

## **Jürgen Hardt**

Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und  
Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Therapeuten Hessen

### **Einleitung der Vorabendveranstaltung zu neuen Versorgungsformen im Kontext psychischer Erkrankungen zur Delegiertenversammlung, Frankfurt, 16. Mai 08<sup>1</sup>**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

erlauben Sie mir bitte, dass ich, bevor wir medias in res administrativas – so nennt man  
bezeichnender Weise die praktische Dinge - gehen, einige Überlegungen voranstelle, die sich aus  
dem ergeben, was uns im letzten Jahr sehr beschäftigt hat. Wir ringen im Gesundheitswesen  
ständig mit der gegensätzlichen Spannung zwischen lebensweltlicher Praxis und lebensfernen  
Bestimmungen durch Administration und Ökonomie, die in der teilreglementierten  
Gesundheitswirtschaft eine „unheilige“ Allianz eingegangen sind

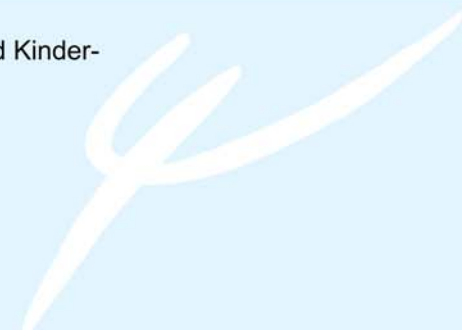
#### ***Die Lücke zwischen Anspruch und Erfüllung im Gesundheitssystem***

Wir können uns nicht einfach mit neuen Verrorgungsregelungen beschäftigen, ohne uns der  
Situation zu vergewissern, in der wir uns befinden und in die wir mehr oder weniger bedacht oder  
gar mitschuldig hinein geraten sind. Das Gesundheitsversorgungssystem wird zunehmend mit  
sachfremder Logik regiert, aus Einfallslosigkeit und weil niemand es wagt, überfällige Sinnfragen  
zu stellen. Dass das Gesundheitsversorgungssystem schon lange in einem besorgniserregenden  
Zustand ist, wird von niemandem bezweifelt. Der Anspruch an Gesundheitsleistungen in der so  
genannten Gesundheitsversorgung ist in Beziehung zu den Mitteln, die die Solidargemeinschaft  
bereit ist aufzuwenden, nicht zu erfüllen. Anspruch und Erfüllung klaffen weit auseinander. Das ist  
der nüchterne Befund.

Warum das so ist, dazu gibt es viele Überlegungen und hauptsächlich Schuldzuschreibungen. Die  
Diagnose, wie es soweit kommen konnte, scheint vielen klar. Man macht Krankheitsverursacher  
im System aus. Aber dann beginnt schon der interessegeleitete Streit, und so sind die Diagnosen  
häufig durch Eigenentlastung und ungerechtfertigte Zuweisungen bestimmt. Auch die  
Krankengeschichte dieser gesellschaftlichen Entwicklung wird, je nach politischem Interesse,  
unterschiedlich erzählt. Da wundert es nicht, dass auch die Therapievorschläge unterschiedlich  
sind.

---

<sup>1</sup> Für hilfreiche Überarbeitungsvorschläge danke ich Dr. Matthias Ochs



### ***Sprachlich-konnotative „Kollateralschäden“ der Gesundheitsökonomie***

Wir werden uns heute Abend mit einer Thematik beschäftigen müssen, die sich aus der langen Kette der erfolglosen so genannten Gesundheitsreformen – als wäre es je darum gegangen die Gesundheit zu reformieren, wie in der Reformbewegung des beginnenden zwanzigsten Jahrhundert - ergeben hat. Ob diese Gesundheitsreform die letzte sein wird, ist sehr zu bezweifeln, so sagen die einen; zu hoffen, sagen die anderen, die auf einen wirklich grundsätzlichen Wandel warten und nicht mehr glauben, dass mehr vom Gleichen irgendwann zu einem Qualitätssprung zum Besseren führen wird. Ob solidarische Krankenbehandlung, die zur Gesundheitswirtschaft geworden ist, durch eine weitere Öffnung (Entfesselung, Hengsbach) für ausschließlich marktwirtschaftliche Mechanismen zu retten ist, kann ernstlich bezweifelt werden.

Weil die Krankenbehandlung des solidarischen Beistandssystems in der modernen entwickelten Gesellschaft nicht mehr finanzierbar war, haben sich die politischen Kräfte, d.h. unsere gewählten Volksvertreter, ausschließlich auf marktwirtschaftliche Steuerungselemente besonnen und das solidarische Krankenbehandlungssystem schrittweise in eine marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung transformiert. Dass schon lange nicht mehr von Krankenversorgung, sondern von Gesundheitsversorgung die Rede ist, nicht mehr vom Patienten sondern vom Kunden wird von Gesundheitsökonomien als ein Fortschritt angesehen. Die Begründung, warum das ein Fortschritt sein soll, ist ausschließlich in gesundheitsökonomischer Logik nachvollziehbar. Die Nebenwirkungen bedenkt aber kaum jemand. Dass bei dieser Transformation wesentliche kulturelle Werte beschädigt werden, zumindest aufs Spiel gesetzt worden sind, kann nicht unser heutiges Thema sein. Ich habe darüber schon öfter gesprochen.

### ***Die „Entborgenheit der Gesundheit“ im ökonomischen Raum***

Wesentlich ist mir dabei, dass die Gesundheit aus der selbstverständlichen Geborgenheit (wie es H.-G. Gadamer genannt hat) herausgerissen worden ist und zu einem begehrten und kostbaren Gut, zu einer Ware in einem marktwirtschaftlichen System geworden ist. Damit unterliegt die Ware, das Produkt Gesundheit den Kräften des Marktes. Angebot und Nachfrage bestimmen den Preis von Gesundheit.

Man muss sich fragen, ob nicht dadurch das oft beklagte Anspruchsverhalten und die „Freifahrermentalität“, die es einzudämmen gelte, noch befördert wurde und weiter befördert wird. Die Gegensteuerungen folgen der gleichen Logik. Eine berechnete Kostendämpfung, ebenfalls nur marktwirtschaftlich gedacht, beherrscht denn auch die Diskussion zukünftiger Prävention. Auch hier soll es nur mehr vom Gleichen und keine grundsätzlichen Fragen geben, also sind auch keine neuen Antworten auf Gesundheitsfragen zu erwarten. Vermutlich wird der Präventionsmarkt eher die für die Behandlung notwendigen knappen Mitteln noch weiter verringern, aber ein Wettbewerbsfeld für junge smarte Kunden eröffnen. Ein lukrativer Markt wird sich auftun, zwischen Wellness und Krankenbehandlung, auf dem die Psychotherapie auf der Strecke zu bleiben droht. Die Zeichen sind deutlich an der Wand und erste Denkmodelle schon längst auf dem Markt.

Patienten sind so zu Kunden geworden, die sich angeblich frei und mündig auf dem Gesundheitsmarkt bewegen. Auch das wird als Fortschritt, als Gewinn an Autonomie, gegenüber Gängelung, Paternalismus und Unmündigkeit gepriesen. Die Schattenseite ist aber, dass die Kunden als fachliche Laien völlig überfordert sind. Sie können ohne Hilfe, die fachlichen Überlegungen nicht nachzuvollziehen. Sie sind selbst nicht mit ausreichender Fachkenntnis ausgestattet, um die komplizierten auf dem Markt heftig beworbenen Produkte vergleichen und schließlich verantwortlich erwerben zu können.

Um Kosten zu sparen und um die Dominanz der Therapeuten, die zu Leistungserbringern abgestuft worden sind, zu brechen, werden Krankenkassenberater geschult. Die Patienten (Kunden) sollen künftig nicht von therapeutischen Fachleuten, sondern von geschulten Laien, Lotsen und Beratern begleitet werden, die, weil sie im Dienste des Systems tätig werden, nicht der therapeutischen Wahrheit, sondern der Logik des Marktes verpflichtet sind. Damit wird neben der Entfachlichung eine gründliche Merkantilisierung der Behandlungswirklichkeit betrieben.

(So wird jemand bei der Kasse telefonisch anfragen können – nach der Eigendiagnose „Depression“ -, welcher Therapeut wohl am besten infrage komme, wer am schnellsten und effektivsten den gewünschten Behandlungserfolg erzielt. Später wird dem Berater der Kunde, der die Gesundheitsleistung erwirbt, auch über den Fortschritt, Stagnation oder Fehlschlag berichten und von ihm entsprechend der vorliegenden Statistiken und gegebenenfalls gegen den Rat seiner Therapeutin aufgefordert werden, die Behandlung abzubrechen, weil sich gezeigt hat, dass sie nichts bringt.)

### ***Lotsen und Casemanagern zur Steigerung der Effektivität***

Wir werden heute Abend wahrscheinlich von Lotsen und Casemanagern hören, die für den mündigen Kunden die Regie der Behandlung mit übernehmen sollen. Damit soll überflüssiger Aufwand erspart werden. Wie wird aber in solch einem Modell die notwendige Fachlichkeit garantiert, ist nicht eine Laisierung der Therapeutik zu erwarten? Gibt es nicht eine Logik der Behandlung die auf die Krankheit abgestimmt ist und der Logik der Heilung folgt? Wer leistet zum Schutz der leidenden Menschen vor unberechtigter Ökonomisierung die nötige Übersetzungsarbeit?

Diese ganze Entwicklung ist nicht mutwillig in Gang gesetzt worden, sie schien notwendig, weil es in der spätmodernen Gesellschaft keine grundlegenden Ideen gab, wie die Lücke zwischen dem Machbaren und dem solidarisch Bezahlbaren der modernen Medizin zu schließen sei. Walter Krämer drückt das vor über 20 Jahren zynisch folgendermaßen aus: „Die durchschnittliche Gesundheit des modernen Bundesbürgers ist nicht deshalb so schlecht, weil die Medizin untätig ist, sie ist im Gegenteil vor Allem deshalb so schlecht, weil die Medizin so viele Kranke am Leben erhält, und zwar an einem subjektiv durchaus lebenswerten Leben erhält, die früher längst gestorben wären“. Wenig später sagt er das drastischer folgendermaßen: „Weil die Medizin den früher geraden Weg zum Friedhof umgeleitet hat“.

Krämer ist in erster Linie Statistiker, der aber bei gesundheitspolitischen Überlegungen immer wieder benannt wird. Sein Buch: „Die Krankheit des Gesundheitswesens“ (1987) ist bitter und wird durch den durchgängigen Zynismus und die zum Teil schwer zu ertragenden Ressentiments noch schwerer verdaulich. Allerdings kann er sich mancher tiefer Einsichten nicht verwehren. So schreibt er gegen Ende seiner Polemik, dass das aufgeblähte Gesundheitsversorgungssystem ein riesiger und kostspieliger Verleugnungsapparat gegen die Realität des Todes sei, nach dem Motto „Dreh dich nicht um, der Sensenmann geht um“.

(In einer neueren Arbeit (2007) zur Rationierung im Gesundheitswesen eröffnet er eine Denkfigur, die wiederum zuerst bestechend, bei genauerem Hinsehen bedrückend ist. Um Rationierungen rechtfertigen zu können, unterscheidet er strikt zwischen dem statistischen und dem individuellen Tod. Die statistische Todeswahrscheinlichkeit kann hingenommen werden (Z. B. kein ausgefeiltes Rettungswesen in einem dünnbesiedelten Gebiet, das heißt geringe Inanspruchnahme der Notfallmaßnahmen), weil niemand davon individuell betroffen sei und der statistische Tod gehe uns nichts an. Mit dieser Denkfigur kann festgehalten werden, dass das Menschenleben keinen Preis hat. Denn der Tod sei immer jede Gesundheitsleistung wert; niemand gebe 100% seiner Gesundheit freiwillig her, nur Fanatiker und Selbstmörder...)

Weil die verschiedenen Interessengruppen im Gesundheitsversorgungssystem sich der gemeinschaftlichen Verpflichtung nicht stellten und nur egoistisch ihre eigenen wirtschaftlichen Vorteile durchzusetzen versuchten, setzte sich bei den Rahmen gebenden Gesundheitspolitikern zunehmend der Gedanke durch, die Krankenbehandlung ausschließlich mit marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten zu regulieren. (Der Besen, der die Drecksarbeit machen sollte, bekam aber ein Eigenleben.) Man wollte den egoistischen, nicht zu stillenden wirtschaftlichen Interessen Wettbewerb entgegenzustellen. Die Gesundheitsökonomie erblickte das Licht der Welt und machte als Zweig der Betriebs- und Volkswirtschaft eine steile Karriere.

Dazu kam als weiterer Faktor, der die Kosten steigen ließ, der Effekt einer Vollversicherung, die jedes Risiko deckte und damit riskantes bis selbstgefährdendes Verhalten beförderte. P.O. Oberender nennt das den „Freifahrereffekt“ der Vollversicherung, dem durch weitere konsequente Ökonomisierung des Anspruchsverhaltens, d.h. Teilhabe am Risiko, entgegen gewirkt werden soll.

### **Verantwortungsvakuum im Gesundheitssystem**

Oberender ist ein wesentlich bedachter und verantwortlicher Gesundheitsökonom, der Antworten auf Sinnfragen einfordert, wo er den Eindruck gewonnen hat, dass Lebensfragen, Sinnfragen, gesundheitsökonomisch beantwortet werden sollen. Er zeigt zwar auf die Lücken hin, aber in seinen Überlegungen zum Humankapital als Verrechnungsgröße der lebenserhaltenden Gesundheitsmaßnahmen, unterliegt er schließlich der ökonomischen Logik. Auch für ihn gilt, dass das Menschenleben unbezahlbar sei und jeden Aufwand rechtfertige, aber ein Ausweg bietet der zu erwartende Beitrag zum Bruttosozialprodukt, gegen den man Maßnahme sehr wohl aufrechnen könne. Dass die Sinnfrage nach dem natürlichen Tod in einer Kultur der scheinbar unbegrenzten Machbarkeit nicht gestellt wird, mahnt er bei diesen Überlegungen nicht an.

Er beklagt ein Verantwortungsvakuum im Gesundheitswesen, weil alles bezahlbar scheint und sich eine Selbstbedienungsmentalität breit gemacht hat. Nach ihm ist das die logische Konsequenz einer Rationalitätsfalle, die sich aufgetan hat. Es ist die Inkompatibilität zwischen der gesellschaftlichen solidarischen Rationalität - Verpflichtung und Beistand - und der individuellen völlig selbstsüchtigen Rationalität des homo oeconomicus. Nach diesem Denken wird der einzelne aus rationalen Gründen möglichst viele und teure Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, ohne dabei die geringste Rücksicht auf die Gemeinschaft zu nehmen. (Gesundheitsleitungen bis zu seinem Grenzwertnutzen, der in der Literatur an der Menge der Biere verdeutlicht wird, die jemand hintereinander trinkt (manchmal spricht man auch von Gläsern Wein!)) Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird nur begrenzt durch die Belastungen, die ihr gegenüber rational verrechnet werden (Unbequemlichkeiten, z. B. Schmerzen bei Untersuchungen u. s. w.) und verdeckte Unkosten, die mit der Gesundheitsleistung verbunden sind.

(Oberender ist Koautor des interessanten Buches „Wachstumsmarkt Gesundheit“, in dem gesundheitsökonomisches Denken mit Bedacht entwickelt wird. Später stellt er sich in einer kleinen Publikation: „Medizin und Ökonomie - kein Widerspruch“ der Kritik am ausschließlich ökonomischen Denken und weist auf die Grenzen hin. Diese bedachte Haltung verdient Anerkennung. Von seinem Denken her, kann er aber nicht sehen, dass der Konflikt zwischen Lebenswelt und System (J. Habermas) unvermittelbar ist und entweder nur durch eine höhere Vernunft kommunikativ ausgesöhnt werden kann oder als „Widerstreit“ (J.-F. Lyotard) behandelt werden muss, das heißt, dass die lebensweltlich Kundigen, dem Sinn des Ganzen Unternehmens wieder das Wort verleihen müssen. Das ist die kulturelle Aufgabe der Psychotherapie.)

Ich möchte das nicht weiter ausführen, nur darauf hinweisen, dass dem gesundheitsökonomischen Denken ein Menschenbild - und das ist unvermeidlich zugleich eine ideologische Position - zugrunde liegt, dem man sich mit vertiefter Lebenserfahrung schwerlich ohne wenn und aber

anschließen kann. Die Kulturgeschichte vor der Umwandlung der solidarischen Krankenbehandlung in die freie Gesundheitsmarktwirtschaft ging von ganz anderen Menschenbildern aus und man mag einwenden, dass dies Idealisierungen waren, die nicht eingelöst worden sind. Aber ist das einfach aufzugeben? Der Mensch als solidarischer Mitmensch, der neben seinem eigenen Vorteil auch das Wohl der Gemeinschaft im Auge hat? Ob dieser Mensch längst ausgestorben ist, möchte ich aus meiner psychotherapeutischen und Lebenserfahrung sehr bezweifeln.

(In der aktuellen ethischen Reflektion beginnt mit dem „Intersubjekt“ (A. Thyen) endlich ein Diskurs, der ethische Positionen („Lebensform Moral“) mit dem Selbstverständnis des Menschen verknüpft. Aus psychotherapeutischer Sicht ist dieser intellektuelle Schritt vom letztlich solipsistischen Erkenntnissubjekt zum lebensweltlich anthropologischen Intersubjekt längst überfällig, will man die Bedingungen der „Subjektentstehung“ nicht länger verleugnen!)

### ***Das Menschenbild des „homo oeconomicus“***

Die „Norm“ des homo oeconomicus liegt den zweckrationalen Kalkulationen der Gesundheitsreformen zugrunde. Aber hier ist Vorsicht geboten, denn ein bestimmtes Bild des

Menschen einem System zugrunde legen und die Organisation der Gesellschaft darauf hin auszulegen hat Nebenwirkungen, die beachtlich sein können. Wir sehen das an der langen Vorgeschichte solcher Bemühungen, die bis zu Platon zurückreicht und in totalen Staatsgebilden verpflichtend war. Das Problem ist dabei, dass gesellschaftliche Organisationen, die wir für die Regelung menschlicher Belange wählen, mittelbaren Einfluss auf die Menschen haben. Wie sie erzogen und sich verstehen lernen, was sie von sich fordern und von anderen zu erwarten haben, hängt mit davon ab, in welcher gestalteten Welt sie leben.

Das früher ethisch normative Weltbild war durch Solidarität, gepaart mit Mitleiden und Barmherzigkeit, gekennzeichnet. Diese Verbindlichkeiten reichten nicht aus, Probleme der Verteilung knapper werdender Ressourcen gegenüber steigenden Ansprüchen zu regeln. Dadurch kam das moderne Projekt der allgemeinen Gesundheitsversorgung in eine sich verschärfende Krise. Man muss heute fragen, ob mit der Norm des homo oeconomicus nicht ein illusionäres Gegenbild heraufbeschworen wird, dessen Scheitern ebenso zu erwarten ist. Wahrscheinlich steigen nach seiner impliziten Logik die Ansprüche; wenn es sich durchsetzt, dass alle Gesundheit käuflich ist und nur vom Preis bestimmt wird, den ein Kunde bereit ist zu entrichten. Wir werden dann das klassische Beispiel einer self fulfilling prophecy haben.

Die Gesundheitsökonomie geht von einem, vom humanistischen Standpunkt gesehen, pessimistischen Menschenbild aus. Ihm entsprechende Institutionen, die seinen Lebenslauf regeln, seine Ansprüche steuern und sein Denken bestimmen sollen, erhebt die Ausnahme zur Norm. So wird schlussendlich über Sozialisationsmuster, die in Institutionen geronnen sind, genau diese humanistische Monstrosität hervorgebracht, die sehr viel Ähnlichkeit mit dem Wolfsmenschen von Hobbes hat, den er seiner Verzweiflung an den Umständen seiner Zeit zum Ausgang seiner Überlegungen nahm. Wenn es so kommen wird, wird man schließlich sagen können, wir haben doch Recht gehabt, so sind die Menschen. Aber vielleicht waren sie nie so, nur in Ausnahmen. Besorgniserregend ist, dass die Gesundheitsökonomie die vielen mahnenden Stimmen von besonnenen Wirtschaftsethikern zu dieser Problematik nicht zur Kenntnis nehmen wollen. So Weiterdenken ist die fahrlässige Inkaufnahme einer gravierenden Nebenwirkung.

### ***Abschließende Anmerkungen***

Die Kulturgeschichte der sogenannten Reform der Krankenbehandlung in die Gesundheitswirtschaft muss noch geschrieben werden und dann erst können wir genauer ermessen, welche impliziten Wertpositionen aufgegeben worden sind und was alles, man könnte

zufügen, leichtfertig in Kauf genommen worden ist. Aber auch das ist heute Abend nicht unser Thema.

Das Gesundheitswesen hat eine radikale Änderungen erfahren und ist konsequent im Sinne der Gesundheitsökonomie zu einem Markt geworden, auf dem möglichst viel Wettbewerb herrschen soll. Die Leistungsanbieter, und das sind wir, sollen darin einem höheren Wettbewerbsdruck ausgesetzt werden, der zu einer Kostensenkung und gleichzeitig zu einer qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung führen soll.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz zusammen mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz haben neue Formen der Teilhabe am Markt eröffnet, über die Sie heute informiert werden. Sie beinhalten unterschiedliche Implikationen für das therapeutische Tun und Denken. Der Hauptunterschied in den neuen Gesundheitsversorgungssystemen gegenüber dem alten wird sein, dass die Kassen von früher stummen Bezahlinstitutionen zu gestaltenden Kräften im System avancieren sollen. Ob sie die neue Macht zum Guten der leidenden Menschen gebrauchen, muss unsere skeptische Sorge sein und dieser Verantwortung können wir uns nicht entziehen.

Heute Abend werden Sie über neue Praxisformen informiert und werden als rational denkende Menschen im ökonomischen Gesundheitsversorgungssystem Ihren größtmöglichen Vorteil ins Auge fassen dürfen. Wenn Sie aber auch – manchmal - daran denken, dass Sie ursprünglich nicht Leistungsanbieter von Gesundheitsprodukten waren, sondern Therapeuten, die Leiden und Krankheit behandeln wollten, so sollten Sie das ab und zu erinnern, Dann sollten Sie die neuangebotenen Regularien unter therapeutischen Gesichtspunkten prüfen und in die therapeutischen Welt zurück übersetzen. Vielleicht werden Sie manchmal für eine lukrative und sichere Position votieren, aber manchmal wird auch das therapeutische Ethos siegen und Sie werden ökonomische Nachteile in Kauf nehmen.

Das sind Kalkulationen, nach einer ethischen und einer ökonomischen Logik, die möglicherweise nicht ineinander aufgehen. Da müssen Sie wählen, was Ihnen mehr Wert ist.