

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 (von Rainer Glauser)

Teil 3: Ökonomisierung der Medizin und die Folgen?

Nachdem ich einleitend von der sprachbürokratischen Realitätsausblendung und dann von der darauf aufbauenden Pseudopolitik zulasten von Menschen mit niedrigen Einkommen gesprochen habe, möchte ich in diesem Teil noch etwas näher auf die davon betroffenen Verhältnisse im Schweizerischen Gesundheitswesen eingehen. Der Begriff der **Ökonomisierung als Ideologie** ist auch hier zentral; ob diese Ideologie als kapitalistisch, neoliberal, neoklassisch oder marktfundamentalistisch zu bezeichnen ist, möchte ich an dieser Stelle der Definitionsmacht der Ökonomen überlassen. ***Aber wichtig ist, dass es sich nicht nur um ein Wirtschaftssystem handelt, sondern um eine damit einhergehende Ideologie, welche eine Neuordnung des gesamten Denkens darstellt.*** Im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass deren Einrichtungen nicht mehr primär dazu da sind, kranke Menschen zu behandeln und man sekundär schaut, dass die Kosten nicht aus dem Ruder laufen, sondern das Hauptziel besteht auch hier darin, finanziell möglichst gut abzuschneiden. Durch die Dominanz des Finanziellen und des *Kostendämpfungsziels* spielen das *Versorgungs-* und *Solidaritätsziel* als weitere Ziele des Schweizer Gesundheitswesens in der Praxis nur noch die Rolle eines Archivars in einer sehr untergeordneten Behörde.

Dies hat direkte Folgen für den klinischen Alltag im Gesundheitswesen. Einige dieser Auswirkungen möchte ich im Folgenden in Anlehnung an das Positionspapier der Schweizerischen Akademie Medizinischer Wissenschaften (SAMW) erwähnen.¹ Wer sich für eine fundierte und detaillierte Darstellung der resultierenden Schwierigkeiten im klinischen Alltag interessiert, dem sei die Lektüre des besagten Positionspapiers hiermit empfohlen. Die folgenden Problemfelder existieren jedoch mindestens gleichermassen für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, bei welchem in der Grundversicherung seit längerem rationiert wird und tendenziell eine Unterversorgung vorliegt, während privat Zusatzversicherte im Allgemeinen eher überversorgt werden. Die SAMW nennt folgende Problemfelder im klinischen Alltag:

¹ siehe Positionspapier, Vol 9, No 4, 2014; www.samw.ch.

- Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung,
- Interessenkonflikte,
- Aushöhlung des Fürsorgemodells,
- Verlust der intrinsischen Motivation von „Leistungserbringern“,
- Deprofessionalisierung,
- Verzerrung medizinischer Prioritäten,
- Vertrauensverlust der Patienten ...

Was bedeutet z.B. Qualitätseinbusse durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung? Ein Beispiel:

Frau B., 72-jährig wurde nach Sturz notfallmässig an der Hüfte operiert und sollte postoperativ als Prophylaxe von Druckstellen und Pneumonie zwei- bis dreimal täglich aus dem Bett mobilisiert werden. Weil sie sehr unsicher und schwindelanfällig ist, reicht eine Person für die Mobilisation nicht. Frau B. wird immer weniger mobilisiert, und als sie die Pflegende darauf anspricht, sagt diese: „Ich habe jetzt im Moment absolut keine Zeit für Sie. Einfach keine Zeit.“ Für sich denkt die Pflegende: „... und da habe ich gedacht: Was bist du für eine Person, dass du jetzt eine Patientin einfach im Bett liegen lässt. Das ist ethisch einfach nicht vertretbar. Wenn die Frau jetzt eine Lungenentzündung bekommt, weil ich sie hab' liegen lassen ... Aber es ist nicht anders gegangen. Da gehe ich so unzufrieden heim und denke, ich bin nie so gewesen. Und ich habe gedacht, ich habe mit Freuden den Beruf vor vielen Jahren gelernt und heute bin ich soweit ...“ (ebd., S. 20.)

Ein Beispiel aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich:

Ein 17-Jähriger wird zur ambulanten Nachbehandlung einer stationär nur kurz behandelten, schweren depressiven Episode mit Suizidalität angemeldet. Nach Vorgesprächen mit der Mutter und nachfolgendem Erstgespräch mit dem jungen Mann wird deutlich, dass eine ambulante Behandlung in einem niederfrequenten Behandlungssetting von einer Sitzung pro Woche (was den statistischen Standard darstellt) beim nach wie vor bestehenden Schweregrad der Störung nicht angezeigt ist. Eine indizierte, höher frequente, ambulante Behandlung kann aber aufgrund des sogenannten Praxisspiegels nicht angeboten werden. – Der Praxisspiegel ist eine statistische Kennzahl, die angibt, welche Praxis wie viel Zeit pro Patient aufwendet. Wer mit „aufwändigeren“ Patienten oder mit einer stärker ursachenspezifisch ausgerichteten Methode arbeitet wird rasch als unwirtschaftlich erfasst und mit entsprechender Androhung von aufwändigen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren bedroht. In der Praxis führt dies dazu, dass immer mehr mit Blick auf den Praxisspiegel und weniger mit Blick auf den Patienten und die pathologische Bedürftigkeit behandelt wird. – Auch im vorliegenden Fall war es so, dass die Behandlung aus besagten Gründen nicht übernommen werden konnte, und ich erinnere mich noch gut daran, dass die Mutter, bereits enttäuscht über die kurze stationäre Behandlung, meinte:

„Niemand wolle Verantwortung übernehmen.“ Es erforderte eine gewisse Anstrengung meinerseits, den bitteren Satz, der mir durch den Kopf schoss, nicht zu sagen: „Jetzt machen Sie Erfahrungen mit dem hochgelobten Schweizer Gesundheitssystem“. Ich musste sie weiterweisen im Wissen, dass es für sie sehr schwierig werden würde, einen geeigneten Therapieplatz zu finden.

Es gibt noch viele weitere Beispiele wie die Radikalisierung des ökonomischen Argumentes alles andere zu negieren droht. Von verweigerten Kostengutsprachen für notwendige Behandlungen, insbesondere für Menschen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen und der Tendenz finanzstarke selbstzahlende Patienten aktiv aus dem Ausland anzuwerben und privilegierten Behandlungen zuzuführen, ganz abgesehen.

Was könnte man also tun, wenn man denn wollte?