

Was wurde aus der Gesundheitsprävention?

Stichworte für Impulsreferat Arbeitskreis 2.1

Armutskonferenz/Salzburg

- Die Diskussion über Fragen der Gesundheits-Vorsorge wurde in den letzten Jahren im Rahmen des neoliberalen Diskurses massiv moralisch bzw. moralisierend geführt: Unter den Stichworten Selbstverantwortung/Eigenverantwortung wurde der Spieß im Vergleich zum Diskurs der Siebziger- oder Achtzigerjahre umgedreht: Während damals die Kritiker mehr Geld und mehr Einsatz der staatlichen Stellen in Richtung Gesundheitsprävention forderten, gilt nun: Die Menschen sind für ihre Gesundheit primär selbstverantwortlich, sollen daher vernünftig essen, nicht rauchen und genau so viel Sport treiben, dass die Gesundheit gesichert ist und die gefürchteten Zivilisationserkrankungen Bluthochdruck, Fettleibigkeit etc. vermieden werden. Gegen eine solche private Gesundheitsvorsorge ist an sich schwer zu argumentieren – wer ist nicht lieber schlank und gesund statt übergewichtig und krank? Allerdings könnte man auch zynisch formulieren: Das Humankapital wird dazu angehalten, die Wartungskosten eigenverantwortlich möglichst gering zu halten!

Im Sinn des Titels der 10. Armutskonferenz „Fortschritt, Rückschritt, Wechselschritt“ könnte man also sagen: Es gibt sicher eindeutige Fortschritte im Gesundheitssystem, ebenso eindeutig Rückschritte (vor allem im Klima der Diskussion über Gesundheitsvorsorge), insgesamt für mich am deutlichsten der „Wechselschritt“ in Richtung Selbstverantwortung: „Selbstverantwortung für Selbst-Unternehmer bzw. Ich-AGs“. Diejenigen, die aus irgendwelchen Gründen da nicht mithalten können, werden konsequent exkludiert.

Die Frage aber, wie und durch wen Gesundheitsprogramme nicht moralisierend und autonomie-wahrend anzulegen wären – diese Frage ist auch für Kritiker eines neoliberal „infiltrierten“ Gesundheitssystems nicht einfach zu beantworten.

- Armut/Krankheit/sozialpolitische Interventionen: Ärmere Menschen sind eindeutig sowohl körperlich als auch psychisch früher/öfter/schwerer krank. Wahrscheinlich auch in ihrem „Gesundheitsverhalten“ bzw. Lebens-Stil weniger „bewusst“ als in höheren sozio-ökonomischen Schichten. Gesundheitsförderung/-ansätze prinzipiell schwierig bei gleichzeitiger völliger Erhaltung der autonomen Entscheidung. (Kann/soll/darf man jemand zu seinem Glück zwingen – und worin besteht dieses Glück? Solche Fragen können natürlich nur [sozial]politisch beantwortet werden und nicht medizinisch.)

Sowohl in Deutschland als auch in England gab es bezüglich des „Gesundheitsverhaltens“ der sogenannten Unterschichten schon heftige Diskussionen: in Deutschland vor einigen Jahren empörte Reaktionen auf den Vorschlag des (linksliberalen) Soziologen Heinz Bude: Er hatte empfohlen, mittels eines finanziellen Anreizsystems das Essverhalten übergewichtiger Menschen (speziell aus der „Unterschicht“) zu steuern: Mehr Geld bei nachgewiesener gesunder Ernährung, „Abzüge“ bei Fettleibigkeit etc.

In England gab es heftige Diskussionen über die „Welfare-Moms“: Sehr junge Mütter, die generell als unverantwortlich kritisiert wurden (Stichworte: Zweites Kind mit 16, Rauchen, Übergewicht etc.).

- Gibt es immer mehr psychische Erkrankungen? Mit ziemlicher Sicherheit nein (vgl. Aufsatz Dornes in der Februar-Psyché 2015). Zugenommen haben mit ziemlicher Sicherheit nicht die Erkrankungen – die seit Jahrzehnten konstant sind, auch die Depressionen – sondern die Sensibilität für psychische Erkrankungen/Symptomatik, evtl. auch leichte Abnahme des Stigmas und dadurch größere Bereitschaft zum „Coming out“ als Betroffener. Außerdem unübersehbare Zunahme der Diagnose-Möglichkeiten.

Auch hier die Frage: Gut oder schlecht? Einerseits bleiben wahrscheinlich weniger psychische Erkrankungen unbehandelt als früher [Bsp.: Depressionserkennung/-behandlung beim PA], andererseits gibt es sicher eine Medikalisierung und Pathologisierung sozialer Probleme. Darüber hinaus Zusammenhang Versorgungsdichte/Diagnose-Häufigkeit [bekanntes Beispiel in Deutschland: Die Stadt Würzburg ist bestens versorgt mit Kinderpsychiatern, außerdem die dortige Hochschule ein Zentrum der ADHS-Forschung – in Würzburg gibt es wohl nicht zufällig deshalb auch die höchste Zahl an ADHS-Diagnosen in Deutschland].

Allgemeiner: In den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg ist die Arbeitslosigkeit relativ gering, Pro-Kopf-Einkommen und Lebensqualität, vor allem aber die ärztliche Versorgungsdichte sind hoch ⇒ entsprechend häufig gibt es Depressionsdiagnosen.

Umgekehrt im Osten Deutschlands in den „neuen Bundesländern“: Dort ist die Arbeitslosigkeit höher, Pro-Kopf-Einkommen, Lebensqualität niedriger, vor allem aber die Arztdichte niedriger ⇒ Häufigkeit der Diagnosen nur halb so hoch wie in Bayern oder Baden-Württemberg. Zumindest bei Krankenkassenversorgung dürften also die Lebensumstände weniger wichtig sein als der Versorgungsgrad! (Vgl. Blech, J. im Spiegel Nr. 12/2014)

- Im Gesundheitssystem in Österreich: In den letzten 10 Jahren eine unheilvolle Kombination eines neuen Ökonomismus mit einer alten Hierarchie und Bürokratie: Dementsprechend Mitarbeiterzufriedenheit nicht allzu hoch, Überlastung durch überbordende Administration, Absicherungsmedizin, Reformschritte nur minimal möglich – weil die einzelnen Bundesländer als Spitalerhalter nur sehr begrenzt an wirklichen Reformen interessiert sind.

Niemand überblickt das Gesamt-System, vor allem aber hat auch niemand „Entscheidungskompetenz“ genug, um österreichweit Änderungen durchzuziehen.

- Die Sprache der „Gesundheitsreligion“: Massiver Überschuss an „positivem Denken“ und an Appellen zur Selbstverantwortung im Sinne von „blaming the victim“. Hintergrund nach meiner Einschätzung: Im Rahmen einer „Umwertung aller Worte“ steht Autonomie heute vorwiegend für die Autonomie des Konsumenten und potentiellen Patienten, der für körperliche und psychische Gesundheit selbst zu sorgen hat bzw. Krankheiten zu vermeiden hat...

Auf anderer Ebene auch in den Institutionen spürbar – was die MitarbeiterInnen durchaus mürbe macht [⇒siehe die große Kluft zwischen den Leitbildern und der Arbeitsrealität in großen Gesundheits-Institutionen]

- Public-Private-Partnerships im Gesundheitssystem: Speziell in den neuen „Rehab-Kliniken“ gibt es seit einigen Jahren florierende Geschäfte in Österreich für jene Unternehmen, deren Profite in Deutschland langsam schwinden.

Stichworte der Gesundheitssoziologie in diesem Zusammenhang: „raisin-picking“ bzw. „skimming off the cream“ – d. h. Auswahl jener PatientInnen bzw. Diagnosen, die relativ leicht und schnell (und daher profitabel) zu behandeln sind. Die Schwerstkranken bleiben (sowohl in der somatischen Medizin als auch speziell in der Psychiatrie) dann übrig für die öffentlichen Krankenhäuser – also eine neue Ebene von Zweiklassenmedizin.