

Psychotherapeut 2007 · 52:121–126
 DOI 10.1007/s00278-007-0533-2
 Online publiziert: 23. Januar 2007
 © Springer Medizin Verlag 2007

Redaktion

W. Schneider, Rostock
 B. Strauß, Jena

Stefanie Duttweiler
 Programm für Wissenschaftsforschung, Basel

Vom Patienten zum Kunden?

Ambivalenzen einer aktuellen Entwicklung

Neuerdings sind alle Kunden: der Bürger seiner Gemeinde, die Studenten ihrer Hochschule, für die Justiz ist der Straffällige der Kunde, der Priester sieht in den Gläubigen die Kunden seiner Sinnangebote und der Hartz-IV-Empfänger ist Kunde der Bundesanstalt für Arbeit. Warum, fragt man sich, soll nicht auch der Patient zum Kunden werden?

Im Wort Kunde verbinden sich zahlreiche etymologische Stränge: das althochdeutsche kundo meint Verkünder und Zeuge, das mittelhochdeutsche Kunde bezeichnet den Bekannten oder Einheimischen ebenso wie die Kenntnis, Bekanntschaft und das Zeichen Pfeifer 1997. Heute versteht man unter dem Begriff Kunde die Marktpartei auf der Nachfrageseite, d. h. der Kunde entscheidet (oder beteiligt sich an der Entscheidung) über den Einkauf von Gütern und Dienstleistungen Diller 1992. Diese Definition scheint wenig mit der Heilung von Krankheiten und psychischen Problemen, mit Schmerzen und Ohnmachtserfahrungen und der damit verbundenen Bedürftigkeit, auf die Hilfe von anderen angewiesen zu sein, zu tun zu haben. Angemessener scheint der seit dem 16. Jh. gebräuchliche Begriff Patient. Als Substantivierung des lat. patiens (erduhend, ertragend) bezeichnet er eine „in ärztlicher Behandlung stehende Person“ Pfeifer 1997. Doch im Zuge der Demokratisierungs- und Emanzipationsbewegungen schien auch dieser Begriff für Angebote der psychosozialen Versorgung und Therapie nicht mehr angebracht. Dieses Unbehagen und die Stärkung der

Rolle des Patienten drückten sich in der Umbenennung vom Patienten zum Klienten (lat. cliens: Anhänger, Schützling, Höriger) aus. All diesen Begriffen ist gemeinsam, dass sie die in ihnen gemeinten Rollen als passivisch auszeichnen: erdulnd, hörig, bedürftig. Das evokiert aktuell ein Unbehagen: Im heutigen Rollenverständnis sollen Patienten gerade nicht mehr geduldig und Klienten nicht mehr anlehnungsbedürftige Leistungsempfänger, sondern aktive Mitgestalter ihres eigenen Lebens bzw. ihrer eigenen Genesung bzw. Gesunderhaltung sein. Der Kundenbegriff scheint den Ausweg zu bieten: Er stößt in diese Lücke, weil er den aktiven Anteil desjenigen zu betonen scheint, der eine Dienstleistung in Anspruch nimmt.

Im Zusammenhang mit Psychotherapie weckt der Begriff des Kunden (noch?) Widerstände. Dennoch entfaltet die Rollenzuschreibung des Kunden eine Evidenz, der man sich schwer entziehen kann, denn das gesamte rhetorische Arrangement hat sich verändert: Psychotherapie ist zu einer Ware geworden und Gesundheit zu einem Wachstumsmarkt; Therapeuten und Ärzte werden zu Dienstleistern und Patienten zu Kunden.

Ökonomisierung der Gesundheit

Auf dem Wachstumsmarkt Gesundheit stehen unzählige Waren zum Verkauf. Diese Produkte geraten in Konkurrenz zueinander und müssen vor der Gunst zahlungskräftiger Nachfrage bestehen. Diese Dynamik führt zu extremer Spezialisierung, Ausweitung und Funktionserweiterung des Angebots. Zunächst und

überwiegend waren und sind die Angebote auf dem Gesundheitsmarkt vor allem eines: Sie sollen Krankheiten heilen und die Gesundheit wiederherstellen – sie haben kurative Funktion. Wenn Gesundheit jedoch vor allem ökonomisch betrachtet wird, wird auch die Sorge um die eigene Gesundheit zum ökonomischen Kalkül, das rational Kosten sparen, besser noch: Kosten vermeiden soll. Dementsprechend werden auch unzählige Waren (Medikamente, Nahrungsmittelergänzungen, Ernährungs- und Fitnessprogramme) auf dem Gesundheitsmarkt angeboten, die eine präventive Funktion übernehmen. Diese Investition in die eigene Gesundheit erschöpft sich dabei nicht in der Prävention. Man kann auch offensiv seine Gesundheit steigern – einige Waren auf dem Markt der Gesundheit haben progressive Funktion. Gesundheit wird zum notwendigen Mittel, die eigene Leistungsfähigkeit zu steigern. Diese Ausweitung der Funktionen verwischt die Grenzen zwischen Heilung psychischer Erkrankungen und Leistungssteigerung (der Psyche), mithin: zwischen Medizin und Lifestyle. Und sie verschiebt die Verantwortung für die Gesundheit: Auch wenn Investition in die eigene Gesundheit inzwischen von den meisten Krankenkassen honoriert wird, die ökonomische Logik der Investition lehrt: Kein Objekt lohnt so sehr die Investition wie das eigene Selbst, und kein Gut ist so kostbar wie die eigene Gesundheit. Die damit entstehenden Kosten, wenn nötig, auch privat zu begleichen, ist somit effizient und vernünftig. Gesundheit wird so im doppelten Sinn zu einer ökonomischen Frage: Sie erweist sich als abhän-

gig von der individuellen Kaufkraft und diffundiert in die Sphäre der Wirtschaft mithilfe diverser mehr oder weniger gesundheitsfördernder Produkte und Programme. Damit ändern sich auch die Vorstellungen von Gesundheit: (Psychische) Gesundheit gilt – vorausgesetzt man hat die nötigen finanziellen Mittel – nun als herstellbar und fast permanent steigerbar. Krankheit oder Gesundheit erscheinen zunehmend die Resultate des finanziellen, zeitlichen und ideellen Einsatzes, die eigene Gesundheit zu erhalten und zu steigern. Es ist nun zu einer Frage der Eigenverantwortung geworden, wie man diese Ressourcen einsetzt.

Psychotherapie als Ware

Auch Psychotherapie ist eine Ware auf dem Gesundheitsmarkt und unterliegt den Bedingungen des Wettbewerbs. Schon zu Beginn der therapeutischen Angebote bildeten sich verschiedene Anbieter heraus, im Laufe der Zeit und insbesondere im Zuge des Psychobooms seit den 1960ern kam es aber zu einer enormen Ausdifferenzierung dieser Angebote. Zwar stieg auch die Nachfrage, doch es entstand eine Wettbewerbssituation, in der einzelne Anbieter zu Konkurrenten wurden. Eine Situation, auf die mit verschiedenen Strategien geantwortet wurde: Zum einen wurde die Konkurrenz eingedämmt; Schließungsprozesse der Professionalisierung und gezielte Lobbyarbeit der Verbände haben die kassenärztlichen Leistungen klar reguliert und monopolisiert. Die andere Strategie zielt auf permanente Innovation. Für jedes mögliche Problem wird ein vermeintlich individuelles und neuartiges Angebot kreiert. Es werden Alleinstellungsmerkmale entwickelt, Labels erfunden, Werbung gemacht und sich den Bedürfnissen der Kunden angenähert. Dementsprechend gibt es Marken und Moden, Kundenorientierung und Zeitgeistphänomene. Ein sprechendes Beispiel ist die Familienaufstellung Strauss 2006. Das Verfahren ist kurz und effizient, es ist mit intensivem Erleben sowie geringer Verbindlichkeit verbunden und mit einer vermeintlich ordnungsstiftenden äußeren Instanz ausgestattet. Das scheint den Bedürfnissen vieler sehr entgegen zu kommen, Angebot und Nachfra-

ge greifen offenbar aufs Trefflichste ineinander. Noch deutlicher kommt die Marktorientierung am Beispiel der posttraumatischen Belastungsstörungen zum Tragen. Der Begriff erweist sich als ein Modebegriff, der sich seine Nachfrage zu schaffen weiß. „Es gibt offensichtlich ein Bedürfnis in der Öffentlichkeit und unter Psychotherapeuten, die Traumatherapie als Markt für sich zu erobern, und in der Tat sind hier Phänomene zu beobachten, die ganz marktwirtschaftlicher Natur sind. Es gibt ‚Firmen‘, die ihre eigenen ‚Patente‘ anmelden, die sich mit aktiven Werbefeldzügen gegenseitig ‚bekriegen‘ und die andere werbewirksame Prinzipien für sich entdeckt haben, die in der Psychotherapie über lange Zeit unüblich waren“ Strauss 2006. Eine dritte Strategie fokussiert auf das Paradigma der Kosteneffizienz und ist permanent auf der Suche nach neuen Einsparungspotenzialen. Zu nennen ist hier beispielsweise die Substitution des Therapeuten durch ein Computerprogramm. Regine Steil vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim spricht es im Hinblick auf die Frage, ob Computer besser zuhören könnten als Menschen, offen aus: „Es geht weniger um die Verbesserung der bisherigen Therapiemethode als um die mögliche Kostensenkung. Vorgesehen ist der wöchentliche E-Mail-Kontakt zu einem Therapeuten, der Erfahrungsberichte liest und den Patienten ein Feedback gibt“ (Steil 2006). Therapeuten werden kreativ, immer neue und immer kostensparendere Methoden zu entwerfen. Für den Patienten ist dabei schwer auszumachen, was eine produktive Innovation darstellt, was als überbeuertes modisches Zeitgeistphänomen zu klassifizieren wäre oder was als wesentliche Bedingungen für die eigene Genesung unverzichtbar ist. Dass der Patient sich nun als Kunde auf diesem unübersichtlichen Markt wiederfindet, macht für ihn die Situation nur bedingt einfacher.

Transformation der Rollen

Interaktionstheoretisch betrachtet, ist das Arzt-Patient-Verhältnis von komplementären Rollenzuschreibungen strukturiert. Die Ärzte müssen Fachautorität sowie Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit signalisieren. Dazu, so das Verspre-

chen dieser Rollenkonstellation, sind sie ausgebildet und verpflichtet. Ihr größeres Wissen und Können werden sie einsetzen, um dem Patienten zu helfen. Der Patient dagegen begibt sich unwissend aber vertrauensvoll in die Hände des Arztes und fügt sich unwidersprochen dessen Anweisungen. Dieser Idealtyp, der die Arzt-Patient-Konstellation als ein asymmetrisches Sorgeverhältnis ausweist, erweist sich jedoch in vielen Fällen als ein autoritatives, den Patienten entmündigendes Verhältnis. Dieser Erfahrung soll mit der Transformation des Patienten in einen Kunden begegnet werden. Dabei kommt es zu einer radikalen Umdeutung der Rolle. Als Kunde darf man sich nicht passiv verhalten, man muss aktiv werden – d. h., sich in einem unübersichtlichen Feld um Marktübersicht bemühen und informierte, begründete Kaufentscheidungen treffen.

Doch ein solcher Kunde zu sein ist hochgradig ambivalent. Auf der einen Seite macht die Transformation zum Kunden aus Hilfesuchenden Mitentscheider; ihnen werden Informationen gegeben und weitreichende Entscheidungskompetenzen zugetraut sowie das Recht und die Pflicht auf Mitbestimmung eingeräumt. Dieses „empowerment“ stärkt die Selbstheilungskräfte und dient als starke Ressource, an der der therapeutische Prozess ansetzen kann. Mit diesem Gewinn an emanzipatorischem Potenzial geht auf der anderen Seite jedoch auch ein Verlust einher: Die Ermächtigung kann in ihr Gegenteil umschlagen – in Überforderung. Als Kunde ist man nun wesentlich für die Dienstleistung, die man erwirbt, selbst verantwortlich. Das zwingt zu Entscheidungen: Darüber, ob man krank ist oder nicht, ob man eine Therapie anstrebt und wenn ja in welcher Form, nach welcher therapeutischen Richtung und Schule oder in welcher Einrichtung und bei welcher Therapeutin. Dazu muss man über verschiedene Ressourcen verfügen: Neben dem nötigen Geld zum Erwerb der Ware bedarf es auch der kognitiven und sozialen Kompetenzen, die Qualität der Ware zu erkennen und sie ins Verhältnis zu den eigenen Bedürfnissen zu setzen. Der Kunde wird als jemand imaginiert, der „weiß, was er will, und der über das Vermögen verfügt, rationale bedürfnisgerechte Wahlentscheidungen zu treffen. Für den Konsumenten

Hier steht eine Anzeige.



ist [dies]... auch eine normative Erwartung, der er gerecht werden muss. Er muss zu dem Subjekt werden, als das ihn eine marktorientierte Konsumgesellschaft unterstellt“ (Voswinkel 2004).

Diese normative Erwartung an den mündigen Konsumenten impliziert eine Entspezifizierung der Rolle als Patient. Die Rede vom Kunden unterstellt allen Kunden einheitliche Eigenschaften. Egal ob Straftäter, Studentin, Hartz-IV-Empfänger oder Patient einer therapeutischen Einrichtung – die unterschiedlichen Qualitäten der Beziehungen werden egalisiert, das jeweilige Problem vor dem Hintergrund der Wahlfreiheit und der marktvermittelten Beziehung nivelliert (Voswinkel 2004). So blendet der Verweis auf die Reflexions- und Entscheidungskompetenz Wesentliches der (psychischen) Krankheit aus. Zum einen verliert der hilfesuchende „Kunde“ seine Rolle als hilfsbedürftiger Patient eines Leidens, das er gerade nicht aus eigener Kraft bewältigen kann. Wer krank ist, erleidet eine empfindliche Störung seiner Selbstkohärenz, er ist körperlich und/oder psychisch in seiner Fähigkeit, über sich willentlich zu verfügen, eingeschränkt. Kurz: Er braucht Hilfe. Denn im Unterschied zum Kunden anderer Waren besitzt der Behandlung suchende Patient die Freiheit, sich gegen den Kauf einer Ware zu entscheiden, nur in sehr eingeschränktem Maße. „Er muss ‚kaufen‘ und zwar sofort. Er besitzt oft nicht die Möglichkeit, Vergleichsangebote einzuholen oder sich seinen Behandler frei zu wählen“ (Hermer 1998). Der Patient ist „krank, und günstigstenfalls wird er durch die Fürsorge, die Beratung und manchmal sogar erst durch die Therapie mündig und gerät dann in die Lage, über sich und seine Krankheit zu entscheiden. Diese Entscheidungen überlassen viele Patienten ihren behandelnden Ärzten – nicht weil sie unmündig sind, sondern weil sie eben krank sind und auf ärztliche Professionalität und Fürsorge vertrauen“ (Kloiber 2000). Sich als „Kunde“ verstehen zu müssen, kann überfordern und zum Verlust eines dringend benötigten Schutzes vor fremd- und selbstaufgelegten Anforderungen führen (Kloiber 2000).

Doch auch die Rolle des Therapeuten verändert sich in dieser neuen Konstellation. Im steht nun ein kundiger und mün-

diger Kunde gegenüber, der in der Lage ist, seine Leistungen zu kontrollieren. Die überall sich ausbreitenden Verfahren der Evaluation und die schlichte Konkurrenz am Markt machen die Hilfesuchenden zu Beurteilern der therapeutischen Leistung. Der Therapeut muss dabei verschiedenen Erwartungen gerecht werden. So muss er zum einen als Autorität auftreten, die qua ihrer Professionalität und Erfahrung sachlich angemessene Entscheidungen über die Genesung des Kunden treffen kann. Denn bei aller Entscheidungsnotwendigkeit, die mit dem Kundenstatus einhergeht, erkaufte sich der Kunde mit dem geleisteten Vertrauensvorschuss auch das Recht eines hochqualifizierten Behandlungsprozesses, über dessen Verfahren aufgrund sachlich angemessener Grundlagen entschieden wird. Gefragt ist ein Therapeut, dem man vertrauen und Entscheidungen delegieren kann. Doch zum anderen muss der Therapeut als statusgleicher Vertragspartner agieren, der sein Vorgehen und die Behandlungsgrundlagen so transparent machen kann, dass der Kunde darüber mitentscheiden könnte. Mit anderen Worten: Es kommt zu einer gleichzeitigen Auf- und Abwertung der Expertenrolle.

Transformation des therapeutischen Verhältnisses

Diese Ambivalenzen auf beiden Seiten der therapeutischen Interaktion affizieren auch das therapeutische Verhältnis selbst. Als Verhältnis von Anbieter und Kunden figuriert, ist das therapeutische Verhältnis zu einer marktvermittelten freiwillig eingegangenen gegenseitigen Verpflichtung geworden. Das macht diese Beziehung im Prinzip jederzeit aufkündbar (Voswinkel 2004). Der Status als Kunde kann somit die Verbindlichkeit der therapeutischen Beziehung lockern – wer Kontrakte eingeht und für Leistungen zahlt, kann die Bindung an den Vertrag auch jederzeit wieder lösen. In Kombination mit den verschiedenen Angeboten auf dem Markt, kommt es damit zu einer höheren Fluktuation und zu einem Modus, öfter etwas Neues auszuprobieren. Das eingesetzte Vertrauen wird nur vorbehaltlich gegeben, das therapeutische Verhältnis gerät so unter einen besonde-

ren Bewährungsdruck – es muss schnell und spürbar Früchte tragen.

Um diesen Erfolg auch messen zu können, müssen zuvor professionelle aber auch individuelle Erfolgskriterien vereinbart werden – d. h. die therapeutische Beziehung als Beziehung zwischen Marktteilnehmern hält dazu an, Therapieziele vertraglich festzulegen. Diese Kontraktualisierung bringt eine neue Qualität in den therapeutischen Prozess. Sie erhöht zwar die Kooperation und grenzt sie aber zugleich ein: Neue Fragen und Problemstellungen, die sich im Laufe des therapeutischen Prozesses ergeben und nicht im Vertrag festgelegt wurden, bleiben entweder unberücksichtigt oder müssen selbst wieder zu Gegenständen neuer Vertragsverhandlungen werden. Diese Tendenz von der Prozess- zur Ergebnisorientierung reduziert die Möglichkeiten, Neues auszuprobieren, zu erkennen und zu erfahren. Damit erweist sich auch die Kontraktualisierung als ambivalent: Zum einen steckt sie den Leistungsrahmen, verpflichtet auf Kooperationen und zielt direkt auf evaluierbare Ziele. Das heißt, sie macht den Prozess transparent und für beide Seiten kontrollierbar. Doch zum anderen kann sie auch kontraproduktiv werden: Wo von vorneherein feststehen muss, wie das Ergebnis aussieht, werden innovative und alternativen Möglichkeiten eher ausgeblendet als erkannt und eingeschlagen.

Darüber hinaus zeigt sich aktuell eine Tendenz zur Technisierung der therapeutischen Angebote. Es lässt sich ein Primat der störungsspezifischen Behandlungstechniken beobachten – eine Tendenz, die entschieden gegen die Befunde der Psychotherapieforschung spricht. Diese konnte zeigen, dass die spezifischen Merkmale von Patienten und Therapeuten sowie die Qualität der therapeutischen Beziehung einen weitaus größeren Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben als störungsspezifische psychotherapeutische Techniken (Strauss 2006).

Darüber hinaus ist stark zu vermuten, dass die Transformation der Therapie in eine Ware und die damit verbundene Transformation der Rollen auch eine Transformation der Orientierungsmaßstäbe nach sich zieht. „Die Qualität von Produkten und Dienstleistungen soll nicht mehr produkt-, sondern kundenbezogen

definiert werden... Nur was der Kunde als gut empfindet und nur was der Kunde zu brauchen glaubt, gilt als zufriedenstellend“ (Voswinkel 2004). Das Erfassen der Kundenzufriedenheit wird dann zu einer unerlässlichen Aufgabe und permanenten Begleitung des therapeutischen Prozesses. Sie ermöglicht ein flexibles Aussteuern, auf das Angebot und Nachfrage immer besser aufeinander austariert werden.

Wo nicht mehr die professionelle Kompetenz des Therapeuten über die Art und Weise der Hilfe (sprich: des „Produkts“), sondern die subjektive Einschätzung des Hilfesuchenden entscheidet, kommt es zu einem Prozess der Entnormierung der Profession, d. h. zu einem Legitimationsverlust von professionellen Normen, ethischen Standards der Leistung und des professionellen Handelns (Voswinkel 2004). Die aktive Position des Kunden beschneidet somit den Eigensinn des Professionellen: „Wer darauf beharrt, kraft Kompetenz und Erfahrung besser als der Kunde zu wissen, was Qualität verbürgt, wie Probleme zu lösen und welche ethischen Prinzipien in der Arbeit zu beachten sind, setzt sich ins Unrecht“ (Voswinkel 2004).

Ambivalenzen der Entwicklung

Diese Ausführungen sollten zeigen: Die Ökonomisierung der Therapie macht Therapie nicht unbedingt einfacher. Zum einen werden die Rollen von Therapeut und Patient ambivalent: Der Kunde wird zum Subjekt der Mitentscheidung ermächtigt und verliert dadurch den entmündigenden Status als Objekt undurchsichtiger Prozesse. Er gilt nun als marktfähiges Subjekt, als mündiger Souverän seiner Entscheidungen. Aus dieser Position ergeben sich neue Ansprüche für den Patienten: Er oder sie kann beste Leistung verlangen, aber es erwachsen daraus auch verschiedene Pflichten: Information, begründete Entscheidung, Formulieren von Erwartungen. Das führt zu einer ambivalenten Position: Sie wird definitiv gestärkt, und zugleich können die Erwartungen an den Hilfesuchenden als Kunden ihn auch heillos überfordern, da sie gerade nicht mit der Rolle eines Kranken vereinbar sind.

Für den Therapeuten bedeutet die Transformation in einen Dienstleister

zunächst, selbst zu einer Marke auf dem Markt zu werden. Zudem ist er mit einem anderen Gegenüber konfrontiert: Einem mündigen und möglicherweise kundigen Kunden, der um seine Rechte und Ansprüche weiß, die Konkurrenz kennt, mitentscheiden will und eventuell zum Beurteiler der eigenen Leistung wird. Dies wertet seinen Status als Experte auf, und zugleich wird er durch die verlagerten Entscheidungskompetenzen abgewertet.

Darüber hinaus verändert sich auch der therapeutische Prozess selbst: Die Verbindlichkeit wird geringer, Kontraktualisierung tendiert zur Ziel- statt zur Prozessorientierung sowie zur Technisierung und Parzellierung der Probleme. Offenbar trägt das vielseitige Angebot auch dazu bei, Verschiedenes zu wählen und auszuprobieren. Der Trend geht zu kürzeren und häufigeren therapeutischen Interventionen.

Doch nicht zuletzt verändert die Umstellung der psychischen Gesundheit als Ware das Verständnis von Krankheit. Krankheit und individuelles Leiden verlieren ihren Charakter als etwas, das den Einzelnen widerfährt und das nicht in jedem Fall vollständig kontrollierbar oder zum Verschwinden zu bringen ist. Dass das „Produkt“ Gesundheit prinzipiell nie garantiert werden kann (Hermer 1998), muss systematisch vergessen (gemacht) werden, wenn man Angebote macht und dafür wirbt – ebenso wie wenn man mit großer Hoffnung auf diese Versprechen eingeht und diese Waren erwirbt. Denn die Position, dass psychisches Leiden weder standardisierbar noch in allen Fällen heilbar ist, findet auf dem „Markt“ der therapeutischen Angebote wenig Nachfrage.

Alle diese Tendenzen zeigen: Möglichkeiten werden zum Bestandteil der sozialen Wirklichkeit – man kann sich Gesundheit kaufen und ist dabei nicht auf die Krankenrolle beschränkt. Da der Erwerb dieser therapeutischen Waren ohne aufwendige Eintrittsrituale zu erwerben ist, wird es selbstverständlicher, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das hat weitreichende Folgen: Es kommt zu einer Entalltäglichen der Probleme und zu einer Veralltäglichen der Therapie. Das bezieht sich zum einen auf den Umgang mit Psychotherapie: „Je selbstverständli-

Psychotherapeut 2007 · 52:121–126
DOI 10.1007/s00278-007-0533-2
© Springer Medizin Verlag 2007

Stefanie Duttweiler Vom Patienten zum Kunden? Ambivalenzen einer aktuellen Entwicklung

Zusammenfassung

Ausgehend von der Transformation der (psychischen) Gesundheit als Ware werden die Ambivalenzen der Transformation der Rollen von Patient und Arzt beschrieben. Während die Rolle des Patienten ihn zum mündigen Souverän seiner Entscheidungen ermächtigt, zugleich darauf festlegt und ihn so oftmals überfordert, wird die Expertenrolle des Arztes zugleich auf- und abgewertet. Psychische Gesundheit wird zu etwas kontrollier- und steigerbarem, und der therapeutische Prozess passt sich der marktlogischen Kundenorientierung an. Es kommt zur Entalltäglichen der Probleme und zur Veralltäglichen der Therapie, denn die Investition in die eigene Gesundheit ist aktuell zu einer sozialen Verpflichtung geworden.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit · Ware · Ambivalenzen · Transformation der Rollen

Patient into client? The ambivalence of a current development

Abstract

The transformation of (psychical) health into a commercial product is the background for this description of the manifold ambivalence of current transformations in the roles of patient and doctor. Whereas the role of the patient makes him to a mature and competent agent of the own decisions on the one hand and often also overstrains him on the other, the role of the doctor is being upvalued and devaluated at the same time. Psychical health is getting to something controllable that can still be increased, and the therapeutic process adapts to the orientation at the client conform to the logic of market forces. To have problems is not an everyday matter any more, while therapy is becoming an everyday issue, because investing in the own health has turned to be a social obligation.

Keywords

Psychical health · Product · Ambivalence · Transformation

cher dieser Umgang ein Teil der Alltagskultur wird, umso mehr gehen Klienten mit der Ware ‚Psychotherapie‘ um, wie mit anderen Waren auch: Man vergleicht die Preise und sonstige Aufwandskosten, schaut, ob man noch was im Kühlschrank hat, oder ob es vergleichbare Produkte bei Aldi gibt, oder probiert einmal ein anderes Restaurant, zu Festtagen auch einmal etwas Besonderes“ (König 2006). Zum anderen kommt den therapeutischen Angeboten eine veränderte Funktion zu. Neben der Behandlung von gravierenden psychischen Störungen soll Psychotherapie nun auch dazu beitragen, bei der Bewältigung des Lebens im Allgemeinen zu unterstützen und auf das von allen Seiten konstatierte Sinnvakuum antworten. Dort wo sie dies allerdings versucht, verlässt sie ihren Zuständigkeitsbereich. Sie wird „zu etwas anderem: zu einer Sucht nach einer Kunst der Lebensführung, zu einer Heilslehre, zu einem Teil der Kulturindustrie, zu einer Selbstfunktionalisierung, zu einer neuen Form des Selbstverhältnisses also, von dem wir noch nicht wissen, inwieweit es Teil der Lösung oder Teil des Problem ist“ (König 2006).

Diese Funktionsausweitung der Therapie und der Waren auf dem Gesundheitsmarkt, die nun auch der Prävention und der Selbststeigerung dienen sollen, zeigt, dass der Abnehmer von therapeutischen Dienstleistungen heute doch nicht einfach ein Kunde ist, der die Wahl hat, ob er etwas von diesen therapeutischen Angeboten erwerben will oder es lieber sein lässt. Die Norm der psychischen Gesundheit und der Investition in diese machen in Verbindung mit der Ausweitung des Angebots Psychotherapie zu einem veralltäglichten Verfahren der Selbstverbesserung, zu der heute jeder und jede aufgerufen ist. Wo gesellschaftlich produzierte Widersprüche zunehmen und der selbstbestimmte Umgang mit psychischen Problemen zur notwendigen Alltagskompetenz ausgerufen wird, ist es zunehmend selbstverständlich, um psychologische Unterstützung nachzusuchen. So gilt es heute kaum mehr als Eingeständnis einer Schwäche, um psychologische Unterstützung nachzusuchen. Im Gegenteil: Mit psychologischen Mitteln an sich zu arbeiten, ist zu einer notwendigen sozialen Schlüsselkompetenz geworden. Die Um-

deutung als Kunde stützt diese Entwicklung: Sie unterstellt ein eigenverantwortliches, entscheidungsfähiges Subjekt, das selbstbestimmt für sich und seine Gesundheit sorgen kann.

Fazit für die Praxis

Wenn es zur gesellschaftlichen Pflicht geworden ist, gesund zu bleiben und zu werden, ist Gesundheit gerade keine Ware wie jede andere. Der mündige und kundige Kunde ist heute zwar nicht mehr von einem ihn entmündigenden Arzt bevormundet – hier darf und muss er wählen, vielmehr ist er eingespannt in ein Verhältnis, dass ihm keine Wahl lässt, ob er in seine Gesundheit investiert. Welches Verfahren dabei gewählt wird, scheint einerlei; wichtig ist, dass eines gewählt wird.

Korrespondierender Autor

Dr. Stefanie Duttweiler

Programm für Wissenschaftsforschung
Missionsstraße 21, 4003 Basel
stefanie.duttweiler@unibas.ch

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Diller H (1992) Vahlens Großes Marketing Lexikon. Beck/Vahlen, München
- Duttweiler S (2006) Ökonomisierung der Therapie – Therapeutisierung des Ökonomischen. Von Kunden, Märkten und Unternehmern. In: Strauss B, Geyer M (Hrsg) Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 46–70
- Pfeifer W (1997) Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. dtv, München
- Hermer M (1998) Kundenorientierung in Psychiatrie und Psychotherapie. Zur Metamorphose von Patienten in Kunden. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Dgvt, Tübingen, S 747–766
- Kloiber O (2000) Patienten sind keine Kunden. Deutsches Ärzteblatt 97(5): A-229
- König O (2006) Familienaufstellungen – Kurzzeittherapie in der Gruppe. Möglichkeiten und Grenzen eines Verfahrens. In: Strauss B, Geyer M (Hrsg) Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 71–90
- Steil R (2006) Therapeut Computer. ZEIT 03.08.2006, S 29

- Strauss B (2006) Psychotherapie®. Über den Warencharakter von Psychotherapie. Psychotherapeut 51: 354–362
- Voswinkel S (2004) Kundenorientierung. In: Bröckling U, Krasmann S, Lemke T (Hrsg) Glossar der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 145–151