

Armut und psychische Krankheit in der reichen Schweiz, im reichen Europa

Vier unterschiedliche Schlaglichter auf die Folgen einer marktwirtschaftlichen Produktion akuter und relativer Verarmung durch Lohnzurückhaltung

Teil 1 Einleitung:

Sprachbürokratische Nebelkerzen und Suspendierung von Realität im Gesundheitswesen?

Anlass zu einer Serie über Armut, psychische Krankheiten und deren Behandlungen in der reichen Schweiz gab der Expertenbericht zu den „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ (2017).¹ Es ist mir klar, dass die Leserin, der Leser den Bericht womöglich nicht kennt und genauso klar ist es, dass ich ihn hier nicht im Detail referieren kann. Gleichwohl erlaube ich mir, ihn zu kommentieren und in kursorischen Auszügen zu kritisieren, weil er stellvertretend für eine Entwicklung steht, die letzten Endes gegen Menschen mit geringen Einkommen und Renten gerichtet ist.

Und um es vorwegzunehmen: der Bericht liest sich für einen im Gesundheitswesen Tätigen wie eine wüste, dystopische Science-Fiction. Deshalb, und weil der Autor seit 20 Jahren als Psychoanalytiker und Psychotherapeut im Bereich der Psychiatrie tätig ist, wird den Entwicklungen im Gesundheitswesen in den folgenden Ausführungen ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Damit ist nicht gesagt, dass eine demokratiegefährdende Produktion ökonomischer Ungleichheit in anderen zentralen Bereichen von Kultur und Gesellschaft weniger beunruhigend wäre.

Der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) in Auftrag gegebene und vom Bundesrat unkritisch übernommene Expertenbericht² ist aus *erfahrungsbasierter* Sicht kritisch zu beurteilen. Mit „erfahrungsbasiert“ möchte ich in Anlehnung an Ronald Britton³ den Ausdruck „evidenzbasiert“, der im Bericht gerne verwendet wird, ergänzen. Der Ausdruck „evidenzbasiert“ hat sich aus der somatischen Medizin kommend in die Psychiatrie und mittlerweile auch in die Psychotherapie ausgebreitet. Der Begriff hat seine Verdienste, wendet sich jedoch eher an den Rechtsanwalt in uns als an den Arzt oder Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten. Das dazu gehörige Ambiente erinnert mehr an einen Gerichtssaal als an einen Behandlungsraum und wenn man im klinischen Bereich tätig ist, geht er mit einer gewissen Ängstlichkeit einher. „Der Anspruch“, schreibt Britton, „evidenzbasiert“

¹ www.bag.admin.ch

² siehe Mitteilung vom 29.3.2018; www.bag.admin.ch

³ Ronald Britton: Sexualität, Tod und Über-Ich (2006)

scheint keine weiteren Argumente zu dulden und all jene Aktivitäten, klinischen Auffassungen und Theorien zu verwerfen, die sich nicht so leicht demonstrieren lassen oder für die es noch keine hinreichende Evidenz gibt.“ (ebd. S. 10). Der Ausdruck vermittelt scheinbare Autorität, wo es für den Kliniker und Patienten um Unsicherheit, um viel Angst und dringliche Notwendigkeit geht.

Welche Problemfelder sich hierbei für Patienten und klinisch Tätige ergeben, wenn dabei noch rein ökonomisch motivierte, fehlgeleitete Effizienzsteigerungsvorstellungen hinzukommen, möchte ich im dritten Teil dieser Serie beschreiben. Doch nochmals zum Bericht der Experten: Als Kliniker irritiert nicht nur das gelockerte Verhältnis des Expertenberichts zu der von ihm behandelten Realität, sondern auch die Bräsigkeit der zuständigen politischen Behörden und das Ausmass der fehlenden Kritik seitens des Bundesrates, des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an ebenjenem Bericht. Er repräsentiert nämlich eine rein marktwirtschaftliche Perspektive, welche den Bezug zum Menschen und insbesondere zum kranken Menschen längst und vollständig aufgegeben hat – nur schon sprachlich! Obschon sich der Bericht mit der Thematik: Krankheit, Pflege und den Kosten auseinandersetzt, kommen Begriffe wie psychische oder somatische Krankheiten, Beschwerden oder Armut sprachlich gar nicht mehr vor. Es ist ein von allen Beschwerden gesäuberter Text von 131 Seiten Umfang und 38 vorgeschlagenen Massnahmen. Daraus zwei Beispiele:

Dass ältere Menschen in der Regel unter mehr Beschwerden, Krankheiten und Symptomen leiden als jüngere, wird im Expertenbericht z.B. so umschrieben:

„Eine alternde Bevölkerung fragt tendenziell mehr Gesundheitsleistungen nach“ (S.11).

Ältere Menschen leiden demnach nicht mehr unter Beschwerden, Krankheiten, Symptomen und/oder erhöhter Pflegebedürftigkeit, sondern werden zu tendenziell höher frequenten „Nachfrager“ von „Gesundheitsleistungen“. – Solche Sprachregelungen sind keineswegs so harmlos, wie sie auf den ersten Blick scheinen mögen, sind sie doch in der Lage, die ganze Palette krankheitsbedingter, leidvoller Erfahrungen, um die sich ein Gesundheitswesen definitionsgemäss zu kümmern hätte, mit einem einzigen Satz auszublenden.

*Mit dem entsprechenden Wording wird die bisweilen leidvolle Realität gerade da suspendiert, wo ein politisches Handeln angezeigt, notwendig und in wohlhabenden Ländern möglich wäre. Das ist ein zentraler Punkt, den wir in Erinnerung behalten sollten: **Realität wird dort sprachbürokratisch ausgeblendet, wo politischer Handlungsbedarf zu erkennen wäre!** D.h. die Experten, wie auch die Gesundheitsbehörden wollen im Grunde genommen gar nicht wissen, was sie tun könnten.*

Dies trifft auch auf die Frage der Armut zu. Dazu ein weiteres Beispiel aus dem Expertenbericht:

Bei der vorgeschlagenen Massnahme „M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten“ heisst es:

„Aufgrund der Erkenntnis, dass gut gebildete und finanziell besser gestellte Personen über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügen und die Gesundheitskompetenz mit sinkendem Einkommen abnimmt, sollten Massnahmen vor allem bei Gesellschaftsschichten mit niedrigem Bildungsstand ansetzen“ (ebd., S.40).

Wäre es, wenn man denn schon einen Zusammenhang zwischen Einkommen und sogenannter Gesundheitskompetenz festzustellen imstande ist, logischerweise nicht auch angezeigt, Massnahmen zur finanziellen Besserstellung von Menschen mit „niedrigem Bildungsstand“ und tiefen Einkommen vorzuschlagen? Warum werden solche einfachen wirtschaftspolitischen Fragen noch nicht einmal diskutiert, obwohl man deren Zusammenhang erkennt? Wieso werden stattdessen lediglich infantilisierende Gesundheitsförderungskampagnen vorgeschlagen? Nebelkerzen? Feigenblätter? Soll man die Probleme nicht (mehr) auch wirtschaftspolitisch diskutieren? Und wem nützt das?

Es ist die Ideologie des gängigen Wirtschaftssystems, welche nach wie vor mantraartig behauptet, dass der Wettbewerb uns alle zwingt (meistens sind dann aber doch vorwiegend die Lohn- und Rentenempfänger mit mittleren und tiefen Einkommen von diesem scheinbar notwendigen Zwang betroffen) den Gürtel enger zu schnallen und Strukturreformen und Lohnzurückhaltung Innovation und Wachstum fördern würden. Das Festhalten an dieser Ideologie zuungunsten eines zunehmenden Teils der Bevölkerung produziert Irrsinnsvorschläge, mit denen unsere Massstäbe stetig nach unten verschoben werden (müssen). – Wer wirklich Innovation und Wachstum will, müsste sich auch aus ökonomischen Gründen ganz dringend von diesen einseitigen Sparrezepten verabschieden.

Wie aber soll die Politik, wenn sie selbst dieser nachweislich falschen Ideologie unterliegt und so tut als sei diese alternativlos, Lösungsvorschläge für Probleme ausarbeiten, die sie mitunter gerade dadurch selbst aufrecht erhält? Wie soll ein Expertenbericht Massnahmen für das Gesundheitswesen vorschlagen, wenn er die zugrundeliegende Realität der Menschen nicht mehr zur Kenntnis nehmen will? Wie sollen Verordnungen und/oder Gesetze ausgestaltet werden, wenn die sprachliche Distanzierung zum davon betroffenen Menschen so gross ist, dass es nicht mehr möglich ist, ebenjene Verordnungen und Gesetze auf der Basis eines Verstehens zu formulieren? Solche und andere Fragen haben mich zur folgenden, vierteiligen Serie zur Thematik bewegt.

