

Armut und psychische Krankheit in der reichen Schweiz, im reichen Europa – von Rainer Glauser, Frühsommer 2018

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.

Teil 2:

Statistische Elendsverwaltung anstelle politischen Handelns

Die Versuchung, sich bei einem Text zu Armut und psychische Krankheit zunächst auf Zahlen und Statistiken zu berufen in der Meinung, dass mit einer statistisch-empirischen Grundlage Thesen, Überlegungen und daraus gezogene Schlussfolgerungen zu plausibilisieren seien und sich die Vernunft dadurch besser durchsetzen möge, ist so gross wie naiv. Bei sozialpolitischen Fragen wie Marktwirtschaft, Armut und psychischer Krankheit ist es seit längerem Mode geworden Unmengen von Statistiken, Zahlen und Berichten zu produzieren. Eine ganze Industrie sogenannter Experten wird dadurch alimentiert. Nur: **Das Produzieren von Berichten ist anstelle eines politischen Handelns getreten.**

Die Bemühungen gesellschaftspolitisch unliebsame Sachverhalte hauptsächlich statistisch zu verwalten sind deswegen – um einen Begriff des österreichischen Philosophen Robert Pfaller⁴ zu entlehnen – als „Pseudopolitik“ zu bezeichnen. Es handelt sich dabei neben dem Produzieren von Statistiken und Berichten ohne politische Handlungskonsequenz auch um Bemühungen, grosse Teile der Bevölkerung zu infantilisieren und dadurch zu entsolidarisieren. Staatliche Aktivitäten zielen dabei vorwiegend auf die pseudopolitische Regelung von Problemen, die erwachsene Menschen durchaus selber handhaben könnten, während aber die politischen Aufgaben verweigert werden. Als Beispiel seien hier nur die infantilisierenden Gesundheitskampagnen erwähnt, bei denen von der eingeschränkten Teilhabe eines Grossteils der Bevölkerung an der erwirtschafteten Produktivität des Landes abgelenkt wird wie in obigem Beispiel der höheren „Gesundheitskompetenz“ von finanziell besser gestellten Personen.

Besonders deutlich zeigt sich Pseudopolitik bei der Armutsbekämpfung und der sogenannten Gesundheitsversorgung, insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung. In beiden, voneinander nicht unabhängigen Bereichen, sind Zahlen seitens der entsprechenden Bundesämter vorhanden⁵ (Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, BASS-Studien zur Versorgungssituation oder auch dem OBSAN), ohne dass diese politische (und nicht pseudopolitische) Konsequenzen hätten. Diesbezügliche Anfragen an die entsprechenden Behörden werden in der Regel mit dem Hinweis auf weitere, noch abzuwartende Resultate von weiteren, abermals „erforderlichen“ Studien abgetan. Erst danach könne man, wie es oftmals heisst, den aktuellen Handlungsbedarf analysieren. Und die Formulierung „den Handlungsbedarf analysieren“ ist gut gewählt, macht sie doch deutlich, dass es dabei ums Handeln schon längst nicht mehr geht.

⁴ Robert Pfaller (2017): Erwachsenensprache. Über ihr Verschwinden aus Politik und Kultur.

⁵ Auch wenn man besagte Zahlen und die in Auftrag gegebenen Studien sowie ihre Methodik keineswegs unkritisch betrachten kann.

Dass es jedoch auch ganz anders gehen kann, nämlich für Schweizerverhältnisse rasend, ja wahnsinnig schnell gehen kann – wie Bundeshausredaktor Christoph Lenz im Tagesanzeiger am 16. März 2018 unter „Als wäre der Teufel hinter ihnen her“ beschrieben hat – zeigt sich anhand des Sozialdetektiv-Gesetzes. Das ungeheure Tempo, mit dem das Parlament dieses Gesetz „bereinigt“ hat, stellt nicht nur eine Machtdemonstration der Versicherungslobby dar, sondern ähnelt psychodynamisch dem Furor der heiligen römischen Inquisition gegen die Unterschicht. Es ist gut, dass sich dagegen nunmehr Widerstand regt; allerdings von privater Seite und nicht von politischen Parteien initiiert.

Auch in Deutschland zieht sich die Politik in sozialen Fragen auf Pseudopolitik zurück, wie sich in der hitzigen Debatte um die „Essener Tafel“ exemplarisch zeigte. Anlass der Diskussion, bei der sich sowohl Kanzlerin Merkel als auch Bundespräsident Steinmeier einschalteten, war der Entscheid der Essener Tafel neue Berechtigungen zum Empfang von Lebensmitteln vorübergehend nur noch an Bürger mit deutschem Ausweis zu vergeben. Die Tafeln sind ehrenamtliche Aktionen, bei denen Lebensmittel verteilt werden. Uwe Bussmann, Vorsitzender des Vereins Saarbrücker Tafel erläuterte in der Saarbrücker Zeitung vom 20.12.2017:

„1998 fingen wir an, um armen alten Frauen, z.B. Kriegerwitwen mit kleinen Renten, zu helfen, die sich weder zum Sozialamt trauten noch ihren Kindern zur Last fallen wollten. Heute kommen ganze Familien zu uns, Opas, Väter und Enkel, die nie etwas anderes kannten als ein Leben in Armut. Angetreten waren wir mit dem Anspruch, Lebensmittel zu retten und damit Menschen zu unterstützen. Inzwischen arbeiten wir an gegen die Folgen der Massenarmut. 42000 Stunden erbrachten unsere Ehrenamtlichen allein 2015. Aber den Sozialstaat können wir so nicht retten.“

Angela Merkel kritisierte den Entscheid (Berechtigung nur für deutsche Bürger) in einem RTL Interview: „Da sollte man nicht solche Kategorisierungen vornehmen. Das ist nicht gut ...“, aber es zeige auch „den Druck, den es gibt.“⁶ Und Frank-Walter Steinmeier warnte: „Die Politik muss Sorge dafür tragen, dass es nicht zu einer Konkurrenz der Bedürftigen kommt, die sich dann auch noch aggressiv äussert.“⁷

Nun, so Recht den beiden zu geben ist, so sehr stellt sich doch ernsthaft die Frage, warum Herr Steinmeier oder Frau Merkel nicht sagten, dass die Politik Sorge dafür tragen muss, dass es nicht zu Bedürftigkeit kommt?⁸

Hat man sich unter der vorherrschenden marktwirtschaftlichen Ideologie in Europa und Amerika schon längst damit abgefunden, dass Bedürftigkeit und Armut naturgegeben seien? Oder ist es noch prekärer? Stellt sich sozial- und gesundheitspolitisch europaweit zunehmend die beunruhigende Frage, wie der

⁶ www.rtlnext.rtl.de

⁷ Saarbrücker Zeitung, 7. März 2018

⁸ siehe auch Heiner Flassbeck, 14.03.2018, www.makroskop.eu.

Widerspruch aufzulösen ist, dass sich ein Sozialstaat mit seinen Institutionen der Armutsbekämpfung widmen soll, wenn er selbst einen Krieg gegen die Armen führt, wie Robert Reich, ehemaliger US-amerikanischer Finanzminister, Studienfreund und Weggefährte von Bill Clinton es auf den Punkt brachte? – Und wie konkretisiert sich diese beunruhigende Ideologie in der Schweiz? Im Schweizer Gesundheitswesen?

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 niedrigem 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.⁹ 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:

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

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

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 verweigten 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?

Teil 4:

Marktkonformität oder Gemeinwohl? Welche Demokratie soll es sein?

Wer Gelegenheit hat den Film: „I, Daniel Blake“ von Ken Loach (2016) zu sehen, kann sich, wenn er selbst noch nicht mit den Institutionen des „Sozialstaates“ in Kontakt gekommen ist, ein Bild davon machen, wie sich ebenjener Krieg gegen die Armen, von dem Robert Reich sprach, im britischen Gesundheits- und Sozialwesen und auch hier mit den Mitteln der Political Correctness, einem entsprechenden Wording und Irrsinnsvorordnungen zeigt. Europaweit setzt sich seit Längerem eine Ideologie durch, die inzwischen alle Bereiche des Lebens sowie den Menschen selbst, einem ökonomischen Bild entsprechend, verändert hat. Alle Sphären des gesellschaftlichen Lebens, also Politik, Kultur, Recht, Bildung, Familie, Gesundheit usw. werden einer finanziellen Verwertung unterworfen und gemäss dieser vermessen. Kurz: Die demokratischen Strukturen und Institutionen sind gemäss dieser Logik marktkonform zu gestalten, und das tun sie zunehmend auch brav! Denn der Wirtschaftsliberalismus ist ganz entgegen seinem Credo besonders stark auf den Staat angewiesen. Es muss ein Staat sein, der sich den Erfordernissen des „freien“ Marktes anpasst. Dies hat aber fatale Folgen für die Demokratie und die nach wie vor eher schwachen demokratischen Mitbestimmungsrechte der abhängig Beschäftigten. Und es hat, wie ich vorher versuchte zu zeigen, direkte destruktive Folgen für die Berufsausübung und den Berufsethos in vielen Berufen in vielen gesellschaftlichen Bereichen, wie dem Gesundheitswesen und somit letztlich negative Auswirkungen für das gesamte Gemeinwohl.

Angesichts der Macht und des flächendeckenden „Erfolgs“ dieser Entwicklungen, der Verstrickungen von Politik und Ökonomie und der marktkonformen Ausrichtung der Demokratien scheint es aussichtslos, etwas dagegen ausrichten zu wollen. Der Eindruck, dass man nichts machen könne und es keine Alternativen gäbe, ist allerdings selbst Bestandteil und Folge dieser mehrfach beschriebenen Ideologie. Es gibt immer Alternativen. Diese Verhältnisse sind weder gottgegeben noch naturgesetzlich, sondern von Menschen gemacht. Und man könnte es auch anders machen. Allen Tendenzen und Stimmen, die etwas anderes behaupten, ist mit Misstrauen und eigenständigem Denken zu begegnen.

Wie könnten Alternativen beschaffen sein? Wir könnten es einfach halten und sagen, es würde genügen, die bereits jetzt existierenden Hauptzielsetzungen aller Verfassungen weltweit schlicht umzusetzen. D.h. den Auftrag an die Ökonomie erteilen, das Gemeinwohl, also das Wohl und die allmähliche Verbesserung der Lebenshaltung *aller* Volksschichten zu fördern. Dazu würde u.a. gehören, dass rein gewinnorientiertes Handeln, z.B. höhere Gewinne durch auf Kosten der Gemeinschaft verursachte Schäden (Umwelt) oder Ausbeutung abhängig Beschäftigter, nicht wirtschaftlich belohnt wird, während umsichtiger handelnde Akteure der Wirtschaft dadurch einen Nachteil erhalten. Wie dies gegenwärtig auch im Gesundheitswesen der Fall ist. Ich habe z.B. noch nie von einem

(Wirtschaftlichkeits-)Verfahren gegenüber „Leistungserbringern“ gehört, die weniger Zeit für Patienten aufwenden als der statistische Durchschnitt. Warum nicht?

Man könnte neben einer grundsätzlich auf mehr Teilhabe ausgerichteten Wirtschaftspolitik, verpflichtende Grundsätze formulieren und einführen:

- „Soziale Sicherungssysteme schützen vor Absturz und Ausgrenzung.
- Öffentliche Güter ergänzen die privaten.
- Die Startchancen sind durch ein öffentliches Bildungs- und Gesundheitssystem sowie die Beschränkung des Erbrechts gleichmässig verteilt.
- Die Ungleichheit bei Einkommen und Vermögen ist begrenzt.
- Privateigentum, Gemeinschaftseigentum, Gesellschaftseigentum und Naturnutzungsrechte koexistieren massvoll.
- Unternehmen werden ab einer bestimmten Grösse am weiteren Wachstum gehindert.
- Handelsräume werden durch gemeinsame Arbeits-, Sozial-, Steuer-, Umwelt-, Transparenz- und Antikorruptionsstandards geschützt (Fairhandel statt Freihandel)¹⁰

Es geht hier weniger darum einen abschliessenden Katalog von Grundsätzen zu formulieren, und wie gesagt, kennen die meisten Verfassungen solche Grundsätze bereits. Es muss aber darum gehen die Orientierung zu erweitern. Wenn man Ökonomie und Politik nicht mehr auf Ziele, die dem Gemeinwohl dienen, verpflichtet und das längst demokratiegefährdende Anwachsen von ökonomischer Ungleichheit nicht rückgängig macht, darf man sich nicht allzu sehr über die Abkehr eines Grossteils unterschiedlicher Bevölkerungen von demokratisch verfassten Staatsformen und einer Zunahme totalitärer Ideen wundern.

Wer an der gegenwärtigen, ich nenne sie jetzt marktfundamentalistischen Ideologie festhält, produziert letzten Endes mehr oder weniger bewusst Konkurrenz unter Bedürftigen und damit letztlich Rassismus und Nationalismus, jenseits ihrer sprachlich, politisch korrekten Verortung.

¹⁰ Günter Grzega: Die Gemeinwohl-Ökonomie – eine Alternative zum Neoliberalismus, 09.04.2018; www.makroskop.eu, S.4)