaft? Soziologische Konzepte für das neue Jahrtausend*. *Gegenwartskunde: Gesellschaft – Wirtschaft – Politik* 51, 1, 35-49
- Junge, M. (2002). *Individualisierung*. Frankfurt, New York: Campus.
- Kant, I. (1974). *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?*. In: E. Bahr (Hg.) *Was ist Aufklärung? Thesen und Definitionen* (pp. 9-17). Stuttgart: Reclam.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003): *Antworten der KBV auf die Eckpunkte des BMGs zur Modernisierung des Gesundheitswesens*. <http://www.kbv.de/presse/4582.htm>, (Zugriff: 26.03.2004).
- Keller, M. (2005). *Geben und einnehmen. Die Zeit, Dossier*, http://www.zeit.de/2005/21/Pharmafirmen_neu (Zugriff: 12.03.2006)
- Keller, R. (2001). *Wissenssoziologische Diskursanalyse*. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöver, *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 1: Theorien und Methoden* (pp 113-143). Opladen: Leske und Budrich.
- Keller, R. (2004). *Diskursforschung, eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*, Band 14, 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialforschung.
- Kickbusch, I. 2003. *Gesundheitsförderung*. In F.W. Schwartz et al (Hg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (pp.181-188). München: Urban & Fischer.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen, Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kocyba, H. (2004). *Aktivierung*. In U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (Hg.), *Glossar der Gegenwart* (pp. 17-22). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kranich, C. & Müller, C. (1993). *Der mündige Patient - eine Illusion? Orientierung und Unterstützung im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kühn, H. (2004). *Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung*. In G. Elsner, T. Gerlinger & K. Stegmüller, *Markt versus Solidarität, Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA
- Kühn, H. (2005). *Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit*, In *Jahrbuch für Kritische Medizin* (pp 8-25), Bd. 42, Hamburg: Argument.
- Kummer, K.H. (1998). *Der mündige Patient: Freiheit im Gesundheitswesen - eine Utopie?* Bad Liebenzell: Verein für Anthroposophisches Heilwesen.
- Lemke, T. (2000). *Die Regierung der Risiken - Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität*. In U. Bröckling, S. Krasmann & T. Lemke (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen* (pp. 227-264), Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meier, K. (1994). *Sanfte Chirurgie ein Ratgeber für mündige Patienten zum Thema minimal Invasive Medizin*. Berlin, Weimar: Aufbau.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern: Hans Huber.
- Oberender, P. (2003). *Gesundheitsreformen in Deutschland: alle paar Jahre wieder? Anmerkungen zum GMG*. *Wirtschaftsdienst* 2003, 6, 362-368.
- Petersen, A. & Bunton, R. (1997). *Foucault, health and medicine*. London, New York: Routledge.
- Pieper, M. & Gutiérrez Rodríguez, E. (2003). *Gouvernementalität: Ein sozialwissenschaftliches Konzept im Anschluss an Foucault*. Frankfurt, New York: Campus.

- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des 'empowerment' anstelle präventiver Ansätze, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2, 257-278.
- Reibnitz, von C., Schnabel, P.E., Hurrelmann, K. (2001). Der mündige Patient, Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Juventa: Weinheim und München.
- Richter-Reichhelm, M. (2003). Einführungsreferat zum KBV - Symposium: Die Qualität der ambulanten Versorgung - der Vertragsarzt zwischen Staat, Selbstverwaltung und Wettbewerb. <http://www.kbv.de/veranstaltungen/1384.html>
- Riedel, E. (1999). Beim Zahnarzt: Ratgeber für den mündigen Patienten. München: Universitas.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Berlin: Hans Huber.
- Rosenbrock, R. (2001). Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In C. von Reibnitz, P.E. Schnabel & K. Hurrelmann (Hg.), Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen (pp.25-34). Weinheim und München: Juventa.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Jahresgutachten 1992 – Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Nomos Baden-Baden, 1992.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002), Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Salmon, P. & Hall, G.M. (2003). Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. Soc Sci Med, 57, 1969-1980.
- Scheibler, F. & Pfaff, H. (2003): Shared Decision Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa.
- Schering-Aktiengesellschaft (1987). Wie mündig ist der Patient wirklich? Diskussionsveranstaltung der Schering-Aktiengesellschaft, Referat Gesundheitspolitik: Berlin.
- Schlagenhauer, R. (1996). Der mündige Patient nur eine Fiktion der deutschen Rechtssprechung? Berichte aus der Rechtswissenschaft. Aachen: Shaker.
- Schlaudraff, U. (1976). Der mündige Patient, Gesundheitserziehung in der Erwachsenenbildung, 17. bis 19. September 1976, Loccum Protokolle 12/1976, Loccum: Evangelische Akademie.
- Schmidt, H. (1991). Aufklärung. In Philosophisches Wörterbuch. Neu bearbeitet von G. Schischkoff, 22. Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Schmidt, U. (2005). Rede auf dem 108. Deutschen Ärztetag, 3.5. 2005, Berlin. http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/108_DAET/29Schmidt.pdf, (Zugriff: 15.02.2006)
- Sociosexikon (1999), Stichwort: mündig. Gesellschaft Erwachsenenbildung und Behinderung e.V. Deutschland (Hg.), www.sociologicus.de, Luchterhand. (Zugriff: 10.11.2005)
- Strauss, A. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink.
- Strauß, V.E. (1984). Selbstdiagnose: Handbuch der Gesundheit, Der Weg zum mündigen Patienten. München: Mosaik.
- Szimak, J. (1975a). Der mündige Patient, Ihr Arzt als Partner. Wien: Orac.
- Szimak, J. (1975b). Hilf dem Arzt helfen, Ein Internist macht aus dem unwissenden Patienten einen mündigen Partner. München: Kindler und Wien: Orac.
- Traue, B. (2005). Das Subjekt in der Arbeitsforschung. GendA, Netzwerk feministische Arbeitsforschung, Discussion Papers 14/2005, <http://www.gendanetz.de/index.php?cont=standard&thmid=98>, (Zugriff: 06.02.2006)
- Trojan, A. (2004). Engagiert in eigener Sache. In AOK-Bundesverband (Hg.), Gesundheit und Gesellschaft - Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Gesundheitsbezogene Selbsthilfe-

- förderung: In der Gruppe liegt die Kraft. Spezial 4, 4-6, http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/gg_spezial_selbsthilfe.pdf. (15.02.2006)
- Uexküll, T. von & Wesiak, W. (1991). Theorie der Humanmedizin. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vereinigung Pharmazeutischer Unternehmen (1995). Der mündige Patient: Stütze und Chance des Gesundheitswesens von morgen, Dokumentation des Symposiums vom 26. April 1995. Wien: Pharmig.
- Waldschmidt, A. (1999): Selbstbestimmung als Konstruktion, Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Opladen: Leske und Budrich.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz, [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language= German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German). (Zugriff: 15.03.2006).
- Wiesemann, C. (1998). Vorbemerkungen zu einer Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive. In T. Schnalke, C. Wiesemann (Hg.), Die Grenzen des Anderen: Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive. Köln: Böhlau.
- Woschnagg & Exel (1991). Mein Befund: Medizinische Fachausdrücke verständlich gemacht, Ein Nachschlagewerk für mündige Patienten. Wien: Ueberreuter.

7. Anhang

7.1 Material und Methoden

Die vorliegende Studie untersucht Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt (DÄB) im Zeitraum von Januar 1996 bis Oktober 2005. Nach einer Charakteristik des DÄB werden im Folgenden die methodischen Schritte der Erstellung des Textkorpus und der Textanalyse vorgestellt.

7.1.1 Charakteristika des Deutschen Ärzteblatts

Das DÄB wird herausgegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Es erscheint wöchentlich mit einer Auflage von ca. 378.000 Exemplaren (Stand 2005). Alle bei einer Landesärztekammer gemeldeten Ärztinnen und Ärzte erhalten die Zeitschrift wöchentlich kostenlos per Post zugestellt. Jedes Heft erscheint in drei verschiedenen Ausgaben zugeschnitten für niedergelassene oder angestellte ÄrztInnen, bzw. ÄrztInnen mit sonstiger Tätigkeit. Die Ausgaben seit Januar 1996 bis zur aktuellen Ausgabe sind im Internet frei verfügbar²².

7.1.2 Erstellung des Textkorpus

In einem ersten Arbeitsschritt wurden alle Ausgaben seit Januar 1996 bis Mitte Oktober 2005 (Ausgabe 41 vom 14.10.2005) in einer Volltextsuche nach dem Schlagwort ‚mündig*‘ durchsucht. Die Suche ergab für den Zeitraum von zehn Jahren insgesamt 142 Artikel. Der letztlich berücksichtigte Textkorpus besteht aus insgesamt 73 Artikeln. Enthalten sind darin Texte, die explizit den *mündigen Patienten* bzw. Umschreibungen wie die ‚Mündigkeit von Patienten‘ oder ‚Patienten, die mündig sind/sein sollen‘ thematisieren (incl. des Gegenbegriffs vom ‚unmündigen Patienten‘). Äußerungen zum ‚mündigen Bürger‘, ‚mündigen Versicherten‘, ‚mündigen Konsumenten‘, ‚mündigen Leser‘, ‚mündigen Arbeitnehmer‘, ‚mündigen Kranken‘ oder auch zur ‚Mündigkeit von Ärzten‘ wurden nicht systematisch ausgewertet.

Ausgeschlossen wurden weiterhin Artikel, die nicht direkt im DÄB erschienen, aber im Online-Archiv gelistet sind, z. B. Texte aus der teilweise beigeordneten Beilage ‚Praxis Computer & Management‘ oder aus der gesonderten Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts speziell für Psychotherapeuten (Literaturnachweis Textkorpus s. Anhang: 7.4).

22 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/simplemask.asp>

7.1.3 Schritte der Textanalyse

Die Texte wurden zur weiteren Datenauswertung in eine Software zur qualitativen Datenanalyse (Atlas.ti) eingelesen. Die Auswertung geschah in mehreren Schritten (in Anlehnung an Keller, 2004):

1. *Benennung der Artikel nach Nachname des Erstautors und Erscheinungsjahr* (z. B. Müller, 2002). Im Ergebnis-Text tauchen diese Angaben zum Nachweis verwendeter Zitate auf. Hierbei ist zu beachten, dass damit die Erstautoren des zugehörigen gesamten Artikels bezeichnet sind, was nicht notwendigerweise mit der Autorenschaft des Zitates selbst gleichzusetzen ist (z. B. Interview, Bericht über Vortrag etc.). Soweit für das Verständnis bedeutsam, wird der/die jeweilige Autor/in im Rahmen der Auswertung vorgestellt.
2. Um den Sprechort des/der Autor/in und weitere Kontextdimensionen zuordnen zu können, wurde zu jedem Text eine *Kurzcharakteristik* erstellt:
Wer ist der/die Autor/in? (beruflicher Hintergrund und Status, Sprecherfunktion für eine Organisation?) Falls nicht angegeben, wurde versucht, Informationen durch eine Internetrecherche zu erhalten.
Um welche Textart handelt es sich (Bericht, Interview, Glosse etc.)?
Was ist das Hauptthema des Artikels?
3. Die Textanalyse erfolgte in mehreren Durchgängen. In einem halboffenen *Kodierprozess* (adaptiert nach Flick, 1995; Strauss, 1998) wurden die einzelnen Texte absatzweise durchgearbeitet und einzelne Textstellen als Zitate mit Codes versehen, die teilweise vor Analysebeginn festgelegt waren (z. B. ‚mündiger Patient‘ für Zitate, in denen explizit der mündige Patient erwähnt wird), teilweise während des Lesens neu entstanden (z. B. ‚Partnerschaft‘ für Zitate, in denen es um ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient geht). Im Laufe des Kodierprozesses änderte sich das Kodierschema mehrfach, letztlich wurden 35 Codes vergeben. In der Auswertung diente die Breite der vergebenen Codes vor allem zur Erfassung der vorhandenen Themen und Diskursstränge. Die Feinanalyse beschränkt sich vorwiegend auf diejenigen Zitate, in denen es explizit um den *mündigen Patienten* geht (anhand des zugehörigen Codes) und um deren Einordnung in die Argumentationslogik des gesamten Textes (Wann und wo wird der *mündige Patient* erwähnt? Worum geht es ansonsten in dem Text? Was soll erreicht werden?).
4. Für die Feinanalyse wurde jeder einzelne Text parallel zum Kodierprozess in einer *Einzelauswertung* schrittweise paraphrasiert und auf die vorliegenden Kategorien und Argumente und ihre Verknüpfung hin untersucht. Inhaltlich geleitet wurden teilweise ganze Texte analysiert, teilweise jedoch nur die Textpassagen herausgegriffen, die explizit den *mündigen Patienten* thematisieren. In Form einer Zusammenfassung wurde für den einzelnen Text der typisierte Aussagegehalt und die im Text artikulierten Problemstruktur beschrieben.

5. Durch das Spektrum der gefundenen Kontextthemen, der vergebenen Codes und der Einzelauswertungen wurden dann im Überblick der Texte typische Verwendungsweisen des *mündigen Patienten* sichtbar, in denen diesem mit jeweils charakteristischen Argumenten und Interessen spezifische Diskurspositionen (Eigenschaften, Merkmale, Aufgaben) zugeschrieben wurden.

7.2 Beschreibung des Textkorpus

Bezüglich des Erscheinungsdatums verteilen sich die Artikel über alle Jahrgänge, es finden sich mindestens drei Artikel pro Jahr, die den *mündigen Patienten* erwähnen mit einer Häufung 2000 bzw. 2002, zur genauen Verteilung s. Tab 1.

Erscheinungsjahr	Anzahl Texte
1996	3
1997	3
1998	6
1999	9
2000	12
2001	8
2002	13
2003	3
2004	6
2005	6
Insgesamt	73

Tab. 1: Zusammensetzung des Textkorpus nach Erscheinungsjahr

Die am häufigsten gefundenen Textformate (siehe Tab. 2) sind Leserbriefe (n=25) und Artikel aus dem Ressort „Themen der Zeit“ (n=19), hier vor allem Berichte und wissenschaftliche Aufsätze. Insgesamt 18 Artikel sind dem Ressort „Politik“ zuzuordnen, ebenfalls vorwiegend Berichte. Weitere Texte gehörten zu den Ressorts „Spektrum“, „Medizin“, „Dokumentation“, „Medien“, „Seite eins“, sowie „Schlusspunkt“.

Ressort Textsorte	Anzahl Texte
Leserbriefe	25
Themen der Zeit	19
Bericht	8
Aufsatz	7
Kommentar	2
Interview	1
Glosse	1
Politik	18
Bericht	13
Kommentar	4
Nachrichten	1
Spektrum	3
Aufsatz	1
Buchrezension	2
Medizin	2
Aufsatz	1
Diskussion (ähnl. Leserbrief)	1
Dokumentation	2
Stellungnahmen des deutschen Ärztetags	
Medien	1
Nachricht	
Seite eins	1
Kongressankündigung*	1
Schlusspunkt	1
Aphorismus	
Insgesamt	73

*keinem Ressort zuzuordnen

Tab. 2: Zusammensetzung des Textkorpus nach Ressorts des Deutschen Ärzteblatts und nach Textsorten

Zur Sprache kommen als Textautoren vor allem Ärztinnen und Ärzte (n=39), davon 26 ohne einen erkennbaren Funktionärsstatus, 10 weitere hatten offensichtlich Leitungsfunktionen in Organisationen des Gesundheitswesens bspw. als Sprecher von Berufsverbänden (s. Tab. 3). 20 Artikel wurden von Mitgliedern der Redaktion verfasst, hier war der professionelle Hintergrund teilweise unklar, es dürfte aber ebenfalls ein Teil medizinisch vorgebildet sein. Zwei Leserbriefe vertreten die Sicht von Patientinnen und Patienten, jeweils ein Artikel wurde von Autorinnen oder Autoren mit juristischem, epidemiologischem, biometrischem, psychotherapeutischem, unternehmensberaterischen Ausbildungshintergrund verfasst. Außerdem kam eine Mitarbeiterin einer patientenorientierten Stiftung zu Wort.

Wer sind die Autoren? (Erstautor)	Anzahl Texte
Ärzte	39
ohne erkennbaren Funktionärsstatus	26
mit erkennbarem Funktionärsstatus*	10
Deutscher Ärztetag als Körperschaft	2
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung	1
Redaktion**	20
Status unklar	6
Patienten	2
Biometriker	1
Epidemiologe	1
Juristin	1
Mitarbeiterin Stiftung Patientenkompetenz	1
Psychotherapeutin, Dr. phil.	1
Unternehmensberater	1
<i>Zusätzlich im Interview: 1 Sozialforscher</i>	
Insgesamt	73

* z. B. Professor, Klinikleiter, Präsident der Bundesärztekammer, Sprecher versch. Ärzteverbände, Studiendekan

**teilweise vermutlich auch mit medizinischer Ausbildung

Tab. 3: Zusammensetzung des Textkorpus nach beruflichem Status der Autoren

Der überwiegende Anteil der Autorinnen und Autoren ist männlich (Tab. 4). Sämtliche Leserbriefe (auch die beiden Patienten-Äußerungen), und alle Texte, die von Autoren in Führungspositionen (Funktionsträgern) verfasst sind, stammen von Männern. Autorinnen sind vor allem bei den redaktionellen Beiträgen zu finden.

Wer sind die Autoren? (Erstautor)	Anzahl Texte
Männlich	49
Weiblich	17
Unklar bzw. Körperschaft	7
Insgesamt	73

Tab. 4: Zusammensetzung des Textkorpus nach Geschlecht der Autoren

Betrachtet man die Äußerungen nach übergeordneten Themen (Tab. 5), geht es am häufigsten um Aspekte der im Betrachtungszeitraum geplanten oder umgesetzten Gesundheitsreformen (n=21), wie z. B. Organisationsformen ärztlicher Versorgung (freie Arztwahl, Kooperation von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Disease Management Programme) oder standespolitische Stellungnahmen, die sich zu den jeweiligen Gesundheitsreformen positionieren. Einen eigenen Themenkomplex bilden Äußerungen zu Vergütungssystemen, in denen es um die Eigenbeteiligung von Patientinnen und Patienten oder um Kostenerstattung und Patientenquittungen als In-

strumente der Leistungskontrolle von ÄrztInnen und Krankenkassen geht. Die Bedeutung von Aufklärung und Informationsvermittlung im Gesundheitswesen zeigt sich an Äußerungen zur Nutzung des Internets, zum Beratungsbedarf von Patientinnen und Patienten und zu Problemen der ärztlichen Aufklärungspflicht. In Ausführungen zur Arzt-Patient-Beziehung geht es vor allem um sich wandelnde Selbstbilder und Erwartungen beider Seiten. Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen werden vor allem dann explizit angesprochen, wenn es darum geht, ob Patientinnen und Patienten als Kunden gesehen werden sollten. Weiterhin vertreten sind juristische Themen, Äußerungen zu Telematik und Datenschutz, zu Evidence Based Medicine, zur medizinischen Ausbildung, Aufsätze zu medizinischem Fachwissen und ein Leserbrief zum Thema Sterbehilfe.

Themen	Anzahl Texte
Gesundheitsreformen	21
Aufklärung, Information	9
Vergütungssysteme	9
Arzt-Patient-Beziehung	9
Ökonomisierung	7
Recht, Gesetze	6
Telematik, Datenschutz	4
Evidence Based Medicine	3
Medizinische Ausbildung	2
Medizinisches Fachwissen	2
Sterbehilfe	1
Insgesamt	73

Tab. 5: Zusammensetzung des Textkorpus nach übergeordneten Themen

7.3 Profil des mündigen Patienten

Die folgende Zusammenschau von im DÄB gefundenen Zitaten verdeutlicht, wie facettenreich der *mündige Patient* beschrieben wird:

Der *mündige Patient* ist verantwortungsbewusst und kritisch (Rabbata, 2002), informiert (Bördlein, 1999), aufgeklärt und selbstverantwortlich (Klinkhammer, 1998), souverän (Kurz, 2000), vielbeschworen und kundig (Kienzle, 2002), kompetent, entscheidungsfähig und erwachsen (Schweizer, 1997), aber auch wählerisch (Wagener, 2002) und unbequem (Krüger-Brand, 2001).

Er hat Rechte (Krüger-Brand, 1999), beispielsweise auf Information und Mitsprache bei medizinischen Entscheidungen (Pflanz, 2004) oder sogar darauf, „über den eigenen Körper selbst zu entscheiden“ (Faridi, 2002), aber auch Verpflichtungen, sich mündig zu verhalten (Bütikofer, 2002). Dies kann bedeuten, dass er „Eigenverantwortung“ tragen

soll (Flintrop, 2000), indem er in gesunden Zeiten selbst für Maßnahmen des Gesundheitssystems zahlt und nur im Notfall finanzielle Unterstützung erhält (Prell, 1997), um dadurch mehr „Verantwortungs- und Kostenbewußtsein“ zu erlernen (Priesack, 1999). Er hat als „Nachfrager nach Gesundheits-Dienstleistungen“ (Schmidt, 1999) „individuelle Gesundheitsbedürfnisse“, die er durch „gezielte Wahlentscheidungen“ realisieren soll (Krimmel, 1998), dadurch daß er beispielsweise entscheidet, „ob er für den Medikamentenkauf die Apotheke vor Ort vorzieht oder seine Medikamente per Mausklick bestellt“ (Redaktion, 2003). Indem er Einblick in Abrechnungen erhält (Ronneberger, 2001) und über den aktuellen Wissensstand in der Medizin Bescheid weiß, soll er „den Einsatz (...) von (...) Finanzmitteln für eine effiziente Gesundheitsfürsorge (...) mitbestimmen“ (Friemann, 2002). Andererseits muss er, wenn er „mitreden will“, „auch mitleiden“: Er muss die Unsicherheiten aushalten, die mit statistischen Häufigkeiten und den damit einhergehenden Relativierungen - Risiken - entstehen (Böhmeke, 2005).

Zu seinen Fähigkeiten zählt, dass er „selber weiß, was er braucht“ (Witzmann, 2000) und „seinen Gesundheitszustand selbst beurteilen kann“ (Endres, 2000). So ist er in der Lage, „die Verantwortung für sich und seine Gesundheit“ zu tragen (Kummer, 2002) und weiß auch, „welche Art von Krankenversicherung er braucht“ (Endres, 2000).

Dagegen steht ein bedrohlicher Zug von Selbstüberschätzung: Der *mündige Patient* neigt zu vorgefassten Meinungen und hegt Misstrauen, dass ihm „aus Budgetgründen“ Leistungen vorenthalten werden sollen (Nelle, 1999). Er kann „nicht alle Fakten richtig beurteilen“ (Klinkhammer, 1998), sondern besitzt ein unzulängliches „Medien-Halbwissen“ (Keller, 2004), mit dem er „meilenweit davon entfernt“ ist, „die Seriosität der angebotenen diagnostischen und therapeutischen Methoden zu prüfen und richtig einzuordnen“ (Hausotter, 2001). Deswegen ist er auch nicht in der Lage, „in jedem Falle die zutreffende Spezialistenwahl vorzunehmen“ (Kossow, 1996). Trotzdem entscheidet er manchmal leichtsinnig „- in weitgehender Unkenntnis der Materie - selbst über die für ihn geeignete Therapie“ (Ulatowski, 2002), was auch zu mangelnder Compliance gegenüber ärztlichen Anweisungen führen kann (Fischer, 2002).

In jedem Fall hat er Handlungsspielräume: Er ist „nicht länger der Unterlegene“ (Merten, 2003), sondern kann Fragen stellen (Polonski, 2003) und sich aktiv über laufende klinische Studien informieren und um den Einschluss in diese Studien kümmern (Victor, 2004). Wenn er sich unter einer Neuerung im Gesundheitssystem nichts vorstellen kann, ist er in der Lage diese abzulehnen und „mit rapide schwindender Beteiligung“ zu „quittieren“ (Hamann, 2003). Er kann aber auch bewusst auf eine Aufklärung verzichten (Schlungbaum, 1997) oder im Zweifelsfall seine Mündigkeit an Angehörige delegieren (Kurz, 2000).

Um diese Spielräume nutzen zu können, hat er explizite Forderungen, Erwartungen und Bedürfnisse an das Gesundheitssystem. Er wünscht freie Arztwahl und verlangt „mehr Gespräch statt weniger“ (Richter-Kuhlmann, 2005), denn er will informiert werden,

„um medizinisches Handeln verstehen, mitentscheiden oder besser hinter dem Therapieplan stehen zu können“ (Nagel, 2001).

Bei aller Informiertheit gehört es jedoch zu seinen Grenzen, dass er nicht „Herr der Daten“ sein kann, „weil er nicht selbst darüber bestimmen darf, was in die Dokumentation eingetragen wird“ (Klinkhammer, 1998).

Dennoch nimmt er Einfluss auf die professionellen Akteure im Gesundheitssystem. Er hat Karriere gemacht, sieht Ärztinnen und Ärzte als Partner (EB, 1998) oder Dienstleister (Merten, 2003) und kann diese schon fast bevormunden (Redaktion, 2001). Er kontrolliert ärztliche Abrechnungen (Lindner, 2005) und prüft damit „Arzt und Krankenkasse in ihrer Leistung“ (Gurr, 2005). Er beeinflusst durch seinen Informationsbedarf die Gestaltung der medizinischen Ausbildung, indem er die Vermittlung theoretischen Wissens im Studium notwendig macht (Handwerker, 2001). Seinetwegen sind Änderungen in der Krankenhausorganisation nötig (Maus, 1998). Er ist Anlass für Streit zwischen den Versichertenverbänden (Rabbata, 2002) und droht damit, sich vom Gesundheitswesen ganz abzuwenden, den Patientenstatus abzulegen und sich als Bürger seine Freiheiten zu nehmen, wenn Patientenautonomie weiter eingeschränkt wird: er wird dann möglicherweise „nicht mehr bereit sein, über den Kamm „Patienten“ geschoren zu werden“ (Schlegel, 2005). Dadurch bringt er die Ärzteschaft dazu, „eine transparente, allseits durchsichtige Medizin auf Augenhöhe mit dem mündigen Patienten zu praktizieren; allzeit bereit, sämtliche Details unseres ärztlichen Tuns durchleuchten zu lassen“ (Böhmeke, 2005). Gleichzeitig nimmt er sich das Recht, seinen Arzt nur selektiv über seine Krankengeschichte zu informieren (Krüger-Brand, 2002).

Diese einflussreiche Stellung macht ihn zum Ziel von Interventionen. Er stellt eine Herausforderung dar (Stengel, 2005), sein „Empfängerhorizont“ sollte nicht unterschätzt werden (Gerst, 2002). Stattdessen wird empfohlen, ihm mit der „konsequente(n) Umsetzung von epidemiologischen Methoden in den Versorgungsalltag“ zu begegnen (Stengel, 2005). Er ist das Ziel von „mehr Beratung und Information“ (Korzilius, 1998) und muss über mögliche Schäden aufgeklärt werden (Jakob, 2004), um „mehr Kompetenz und Eigenverantwortung“ zu erreichen (Krüger-Brand, 2001). Disease Management Programme wollen ihn stärken (Schommer, 2002), die Cochrane Collaboration ihm Entscheidungshilfe geben (Stein, 1998) und Ratgeber-Handbücher ihn über die Gesetzeslage bezüglich der geltenden ärztlichen Haftpflicht informieren, damit er sich im Zweifelsfall auch gegen eine Klage entscheiden kann (Rösch, 2001).

Sein Status ist jedoch bedroht. Es besteht die Gefahr, dass er entmündigt wird durch Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000 (Vilmar, 1999), durch eine Einflussvermehrung der Krankenkassen, durch eine „nicht vollständige Aufklärung“ (Schlömer, 2000) oder ärztliche „Diminuierungsrituale“ (Horn, 2000).

Ebenso heterogen wie die Eigenschaften des *mündigen Patienten* sind die Annahmen darüber, ob von seiner tatsächlichen Existenz auszugehen ist. Er wird als Bild (Klinkhammer, 1998), Konzept (Richter-Kuhlmann, 2005) oder Phänomen (Jakob, 2004) wahrgenommen, das von den Medien (Witzmann, 2000) oder der Selbsthilfegruppenbewegung geschaffen wurde (Merten, 2003). Einerseits bildet er die Grundlage des Gesundheitswesens (Kummer, 2002) und ist „mündig, weil er Mensch ist“ (Klinkhammer, 1998), andererseits stellt er eine Illusion bzw. falsche Vorstellung dar, dass Patientinnen und Patienten „ihr eigener Arzt“ sein können (Keller, 2004), was nichts mit realen Patientinnen und Patienten „im direkten Praxiskontakt“ zu tun hat (Meye, 2003). Er kann aber auch eine Vision sein, die zukünftig „verwirklicht“ werden soll (Kunick, 1999). Der Weg zum *mündigen Patienten* kann über Gesundheitsreformen führen oder über langjährige individuelle Lernprozesse von Patientinnen und Patienten (Hesse, 1996) und ärztliche Fürsorge, Beratung und Therapie, durch die dann Mündigkeit entsteht (Kloiber, 2000).

7.4 Literaturnachweis Textkorpus

Böhmeke, T. (2005). Wissen. Dtsch Ärztebl 102 (41), A-2773.

Bördlein, I. (1999). Medizinkommunikation: Aus "Frust" ins Internet: Vor allem chronisch Kranke und ihre Angehörigen decken ihren medizinischen Informationsbedarf per Computer. Dtsch Ärztebl 96 (50), A-3230.

Boxberg, C. (1999). Information: Unentbehrlich. Zu dem Beitrag "Umfrage zur Patienteninformation: „Was man schwarz auf weiß besitzt . . .“ von Prof. Dr. med. Michael Linden et al. in Heft 14/1999. Dtsch Ärztebl 96 (22), A-1454-1455.

Bütikofer, J. (2002). Schutzimpfungen: Aufklärungspflicht im Licht der neuen Rechtsprechung. Dtsch Ärztebl 99 (33), A-2164-2166.

Deutscher Ärztetag (1999). Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt I: Grundsätze einer patientengerechten Gesundheitsreform - Antworten und Forderungen der Ärzteschaft zur Strukturreform. Dtsch Ärztebl 96 (24), A-1646-1664.

Deutscher Ärztetag (2000). Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. Dtsch Ärztebl 97 (20), A-1376-1377.

EB²³ (1998). Europäische Ärzte unterstreichen soziale Verantwortung. Dtsch Ärztebl 95 (25), A-1582.

Endres, A. (2000). Armut und Gesundheit: Ärzte müssen ihr Wissen mit den Patienten teilen. Dtsch Ärztebl 97 (41), A-2684-2685.

Faridi, A., Willis, S., Schumpelick, V. & Rath, W. (2002). Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. Dtsch Ärztebl 99 (1-2), A-42-47

Fischer, H. (2002). Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin: Hoher Betreuungsbedarf ungünstig. zu dem Beitrag Früherkennung und therapeutische Ansätze von Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Ebel, Dr. med. Karl Beichert in Heft 3/2002. Dtsch Ärztebl 99 (30), A-2057.

Flintrop, J. (2000). Zahnärzte: Zahnersatz soll keine Kassenleistung mehr sein. Dtsch Ärztebl 97 (47), A-3148-3149.

²³ Kürzel so angegeben, wie im DÄB verwendet.

- Friemann, J. (2002). Obduktionen: Anreize für Kostenträger schaffen. Zu dem Beitrag Unsichere und uneinheitliche Rechtslage von Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer und Prof. Dr. med. Burkhard Madea in Heft 36/2002. Dtsch Ärztebl 99(50), A-3395-3396.
- Gerst, T. (2002). Kassenarztrecht: Politik darf gestalten. Dtsch Ärztebl 99 (45), A-2979.
- Gurr, M. (2005). Abrechnungsbetrug: Zeichen des allgemeinen Werteverlusts. Zu dem Beitrag Neue Dimension von Josef Maus in Heft 24/2005. Dtsch Ärztebl 102 (33), A-2230.
- Hamann, H. (2003). Patientenquittung: Kein Wort von pauschalisierten Leistungen. Zu dem Beitrag Patientenquittung zeigt, was Ärzte leisten von Maria Rita Meyre und Dr. rer. soc. Heinz Koch in Heft 27/2003. Dtsch Ärztebl 100 (33), A-2150.
- Handwerker, H.O. (2001). Medizinstudium: Reform nicht verachten. Zu den Beiträgen Auf der Zielgeraden von Dr. rer. pol. Harald Clade und Mehr Praxis, weniger Multiple Choice von Dr. med. Eva A. Richter in Heft 31-32/2001. Dtsch Ärztebl 98 (40), A-2569-2570.
- Hausotter, W. (2001). Medizinmarkt: Das Dilemma der modernen Medizin. Dtsch Ärztebl 98(8), A-450-451.
- Hesse, E. (1996). Kooperation: Wir sollten einig sein. Zu den Leserbriefen in Heft 28-29/1996, die sich auf den Beitrag "Kooperation beim Ressourceneinsatz im Medizinsystem" von Dr. med. Eberhard Hesse, Dr. med. Thomas Lichte und Prof. Dr. med. Ekkart Sturm in Heft 23/1996 bezogen. Dtsch Ärztebl 93 (45), A-2902.
- Holland, C. (2000). Patienten: Widerspruch. Zu dem Kommentar "Patienten sind keine Kunden" von Dr. med. Otmar Kloiber in Heft 5/2000. Dtsch Ärztebl 97 (11), A-658.
- Horn, J. (2000). Patienten: Begriff nicht vorschnell verwerfen. Zu dem Kommentar "Patienten sind keine Kunden" von Dr. med. Otmar Kloiber in Heft 5/2000. Dtsch Ärztebl 97 (11), A-658-659.
- Jakob, A.H. (2004). Arzt und Patient: Nil nocere. Dtsch Ärztebl 101(24), A-1708.
- Keller, J. (2004). Ländervergleich: Beleidigende Attribute. Zu dem Beitrag Der Hausarzt als Gatekeeper von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden et al. in Heft 39/2004. Dtsch Ärztebl 101 (46), A-3096.
- Keller, U. (1996). Allgemeinärzte: Entscheidung bei Patienten. Zu dem Redaktionsgespräch mit Dr. Kossow ("Das Kind schütteln, bis es trocken ist . . ."), Heft 31- 32/1996; ein weiterer Brief (Dr. Weisner) ist bereits in Heft 34-35/1996 erschienen. Dtsch Ärztebl 93 (39), A-2430.
- Kienzle, H.F. (2002). Ärztinnen und Ärzte: Keine Dienstleister. Dtsch Ärztebl 99 (26), A-1810.
- Klinkhammer, G. (1998). Kommunikation im Gesundheitswesen: Telematik: Patientenschutz steht an erster Stelle. Dtsch Ärztebl 95 (23), A-1437-1439.
- Kloiber, O. (2000). Patienten sind keine Kunden. Dtsch Ärztebl 97 (5), A-229.
- Kongressankündigung (2004). 37. Internationaler Seminarkongress in Grado (Italien): 22. bis 27. (28.) August 2004. Dtsch Ärztebl 101 (11), A-703.
- Korzilius, H. (1998). Apotheker: "Qualitätsoffensive". Dtsch Ärztebl 95 (20), A-1197.
- Kossow, K.D. (1996). Allgemeinärzte: Schlußwort. Zu dem Redaktionsgespräch mit Dr. Kossow ("Das Kind schütteln, bis es trocken ist . . ."), Heft 31- 32/1996; ein weiterer Brief (Dr. Weisner) ist bereits in Heft 34-35/1996 erschienen. Dtsch Ärztebl 93 (39), A-2430-2431.
- Krimmel, L. (1998). Individuelle Gesundheitsleistungen: Mit dem "IGEL" aus der Grauzone. Dtsch Ärztebl 95 (11), A-578-581.
- Krüger-Brand, H.E. (1999). Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem: Missglückter Auftakt. Dtsch Ärztebl 96 (47), A-3026.
- Krüger-Brand, H.E. (2000). Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen: Harte Arbeit am Konsens. Dtsch Ärztebl 97 (51-52), A-3476-3477.
- Krüger-Brand, H.E. (2001). Forum für Medizin und Telematik: Der informierte Patient. Dtsch Ärztebl 98 (30), A-1938-1939.
- Krüger-Brand, H.E. (2002). Datenschutz: Probleme liegen im Detail. Dtsch Ärztebl 99 (41), A-2676-2677.

- Kummer, K.R. (2002). Gesundheitsreform: Thesen. Zu dem Beitrag Plädoyer für völligen Systemwechsel von Dr. rer. pol. Harald Clade in Heft 45/2002. Dtsch Ärztebl 99 (49), A-3320.
- Kunick, T. (1999). GKV: Soviel Eigenverantwortung wie möglich. Zur Finanzlage der GKV. Dtsch Ärztebl 96 (46), A-2942.
- Kurz, R. (2000). Patienten: Zurück ins Mittelalter. Zu dem Kommentar "Patienten sind keine Kunden" von Dr. med. Otmar Kloiber in Heft 5/2000. Dtsch Ärztebl 97 (11), A-658.
- Lindner, S. (2005). Abrechnungsbetrug: Die Lösung ist einfach. Zu dem Seite eins-Beitrag Neue Dimension von Josef Maus in Heft 24/2005. Dtsch Ärztebl 102 (33), A-2230.
- Maus, J. (1998). Gesundheitspolitik: Vilmar fordert Solidarität und Eigenverantwortung. Dtsch Ärztebl 95 (49), A-3104.
- Maus, J. (2001). Ambulante Versorgung: Internisten machen gegen das Hausarztmodell mobil. Dtsch Ärztebl 98 (27), A-1799.
- Merten, M. & Rieser, S. (2003). Hauptversammlung des NAV-Virchow-Bunds: Egomane Verhaltensweisen abbauen. Dtsch Ärztebl 100 (48), A-3138-3139.
- Merten, M. (2003). Arzt & Selbsthilfe: Auf gutem Wege. Dtsch Ärztebl 100(20), A-1330.
- Meye, M.R., & Koch, H. (2003). Modellversuch in Rheinhessen: Patientenquittung zeigt, was Ärzte leisten. Dtsch Ärztebl 100 (27), A-1846.
- Nagel, G.A. (2001). Pharmazeutische Betreuung: Kompetente Berater für kompetente Patienten. Dtsch Ärztebl 98 (9), A-520.
- Nelle, J. (1999). Antibiotika: Sind Amerikaner einsichtiger?. Zu dem Medizinreport "Therapieentscheidung wider besseres Wissen: Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen" von Klaus Koch in Heft 27/1999. Dtsch Ärztebl 96 (37), A-2254.
- Pflanz, E. (2004). Stiftung Patientenkompetenz: Zur Eigenverantwortung befähigen. Dtsch Ärztebl 101 (37), A-2443-2444.
- Polonski, E. & Szutrelly, P. (2003). Polikliniken: Staatsmedizin - Was ist das?. Zu dem Beitrag Polikliniken propagiert von Dr. rer. pol. Harald Clade in Heft 7/2003. Dtsch Ärztebl 100 (11), A-690-692.
- Prell, R. (1997). Neuordnung zum GSG gescheitert. Zu dem Beitrag „Das Dilemma der Prioritätensetzung“ von Dr. Harald Clade in Heft 3/1997. Dtsch Ärztebl 94 (12), A-700
- Priesack, W. (1999). Gutachten: Schattenseiten. Zu dem Beitrag "Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen: Rechtsfrieden durch eine gütliche Einigung sichern" von Barbara Berner in Heft 34-35/1999. Dtsch Ärztebl 96 (40), A-2468.
- Rabbata, S. (2002). Versicherteninformation: Verbände streiten über mündigen Patienten. Dtsch Ärztebl 99 (12), A-756.
- Uhlenbruck G. (2001). Aphorismen: Medizin für die Seele. aus: G. Uhlenbruck (2000). Alles kein Thema! Ein Thema für alle...Köln: Ralf Reglin. Dtsch Ärztebl 98 (26), 96.
- Redaktion²⁴ (2003). Arzneimittel: Mündige Patienten. Dtsch Ärztebl 100 (9), A-518.
- Richter-Kuhlmann, E.A. (2005). Arzt-Patienten-Beziehung: Werte im Wandel. Dtsch Ärztebl 102 (40), A-2694-2695.
- Ronneberger, K.A. (2001). Vergütung: Rechnungen an den mündigen Patienten. Dtsch Ärztebl 98 (1-2), A-27.
- Rösch, W. (2001). Patientenrecht: Gesetzliche Grundlagen und Urteile. Dtsch Ärztebl 98 (37), A-2344.
- Ruebsam-Simon, E. (2002). Krise des Sozialstaats: Eckpunkte einer großen Gesundheitsreform. Dtsch Ärztebl 99 (5), A-267-270.
- Schlegel, E. (2005). Sterbehilfe: Unsere Staatsmoral ist fragwürdig. Zu dem Standpunkt Sterbehilfe von Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe in Heft 15/2005. Dtsch Ärztebl 102(25), A-1804.

²⁴In den Fällen, wo kein/e Autor/in explizit am Text stand, wurde davon ausgegangen, dass es sich um redaktionelle Beiträge handelt.

- Schlömer-Doll, U. & Doll, D. (2000). Patienten mit Krebs: Information und emotionale Unterstützung. Dtsch Ärztebl 97 (46), A-3076-3079.
- Schlungbaum, W. (1997). Arzneimitteltherapie: Rechtliche Grenzen der Verordnungsfreiheit. Dtsch Ärztebl 94 (36), A-2244-2245.
- Schmidt, K. (1999). Allgemeinmedizin und Hochschule. Wie werden aus Studenten Hausärzte? Dtsch Ärztebl 96 (5), A-275-276.
- Schommer, R., Ewe, G. & Lohner, K. (2002). Disease Management bei asthmakranken Kindern: Steigerung der Lebensqualität. Dtsch Ärztebl 99 (25), A-1734-1736.
- Schweizer, W. (1997). Der Heilberuf: zur Reflexion. Dtsch Ärztebl 94 (8), A-416.
- Stein, R. (1998). Evidence based Medicine: Unsinn eliminieren. Dtsch Ärztebl 95 (15), A-862-863.
- Stengel, D. (2005). EbM: Laienhafte Interpretation. Zu dem Beitrag Evidenzbasierte Medizin (EbM): Begriff entideologisieren von Prof. Dr. med. Peter von Wichert in Heft 22/2005. Dtsch Ärztebl 102 (28-29), A-2015-2016.
- Ulatowski, H. (2002). Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Patient bleibt sich selbst überlassen. Dtsch Ärztebl 99 (5), A-246.
- Victor, N. (2004). Klinische Studien: Notwendigkeit der Registrierung aus Sicht der Ethikkommissionen. Dtsch Ärztebl 101 (30), A-2111-2117.
- Vilmar, K. (1999). Gesundheitsreform 2000: "Kurswechsel in der Gesundheitspolitik - vom mündigen Bürger zum entmündigten Patienten?". Dtsch Ärztebl 96 (24), A-1637-1645.
- Vögler, H. (2000). Moderne Physik und Grundfragen der Medizin: Patient als Subjekt. Dtsch Ärztebl 97 (46), A-3101-3102.
- Wagener, W. (2002). Rehabilitation: Nur ein erster Schritt. Dtsch Ärztebl 99 (18), A-1213.
- Wirth, J. (2005). IGeLn: Eindeutige Richtlinien gefordert. Zu dem Beitrag Individuelle Gesundheitsleistungen: Ausfransungen eines grauen Marktes von Jens Flintrop und Thomas Gerst in Heft 8/2005. Dtsch Ärztebl 102 (15), A-1051-1052.
- Witzmann, R. (2000). Der Tod des Hippokrates. Dtsch Ärztebl 97 (15), A-968-969.
- Wübbena, T. (2004). BGH-Urteil: Perversion eines mündigen Patienten. Zu dem Varia-Beitrag Sorgfaltspflicht verletzt ? Patient verunglückte nach Medikamenteneinnahme tödlich in Heft 9/2004. Dtsch Ärztebl 101 (14), A-918-919.
- Zierer, O. (2000). Berufsgenossenschaftliche Vorschriften: Noch Handlungsbedarf für ärztliche Praxen. Dtsch Ärztebl 97 (34-35), A-2220-2222.