

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 18 · Heft 3 · 2011

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Lebensstil und
Verantwortung**

**Lifestyle and
responsibility**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	155	
Aus aktuellem Anlass	158	Susanne Kummer Warum PID in Österreich gesetzlich verboten bleiben soll
Schwerpunkt	161	Dietrich v. Engelhardt Rechte, Pflichten und Tugenden in Gesundheit und Krankheit
	171	Giovanni Maio Zu den Grenzen der Eigenverantwortung im Präventionszeitalter
	179	Enrique H. Prat Prävention als moralische Einstellung
	187	Manfred Prisching Erziehung zum „spät-modernen“ Lebensstil
	201	R. Horst Noack Gerechtigkeit im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem
	215	Wolf Kirschner Primäre Präventionskampagnen: Was bringen sie?
	231	Thomas Czypionka Public Health in der Gesundheitsökonomie
Nachrichten	241	
Zeitschriftenspiegel	245	
Buchbesprechungen	246	

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Deak

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Deak

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Deak

Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 12. September 2011

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger



ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Die Erkenntnis, dass durch eine gesunde und vernünftige Lebensführung die Lebenserwartung erhöht und dem Auftreten bestimmter Krankheiten vorgebeugt werden kann, ist seit langem bekannt. Wie allerdings diese ziemlich simple Erkenntnis umgesetzt werden kann, bereitet seit jeher Ärzten, Soziologen, Gesundheitsökonomien und Politikern Kopfzerbrechen.

Tatsache ist, dass die Motivation zur Führung eines vernünftigen und verantwortungsvollen Lebensstils vielen Menschen große Schwierigkeiten bereitet und kaum Gehör findet. Anscheinend wird dieses Problem in den Köpfen der Menschen so behandelt wie beim Lotteriespiel, nur mit umgekehrten Vorzeichen: Jeder glaubt derjenige zu sein, den es nicht treffen wird, und wenn es dann doch passiert, fällt er aus allen Wolken.

Dazu kommt, dass die Effektivität einer Lebensstiländerung im Vergleich zu einer medikamentösen Therapie weit unterschätzt wird, was wohl auch mit der Tendenz des Menschen zur Bequemlichkeit zusammenhängen dürfte. Patienten schlucken viel lieber eine Pille, als dass sie sich dazu aufraffen, ihre Lebensgewohnheiten zu ändern.

Diese Mentalität wird freilich auch durch die Verantwortlichen im Gesundheitswesen, Ärzte und Wissenschaftler nicht unerheblich gefördert. Nicht nur in der Werbung der Pharmaindustrie, sondern in fast allen einschlägigen Publikationen wird dem Patienten suggeriert, dass durch die Einnahme von Medikamenten Herzinfarkt, Schlaganfälle ja selbst der Tod „verhindert“ werden können. In Wirklichkeit kann durch eine medikamentöse Therapie nur eine relativ geringe Verschiebung des Todeszeitpunktes bzw. des Auftretens eines Ereignisses erreicht werden, während im Vergleich dazu eine gesunde Lebensführung weitaus effektiver ist. So kann durch Rauchverzicht die Lebenserwartung um ca. acht Jahre verlängert werden; körperliches Training bringt bis zu sechs Jahre, die Einhaltung des Normalgewichtes zweieinhalb und eine gesunde Ernährung weitere zwei Jahre. Insgesamt können durch eine gesunde Lebensführung 15 bis 20 Lebensjahre gewonnen werden, während man durch eine primäre Prävention mit Medikamenten bestenfalls ein bis zwei Jahre dazugewinnen kann.

Die Frage ist also, wie dieses Problem angepackt werden soll. Die einen empfehlen eine Art Schocktherapie, indem sie dem Patienten die negativen Folgen ihrer Lebensweise drastisch vor Augen führen, andere schwören auf eine umfassende Aufklärung, die dritten appellieren an die Vernunft und das Verantwortungsbewusstsein der Menschen, wieder andere meinen, man müsse das soziale Umfeld beeinflussen, und Pessimisten sind überzeugt, dass das alles nicht hilft, sondern dass der Mensch zu seinem Glück gezwungen werden muss, und empfehlen eine Art Bonus/Malus-System, bei dem die „Guten“ eine Prämie bekommen und die „Bösen“ zur Kasse gebeten werden sollen.

IMABE griff diese und weitere Fragen im Rahmen eines Symposiums zum Thema „Lebensstil und persönliche Verantwortung“ auf, das am 12./13. Mai 2011 in Wien in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger sowie der Österreichischen Ärztekammer stattfand. In der vorliegenden Ausgabe von *Imago Hominis* findet sich nun eine in Hinblick auf die Publikation erstellte Auswahl der Vorträge, in denen schwerpunktmäßig die Fragen des Zusammenhangs von Lebensstil und Krankheit sowie Prävention und Ethik, Ökonomie und Politik behandelt werden.

Der Medizinhistoriker Dietrich von Engelhardt (Universität Lübeck) beschreibt den geschichtlichen Wandel der Rechte, Pflichten und Tugenden im Umgang mit Gesundheit und Krankheit und hinterfragt den gängigen Gesundheitsbegriff. Dazu komme heute im Gegensatz etwa zur Antike das Bild, wonach der Arzt Pflichten erfüllen muss, der Kranke aber vor allem Rechte besitzt, ein Schema, das Engelhardt kritisch hinterfragt und dem er Konzepte der Tugendethik sowie einer erneuerten Kultur der Arzt-Patienten-Beziehung entgegensetzt.

Sollte man Sanktionen bei ungesundem Lebensstil androhen? Der Medizinethiker Giovanni Maio (Universität Freiburg) lehnt dies ab und warnt vor einer Moralisierung von Krankheit. In einem Zeitalter, das geradezu ausschließlich auf Naturwissenschaft, Technik und Ökonomie setzt, wird nach Maio allzu leicht vergessen, dass Krankheiten nach wie vor nicht einfach logische Resultate von Fehlverhalten sind, sondern dass sie vielfältige Wurzeln haben, die nicht einfach kausalanalytisch berechenbar gemacht werden können – und damit den Kranken als „selbst schuld“ an seinem Zustand beurteilen. Dies käme einer Entsolidarisierung mit den Kranken gleich. Die ethische Herausforderung im Präventionszeitalter liege darin, dass die moderne Gesellschaft nicht gnadenlos mit Kranken umgeht, sondern ih-

nen zusichert, alle Unterstützung zu gewähren. Diese sei wesentlicher Bestandteil einer Prävention mit humanem Antlitz.

Wie lässt sich risikoreiches Gesundheitsverhalten reduzieren? Lebensstile werden nicht unbedingt rational gewählt, hält der Ethiker Enrique Prat (IMABE, Wien) fest. Weder Gewalt noch Zwang und/oder Druck von oben werden jemals effiziente Methoden zur Änderung des persönlichen Lebensstils sein. Prävention muss frei gewählt werden. Prat plädiert daher für eine Kultivierung der menschlichen Tugenden. Insbesondere die Tugend der Weisheit vermittelt demjenigen, der über sie verfügt, die Kompetenz, Werte und Pflichten als solche in ihrem vollen Umfang wahrzunehmen.

Der Soziologe Manfred Prisching (Universität Graz) analysiert Tendenzen wie Individualisierung, Vergemeinschaftung, Sensationalisierung und Konsumismus kritisch und diskutiert sie unter dem Gesichtspunkt des „guten Lebens“. Dabei beschreibt er die Schwierigkeiten zur Identitätsfindung der heutigen Jugend und deren widersprüchliche Neigung zu Konformität im Rahmen der Vielfalt schier unendlicher Möglichkeiten sowie mit Optionen zu deren positiver Bewältigung.

Österreich ist neben Deutschland eines der wenigen Länder, die noch am System einer solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems festhalten. Wie gerecht ist diese solidarische Finanzierung? Gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen solidarischer Finanzierung, Versorgungs- und Gesundheitsgerechtigkeit? Der Sozialmediziner R. Horst Noack (Universität Graz) geht diesen beiden Fragen am Beispiel Österreichs und Deutschlands auf Basis der verfügbaren Daten und der historischen Erkenntnisse nach – und kommt dabei zu überraschenden Ergebnissen. Der Evaluationsforscher Wolf Kirschner (Consulting, Berlin) setzt sich mit der Problematik der Effektivität von Kampagnen zur Primärprävention auseinander. Er stellt dabei exemplarisch fünf evaluierte Primärinterventionen vor und analysiert deren Wirksamkeit bzw. Gründe für deren Nichtwirksamkeit.

Public-Health-Forscher Thomas Czypionka (IHS, Wien) setzt sich in seinem Beitrag über die Prävention aus volkswirtschaftlicher Sicht mit der erstaunlich geringen Nachfrage und Compliance bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Bevölkerung auseinander und versucht in einem zweiten Teil die Schwierigkeiten einer Kosten-Nutzenbewertung und deren Einflussfaktoren aufzuzeigen.

J. Bonelli

Susanne Kummer

Warum PID in Österreich gesetzlich verboten bleiben soll

Why PID should remain prohibited by law in Austria

Der Deutsche Bundestag hat am 7. Juli 2011 mit 326 Stimmen einem Gesetzesentwurf zugestimmt, der den Gencheck an künstlich erzeugten Embryonen vor der Einpflanzung in den Mutterleib erlaubt. Zuvor hatten 228 für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik (PID) gestimmt, ohne die erforderliche Mehrheit zu erlangen.

Die Methode ist heftig umstritten: Bei der PID werden bekanntlich im Reagenzglas erzeugte Embryonen vor ihrer Einpflanzung in den Mutterleib auf genetische Fehler und Risiken untersucht und gegebenenfalls selektiert.

In Österreich ist dieses Untersuchungsverfahren, das nicht auf Therapie, sondern auf reines Aus-sortieren von Embryonen abzielt, verboten. Noch. Es werde bereits an einer Gesetzesnovellierung gearbeitet, ließen PID-Befürworter verlauten. „Es soll ein Katalog erstellt werden, auf welche Erkrankungen genau untersucht werden darf“, meinte etwa Ludwig Wildt, Direktor der Innsbrucker Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde.¹ Das Ministerium habe, so Wildt, dafür eigens eine Kommission eingesetzt, dort bestünde aber noch kein Konsens, welche Krankheiten aufgenommen werden sollen.

Genau diese Art der Vorgangsweise kritisiert die Wiener Zeitung scharf:² Es sei zu befürchten, dass die Diskussion über eine mögliche Freigabe der PID in Österreich im Gegensatz zur vorbildlichen jahrelangen Debatte in Deutschland nur „hinter verschlossenen Türen“ stattfinde. Und wenn „die Sache ins Parlament kommt, wird schon vorher klar sein, wie die Abstimmung ausgeht.“ Mehrere Indizien sprechen leider dafür. Die Debatte flackerte in Österreich nur kurz auf, die Öffentlichkeit wird mit

Erwartungs- und Heilsversprechen gelockt, statt mit Fakten informiert.

Daher die Frage: Gibt es sachliche Argumente, warum der Gen-Check bei Embryonen im Reagenzglas in Österreich auch in Zukunft gesetzlich verboten sein soll? Da nun in Deutschland die Entscheidung gefallen ist, die PID in Fällen zuzulassen, „in denen ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder „mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist“: Wäre das der ethisch saubere Kompromiss für die umstrittene Methode der Embryonenselektion in der Petri-Schale, an dem sich auch unsere Politiker orientieren sollten?

Indikationsmodell praktisch undurchführbar

Je näher man auf die einzelnen Pro-Argumente eingeht, desto dünner wird ihre Substanz. Dazu gehört zunächst die praktische Undurchführbarkeit eines Indikationsmodells, wie es die Grünen in ihrem parlamentarischen Entschließungsantrag vom 18. Mai 2011 vorschlagen. Kein Wunder, dass es „keinen Konsens darüber gibt, welche aufgenommen werden sollen“: Welche Watchlist von Krankheiten soll denn rechtens erstellt werden – und von wem – aufgrund derer dann Embryonen ausgesondert und vernichtet werden dürfen? Das Beispiel Großbritannien zeigte, dass PID auf einen begrenzten Einzelfall nach wenigen Jahren einer Gesellschaft nicht mehr gerecht wird, sobald Begehrlichkeiten nach einem Null-Fehler-Baby geweckt wurden. Die PID wurde dort 2006 legalisiert; sie kann bei der drohenden Vererbung bestimmter Formen von Krebs, Alzheimer und Muskelkrankheiten genutzt werden – insgesamt bei mehr als 160 Indikationen. Inzwischen genügt das bloße Vorhandensein

eines sogenannten Risiko-Gens – etwa des Brustkrebsgens BRCA₁, um Embryonen im Zuge der PID auszusortieren, selbst wenn bekannt ist, dass die Krankheit weder zwingend ausbrechen wird, noch allein auf dieses Risiko-Gen rückführbar ist.

33 selektierte Embryonen für ein Kind

Die Europäische Gesellschaft für Humanreproduktion und Embryologie (ESHRE) berichtet seit zehn Jahren jährlich im Fachjournal *Human Reproduction* über die Ergebnisse von weltweit 57 Instituten, die PID vornehmen. Die letzte Auswertung, die das Jahr 2007 erfasst, erschien im November 2010.³ Die Daten zeigen, dass auf einen Embryo, der es 2007 nach einer Präimplantationsdiagnostik bis zur Geburt schaffte, 33 „verbrauchte“ Embryonen kamen. Die einzelnen Selektionsschritte werden in der Auswertung minutiös aufgeführt. Aus 56.325 befruchteten Eizellen entstanden 40.713 Embryonen. Ihnen wurden 31.867 Gewebeproben zur Biopsie entnommen, 28.998 wurden diagnostiziert und 10.084 als implantierbar eingestuft. In eine Gebärmutter implantiert wurden letztlich 7.183 Embryonen. Erfolgreich war die Implantation aber nur in rund 22 Prozent der Fälle, das heißt sie führte zu 1.609 Schwangerschaften. Diese wiederum hatten 977 Geburten mit 1.206 Kindern zur Folge. Auf ein Kind kommen mithin 33,7 selektierte und verworfene Embryonen. Es erstaunt, dass in der politischen Debatte über Zulassung oder Verbot der PID diese Daten bisher ignoriert wurden.

Schwache Aussagekraft der Diagnostik

Ein anderes Argument, wonach die PID ohnehin nur nicht lebensfähige Embryonen aussortieren würde beziehungsweise die IVF-Rate steigern könnte, scheint selbst – wie Studien zeigen – unter Reproduktionsmedizinerinnen umstritten. Das praktische Problem der PID ist ihre schwache Aussagekraft in Bezug auf Chromosomenanomalien. Nicht selten werden diese nach dem Acht-Zell-Stadium dank biologischer Mechanismen unter Kontrolle

gebracht. Und es kann zu Fehldiagnosen kommen: Genmaterial, das aus zwei verschiedenen Blastomeren entnommen wird, kann zwei komplett verschiedene Ergebnisse liefern. Wird es nun ein gesundes oder ein krankes Kind?

Kann der Staat die PID begrenzen?

Nach dem Ja zur umstrittenen PID in Deutschland steht der nächste Schritt an: Wie soll dieses Gesetz umgesetzt werden? Nach der Sommerpause will die deutsche Bundesregierung per Verordnung regeln, in welchen Instituten die Paare mit Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit Gentests an Embryonen nach künstlicher Befruchtung machen lassen können. Voraussetzung für den Embryonentest ist laut Gesetz außerdem die Zustimmung einer Ethikkommission in jedem Einzelfall sowie eine Beratung der Paare. Aber in welchem Umfang und mit welcher Zielrichtung genau?

Wenn der deutsche Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery vor Heilsbotschaften an die Betroffenen warnt, ist das richtig. Die Frauen müssten „genau erfahren, was sie erwartet“. Wie bei jeder künstlichen Befruchtung ist eine Hormonbehandlung für das Heranreifen einer ausreichenden Zahl von Eizellen vorgeschaltet. Auch die Erfolgsquote von nur einem Viertel müsste man den Paaren klarmachen. „Wenn sie dann immer noch wollen, dann sollte die Indikation geprüft werden“, sagt Montgomery. Dabei geht es um die Frage, ob die elterlichen Anlagen eine Tot- oder Fehlgeburt oder schwerwiegende Erbkrankheit hochwahrscheinlich machen. Sonst darf es keine PID geben. Doch bereits jetzt ist deutlich, wie schwer, ja praktisch unmöglich es ist, die PID in der Praxis „auf Einzelfälle“ hin zu regeln. Dazu kommt der ökonomische Aspekt: Für eine PID zahlt man zwischen 2.000 und 4.000 Euro. Welches reproduktionsmedizinische Zentrum will da an diesem neuen Markt nicht mitnaschen? In Deutschland etwa gibt es mehr als 130 solcher Zentren. Für die PID reichten hingegen etwa drei aus.

Auswirkungen der PID

Ob durch die Einführung der PID die Zahl der Spätabtreibungen gesenkt werden könnte, ist mehr als spekulativ, meint dazu der Medizinethiker und Mitglied im Deutschen Ethikrat, Axel W. Bauer. Sicher ist jedoch, dass die Bandbreite von „Normalität“, die in unserer Gesellschaft künftig noch toleriert werden wird, durch die Möglichkeiten der PID deutlich schmaler werden wird. Und dass die Entscheidung im Zweifel gegen das Leben des potentiell kranken Embryos ausfällt, liegt auf der Hand. Womit das gesellschaftlich-politische Dilemma einer – wenn auch begrenzten – Freigabe der PID deutlich wird: Anders als die Pränatale Diagnostik (PND), die –ungeachtet ihres Missbrauchs in der medizinischen Praxis – auch wichtige Erkenntnisse für eine der Gesundheit des Ungeborenen dienenden Geburtsvorbereitung sowie der frühzeitigen Einleitung von Therapien dienen kann, ist die PID ein „reines Selektionswerkzeug“. Menschen fallen hier einem abstrakten Gesundheitsideal zum Opfer: Nicht Krankheiten werden eliminiert, sondern die Kranken. Das aber sollte uns als aufgeklärte Gesellschaft, deren wohl höchste Errungenschaft die Menschenrechte sind, eigentlich wachrütteln.

Referenzen

- 1 „Traum vom gesunden Kind oder Alptraum vom Designer-Baby?“, *Tiroler Tageszeitung*, 8. Juli 2011
- 2 „Die Würde des Parlaments“, *Wiener Zeitung*, online 7. Juli 2011, http://www.wienerzeitung.at/meinungen/leitartikel/289460_Die-Wuerde-des-Parlaments.html
- 3 Harper J. C. et al., *ESHRE PGD consortium data collection X. cycles from January to December 2007 with pregnancy followup to October 2008*, in: *Hum. Reprod.* (2010); 25(11): 2685-2707, doi: 10.1093/humrep/deq228

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A. 1030 Wien
skummer@imabe.org

Dietrich v. Engelhardt

Rechte, Pflichten und Tugenden in Gesundheit und Krankheit

Rights, duties and virtues in health and disease

Zusammenfassung

In der Gegenwart dominiert in den medizinethischen Diskussionen eine asymmetrische Verteilung der Rechte auf den Kranken und der Pflichten auf den Arzt, während in der Vergangenheit stets auch von Pflichten des Kranken und Rechten des Arztes die Rede war. Im Übrigen wurde ebenfalls immer wieder die Auffassung vertreten, dass sich Kranker und Arzt – wie auch Familie und Freunde – in ihrem Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod, Diagnostik und Therapie auch von Tugenden leiten lassen können. Ethik in der Medizin ist auf Prinzipien- und Tugendethik angewiesen.

Schlüsselwörter: Rechte, Pflichten, Tugenden, Arzt, Patient, Krankheit, Medizingeschichte

Abstract

Medical ethics of the present is dominated by the asymmetrical distribution of rights to the patient and duties to the physician, whereas in the past duties of the patient and rights of the physician have always been considered as important. Beyond this, the opinion was held that the patient and the physician – as well as the family and the friends – could be guided in their manner of coping with health and disease, birth and death, diagnostics and therapy by virtues. Medical ethics depends on the ethics of principles and the ethics of virtues.

Keywords: rights, duties, virtues, physician, patient, illness, history of medicine

Univ.-Prof. em. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt
Institut für Medizingeschichte und Wissenschafts-
forschung der
Universität zu Lübeck
Königstraße 42, D-23552 Lübeck
v.e@imgwf.uni-luebeck.de

I. Voraussetzungen

Die Gegenwart wird bestimmt von einer asymmetrischen Verteilung der Rechte und Pflichten auf den Kranken und den Arzt, die weder theoretisch noch praktisch überzeugen kann: Der Arzt soll Pflichten erfüllen müssen, der Kranke Rechte besitzen; von Tugenden wird kaum gesprochen. Seit der Antike, während des Mittelalters und der Neuzeit bis in die Gegenwart ist dagegen immer wieder – bei allen offenkundigen Unterschieden – von Pflichten des Kranken wie Rechten des Arztes die Rede; im übrigen wird durchgehend die Auffassung vertreten, dass Kranker und Arzt wie ebenfalls die Mitmenschen sich in ihrem Verhalten auch von Tugenden leiten lassen können und auch sollen.¹

Rechte, Pflichten und Tugenden sind gleichermaßen wichtig in der medizinischen Wirklichkeit: für Kranke, Ärzte, Pflegepersonen, für Angehörige und Freunde. Rechte und Pflichten allein reichen aber oft nicht aus; auf Tugenden als Kraft des Menschen, sittliche Überzeugungen nicht nur zu kennen, sondern sie auch zu realisieren, wird es in vielen Situationen des Krankseins und Sterbens, der Therapie und Pflege sowie des täglichen Lebens wesentlich ankommen. Nicht alles lässt sich kontrollieren und rechtlich regeln, ohne Vertrauen sind Medizin und menschliche Wirklichkeit nicht denkbar. Was medizinisch möglich und rechtlich erlaubt ist, muss nicht immer verwirklicht werden; auf präimplantative und pränatale Diagnostik, auf Abtreibung, Organtransplantation und kosmetische Eingriffe kann auch bewusst und freiwillig verzichtet werden.

Von der Tugendethik unterscheidet sich die Prinzipienethik. Ethische Prinzipien dienen der Beurteilung des Verhaltens, bringen es aber nicht notwendig hervor, worauf Tugenden jedoch zielen. Wissen (knowledge), Fähigkeiten (skills), Haltungen (attitudes) und Verhalten (behaviour) müssen unterschieden und aufeinander bezogen werden. Die Ethik des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit wird von philosophischen und anthropologischen Voraussetzungen, von politisch-juristischen

und wirtschaftlich-sozialen Verhältnissen, von individuellen Bedingungen und nicht zuletzt vom diagnostisch-therapeutischen Fortschritt der Medizin beeinflusst.

Einschränkungen müssen hingenommen und human beantwortet werden. Von Kindern, Geisteskranken, Dementen und Bewusstlosen können Rechte, Pflichten und Tugenden nicht oder nur bedingt erwartet werden. Im gesunden Zustand können Vorstellungen, Wünsche und Gefühle nach Schlaganfällen oder einer Alzheimer Erkrankung nicht im Voraus gewusst und prognostiziert werden. Patientenverfügungen müssen deshalb prinzipiell diese anthropologische Grenze berücksichtigen. Stets von neuem muss zwischen Wohl (salus) und Willen (voluntas) des Kranken ein Ausgleich gefunden werden wie ebenfalls zwischen Bedürfnissen des Einzelnen und Ansprüchen der Gesellschaft.

Rechten, Pflichten und Tugenden stehen Verfehlungen, Laster und auch Verbrechen gegenüber, von denen gesunde wie kranke Menschen, Ärztinnen wie Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und Freunde keineswegs frei sind.

Rechte können als Ansprüche verstanden werden, die der Rechtsordnung und Autonomie des Menschen entsprechen und die sich juristisch einklagen lassen; in einem weiteren Sinne wird von Rechten aber auch als Ansprüchen jenseits von Gesetz und Gericht gesprochen. Abweichende Auffassungen herrschen über die Rechte von Kindern, Säuglingen und selbst von Tieren und Pflanzen. Recht meint hier aber meist nur Respekt vor dem Eigenwert und den spezifischen Bedürfnissen des Individuums oder der biologischen Spezies und weniger oder überhaupt nicht die bewusste und vernunftorientierte Selbstverantwortung. Für das Kind (lat. infans = nicht für sich selbst sprechen können) liegt die Verantwortung bei den Eltern oder dem Vormund, in der Antike vor allem beim Vater, seit dem Hellenismus dann zunehmend auch bei der Mutter.

Rechte und Pflichten sind aufeinander bezogen. Über ihr wechselseitiges Verhältnis führt He-

gel (1770 – 1831) aus: „Dasselbe, was ein Recht ist, ist auch eine Pflicht, und was eine Pflicht ist, ist auch ein Recht.“⁴² Eine einseitige Verteilung von Rechten und Pflichten könne nur negative Folgen für Gesellschaft, Staat und Menschheit haben: „Wären auf einer Seite alle Rechte, auf der anderen alle Pflichten, so würde das Ganze sich auflösen.“⁴³ Die Vielfalt möglicher Pflichten gliedert Hegel in Pflichten gegenüber sich selbst, gegenüber der Familie, gegenüber dem Staat und gegenüber der Menschheit; auf gleiche Weise lassen sich auch die Rechte unterteilen. Kant (1724 – 1804) betont den Unterschied zwischen einem pflichtgemäßen oder legalen Handeln einerseits und einem sittlichen Handeln aus Pflicht oder Nötigung durch die praktische Vernunft und ohne äußeren Zwang andererseits. „Pflicht ist Notwendigkeit einer Handlung aus Achtung fürs Gesetz.“⁴⁴

Tugenden müssen sich gegenüber individuellen Neigungen und Trieben und sozialem Druck bewähren. Kant versteht unter Tugend die „Stärke in der Selbstbeherrschung und Selbstüberwindung in Ansehung der moralischen Gesinnung.“⁴⁵ Nach Hegel sollen Tugenden, wenn sittliche Verhältnisse real existieren, im Grunde keine Rolle mehr spielen und nur noch in besonderen Situationen von Bedeutung sein. „Unter einem vorhandenen sittlichen Zustande, dessen Verhältnisse vollständig entwickelt und verwirklicht sind, hat die eigentliche Tugend nur in außerordentlichen Umständen und Kollisionen jener Verhältnisse ihre Stelle und Wirklichkeit.“⁴⁶ Geburt, Krankheit und Tod können zu diesen außerordentlichen Umständen gerechnet werden, bei denen sich in der Tat auch immer wieder Kollisionen ergeben können. Tugend hält Hegel nicht für eine Frage der Intelligenz, Begabung oder Genialität, der Vererbung oder sozialen Herkunft. Tugend könne viel mehr vorgelebt und auch gelernt werden: „denn die Tugend ist etwas Allgemeines, von allen Menschen zu Forderndes, und nichts Angeborenes, sondern etwas in dem Individuum durch dessen eigene Tätigkeit Hervorzubringendes.“⁴⁷

II. Erfahrungen der Vergangenheit

Geschichte ist gelebte, nicht fiktive Wirklichkeit, Geschichte manifestiert die Möglichkeiten des Menschen in den Höhen wie in den Tiefen, im Gelingen wie Versagen, in den Chancen wie Risiken, in der Abhängigkeit von sozialen und kulturellen Verhältnissen. Die überlieferten realen Erfahrungen der Vergangenheit sind stimulierende Anregungen für die Gegenwart und Zukunft der Medizin und Lebenswirklichkeit.

1. Antike

Von einer Ethik nicht nur des Arztes, sondern auch des kranken Menschen und seiner Mitwelt wird in der Antike wiederholt gesprochen. Die Kardinaltugenden Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Bescheidenheit sollen für alle Menschen in Gesundheit und Krankheit leitend sein. In den Epidemienbüchern der hippokratischen Schriftensammlung (*Corpus Hippocraticum*) wird die Mitarbeit des Kranken für notwendig erklärt: „Der Kranke muss zusammen mit dem Arzte sich gegen die Krankheit wehren.“⁴⁸ Unterschieden wird in jener Epoche neben Gesundheit und Krankheit der als normal geltende Zwischenzustand der „Neutralität“; der Mensch ist weder ganz gesund noch ganz krank, es gibt Gesundheit in der Krankheit und Krankheit in der Gesundheit. Medizin ist die Wissenschaft der Gesundheit, Krankheit und Neutralität.

Den Begriffen von Gesundheit und Krankheit entsprechen Welt- und Menschenbilder mit ethischen Konsequenzen, spezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen – auf Seiten der Gesunden wie Kranken. Lebenskunst (*ars vivendi*) meint den Umgang als Diätetik mit sechs Lebensbereichen: Luft und Licht, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Essen und Trinken, Ausscheidungen sowie Gefühle. Von fundamentaler Bedeutung für die Medizin und die menschliche Wirklichkeit ist der hippokratische Aphorismus: „Das Leben ist kurz, die Kunst lang, der günstige Augenblick flüchtig, der Versuch trügerisch, die Entscheidung schwer.“⁴⁹

Diese Sätze gelten nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Kranken, seine Angehörigen und die Gesellschaft: „Nicht allein der Arzt muss in seinem Tun diese Bedingung einsehen, auch der Patient, seine Angehörigen und die Umwelt müssen sich an diese Wahrheit halten.“¹⁰ Solidarität nicht nur als verbale Anteilnahme, sondern als tätige Unterstützung beobachtet Herodot mit Zustimmung in Babylon: „Kranke werden auf den Markt getragen; denn sie haben keine Ärzte. Vorübergehende geben dem Kranken gute Ratschläge, Leute, die an derselben Krankheit gelitten haben oder einen anderen an ihr haben leiden sehen... Schweigend an dem Kranken vorüberzugehen, ist nicht erlaubt. Jeder muss fragen, was für eine Krankheit er hat.“¹¹

Von Aufklärung und Einwilligung des Kranken ist im hippokratischen Eid mit seinen Verboten des Schwangerschaftsabbruches, der aktiven Euthanasie und des Steinschnittes und seinen Geboten der Verschwiegenheit, des Nutzens, der Schadens- und Unrechtsabwehr, des Respekts vor jedem Patienten sowie der Geheimhaltung des ärztlichen Wissens nicht oder nicht explizit die Rede, wohl aber von der Hochschätzung des menschlichen Lebens, von der Tugend im Denken und Handeln des Arztes, die auch vom Kranken im Umgang mit seiner Krankheit zu erwarten ist.

Platos (427 – 348/ 47 v. Chr.) Unterscheidung eines Arztes für Freie und eines Sklavenarztes hat Konsequenzen auch für den Kranken und seine Angehörigen.¹² Aufklärung und Einwilligung kennzeichnen das Verhältnis zwischen dem Arzt für Freie und dem freien Kranken, Anweisung und Gehorsam dagegen das Verhältnis zwischen dem Sklavenarzt und dem Kranken als Sklaven. Der freie Arzt belehrt den freien Kranken und lernt selbst von ihm, er verschreibt ihm nicht eher eine Therapie, als „bis er ihn irgendwie davon überzeugt hat.“¹³ Aufgeklärte Einwilligung – heute informed consent genannt – ist bereits eine Vorstellung der Antike und nicht erst des 20. Jahrhunderts. Ein dritter Arzttyp ist der medizinisch gebildete Laie. Nach Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) kann jeder Mensch medizinische

Kenntnisse erwerben und damit Verantwortung für seine Gesundheit und Krankheit übernehmen; als Arzt könne auch der „fachlich Gebildete“¹⁴ bezeichnet werden, der keine professionelle Ausbildung in der Medizin erhalten habe.

Geburt und Tod stellen in jener Zeit wie auch heute besondere Herausforderungen an gesunde wie kranke Menschen. Abtreibung und Suizid werden im hippokratischen Eid verurteilt, während nach der Stoa der Mensch selbst über Leben und Tod entscheiden können soll. Die Beihilfe zum Selbstmord, um die Seneca im Jahre 65 n. Chr. angesichts der politischen Verfolgung durch den tyrannischen Kaiser Nero (37 – 68 n. Chr.) seinen Arztfreund und von ihm freigelassenen Sklaven Statius Annaeus (1. Jh. n. Chr.) bittet, wird ihm von diesem auch nicht versagt. Unter Euthanasie (abgeleitet vom griechischen *εὐθανασία* (euthanasia) „ein leichter und/oder schöner Tod“ als Zusammensetzung des griechischen *εὖ* (eu) „gut“ und *θάνατος* (thanatos) „Tod“) wird in der Antike aber nicht die aktive Lebensbeendigung durch den Arzt, sondern ein glücklicher und ehrenwerter Tod verstanden („felix et honesta mors“), für den der Sterbende selbst auch verantwortlich ist.

2. Mittelalter

Im Mittelalter stehen Ethos und Ethik des Kranken und Arztes unter dem Gedanken der Transzendenz. Christus verleiht mit seinem Leiden und seiner Zuversicht im Sterben („passio Christi“) jedem Kranken und Sterbenden wie auch den Angehörigen und Freunden Kraft und Trost. Als Heiland („Christus medicus“) lenkt Christus ebenso das ärztliche Handeln. Spiritualität besitzt therapeutische Wirkung, wie auch Thomas von Aquin (1225 – 1274) hervorhebt: „Deshalb lindert die Wahrheitsbetrachtung die Betrübnis oder den Schmerz.“¹⁵

Krankheit und Schmerz werden auf Erbsünde, Besessenheit, Prüfung durch Gott und nicht nur auf individuelle Schuld und biologische Ursachen zurückgeführt, haben auch keineswegs nur negative Bedeutung. In krassem Gegensatz zu heutigen

Auffassungen kann im Mittelalter von „heilsamer Krankheit“ („sanitas perniciosa“) und „verderblicher Gesundheit“ („infirmetas salubris“)¹⁶ gesprochen werden. Religiöses Mitleid („misericordia“) geht über antike Menschenliebe („philanthropia“) weit hinaus. Das Spektrum individueller und sozialer Einstellungen und Verhaltensweisen ist auch in dieser Epoche weitgespannt – auf der einen Seite aufopfernde Zuwendung und Gründung von Hospitälern zur Aufnahme aller Menschen in Not, auf der anderen Seite Isolation und Verstoßung von Leprakranken.

Hiob im Alten Testament ist eines der großen Beispiele für Prüfung und nicht Schuld sowie zugleich für mangelnde Solidarität. In Hiobs Klage verbinden sich physischer Schmerz, soziale Isolierung, individuelle Trauer und religiöse Verzweiflung: „Ich schreie zu dir, aber du antwortest mir nicht; ich stehe da, aber du achtest nicht auf mich. Du hast dich mir verwandelt in einen Grausamen und streitest gegen mich mit der Stärke deiner Hand.“¹⁷ Trotz seiner Schmerzen und seiner Verzweiflung unterwirft sich Hiob dem Willen Gottes, während seine Frau seine Einstellung und sein Verhalten für sinnlos hält und ihn mit den Worten „Hältst du noch fest an deiner Vollkommenheit? Fluche Gott und stirb!“¹⁸ auffordert, sich von Gott abzuwenden und sein Leben zu beenden.

Die antiken Kardinaltugenden Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Bescheidenheit werden durch die christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung ergänzt, die für jeden gesunden und kranken wie helfenden Menschen Maßstab und Hilfe sein können. Der Kranke soll tapfer sein im Leiden und bescheiden in der Gesundheit; er soll mit seiner Krankheit die Mitmenschen in ihrem Leben nicht gefährden; er soll die Hoffnung nicht aufgeben und auch im Sterben nicht verzweifeln. Damals wie heute sind Versagen und Fehlverhalten verbreitet. Von Papst Gregor dem Großen (540 – 604) stammt die Unterscheidung von fünf geistigen (Hochmut, Zorn, Neid, Geiz, Faulheit) und zwei körperlichen Lasten (Völlerei und Wollust).¹⁹

Ebenso ist tugendhaftes Verhalten mehrfach überliefert. Die Äbtissin, Naturforscherin und Ärztin Hildegard von Bingen (1098 – 1179) stellt mit ihrem Leben ein bewegendes Beispiel für den Umgang mit Kranksein und Sterben dar. In einer zeitgenössischen Biographie dieser stets von Schmerzen geplagten Frau wird gesagt: „Doch wie sich im Feuerofen das Gefäß des Töpfers bewährt, so gelangt im Leiden die Tugend zur Vollendung. Beinahe von Kindheit an hatte sie fast ständig an schmerzlichen Krankheiten zu leiden, so dass sie nur selten gehen konnte. Und da ihr ganzer Körper ununterbrochen Schwankungen unterworfen war, glich ihr Leben dem Bild eines kostbaren Sterbens.“²⁰

Von Franz von Assisi (1181/ 82 – 1226), der seinerseits ständig an qualvollen Krankheiten zu leiden hat, werden Menschen gepriesen, die an ihrer Krankheit und Trübsal nicht zerbrechen („sostengono infirmitate et tribulatione“) und anderen Menschen verzeihen können („quelli che perdonano“). Seine eigenen körperlichen Schmerzen soll der Heilige willig ertragen und sie bewusst vor den Mitmenschen, um diese nicht zu betrüben, zu verbergen gesucht haben: „Warum zeigst du nach außen deine Trauer und deinen Schmerz über das, was dich innerlich quält? Deine Schwermut soll nur zwischen dir und Gott stehen.“²¹ Lebenskunst (ars vivendi) heißt immer auch Krankheitskunst (ars aegrotandi) und Sterbekunst (ars moriendi). Der Tod gehört zentral zum Leben; wer zu leben versteht, muss auch zu sterben wissen, gelingendes Leben schließt gelingendes Sterben ein.

3. Neuzeit

Mit der Säkularisierung, Naturalisierung und Individualisierung seit der Renaissance werden neue Orientierungen vertreten mit tiefgreifenden Folgen für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Sterben; das Paradies wird verweltlicht, bereits im Diesseits und nicht erst im Jenseits sollen ewiges Leben, Jugend, Schönheit und Gesundheit erreicht werden können. Sterben und Tod werden verdrängt. Euthanasie bedeutet Lebensbeendi-

gung und Sterbebeistand, Suizid und Abtreibung können gerechtfertigt, Leiden, Behinderung und Krankheit biologistisch, utilitaristisch, evolutionistisch abgewertet werden. Naturwissenschaften und Medizin erhalten mit diesen Zielen eine machtvolle innere Dynamik, die kaum gebremst oder in bestimmte Richtung gelenkt werden kann.

Gleichzeitig behalten christliche und philosophische Traditionen auch weiterhin für viele Menschen bis in die Gegenwart ihr Gewicht. Die Würde des Menschen besteht für den gläubigen Humanisten Pico della Mirandola (1463 – 1494) nicht im Verzicht auf Veränderung der äußeren und eigenen Natur, sondern liegt gerade in der Freiheit des Handelns und des Unterlassens; nicht alles, was der Mensch tun kann, soll er auch tun: „Du kannst zum Niedrigeren, zum Tierischen entarten; du kannst aber auch zum Höheren, zum Göttlichen wiedergeboren werden, wenn deine Seele es beschließt.“²² Der Theologe Blaise Pascal (1623 – 1662) hält die Krankheit für den „natürlichen Zustand des Christen“²³, da man in dieser Situation aller Güter und Sinnesfreuden ledig sei und sich auf die wahren Fragen des Lebens konzentrieren könne. Der Philosoph Michel de Montaigne (1533 – 1592) spricht von „heilsamen Krankheiten“ („maladies salutaires“)²⁴ und will von den eigenen Kolikschmerzen den Gewinn gehabt haben, dass sie erreichen werden, „was ich selbst nicht über mich vermocht hatte, mich völlig mit dem Tode auszuöhnen und zu befreunden.“²⁵

Intensiv sind die Auseinandersetzungen mit den Rechten, Pflichten und Tugenden des Patienten in der Epoche der Aufklärung.²⁶ Die sieben körperlichen und sieben geistigen Werke der Barmherzigkeit (*opera misericordiae*) aus dem christlichen Mittelalter wirken weiter, auch wenn sie explizit nicht zitiert werden. Die Bewältigung von Krankheit kann in Klassik und Romantik um 1800 positiv beurteilt werden. Chronische Krankheiten können nach Novalis (1772 – 1801) zu „Lehrjahren der Lebenskunst und Gemütsbildung“²⁷ werden. Die Kunst des Krankseins zählt der Mediziner und

Maler Carl Gustav Carus (1789 – 1869) zur „Lebenskunst, d. h. der Kunst, ein schönes, menschliches Leben auf reine, edle Weise und zum wahren inneren Glück und höherer, innerer Entwicklung der Persönlichkeit zu leiten und zu vollenden.“²⁸

Die Trennung der Natur- und Geisteswissenschaften sowie die naturwissenschaftliche Grundlegung der Medizin während des 19. Jahrhunderts bringen eindrucksvolle diagnostische und therapeutische Fortschritte mit sich. Lebensquantität und Lebensqualität werden durch Anästhesie, Antisepsis und Bakteriologie wesentlich gesteigert, zugleich kommt es zu anthropologischen Verlusten, zu Reduktionen von Gesundheit und Krankheit auf Objektivität und Biologie. Der Gedanke von Pflichten oder Tugenden des Kranken tritt in den Hintergrund, wird aber noch weiter vertreten.

Der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers (1883 – 1969) hat in seinem eigenen lebenslangen Leiden an Bronchiektasen und sekundärer Herzinsuffizienz erfahren, welche Gratwanderung chronisch Kranke im Umgang mit ihrer Krankheit zu bewältigen haben: „Die Aufgabe war, sie fast ohne Bewusstsein richtig zu behandeln und zu arbeiten, als ob sie nicht da sei. Alles musste nach ihr gerichtet werden, ohne an sie zu verfallen.“²⁹ Neben der sozialen Verstoßung des Kranken als Rückfall in die Barbarei wird von Jaspers die alleinige Orientierung am Glücksempfinden des Kranken als Verkehrung christlicher Caritas abgelehnt. Von grundlegender Bedeutung für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, für Leiden und Sterben erklärt Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957) die „pathische“ Verfasstheit oder „kreuzförmige Natur“³⁰ der Welt insgesamt. Krankheit müsse letztlich im „pathischen Pentagramm“ des ‚Könnens‘, ‚Müssens‘, ‚Sollens‘, ‚Wollens‘ und ‚Dürfens‘ begriffen werden.³¹ Am Kranken können sich nach dem Philosophen Eduard Spranger (1882 – 1963) die ethischen Reserven der menschlichen Natur ebenso zeigen wie die Zerbrechlichkeit der Kultur, „hinter dessen Fassade eine ursprüngliche Bosheit lebt.“³²

III. Herausforderungen der Gegenwart

Medizinische Ethik setzt sich aus einer Binnenstruktur und aus Außenbedingungen zusammen. Die Binnenstruktur besteht aus den drei Zentren: der Kranke, der Arzt und die Gesellschaft sowie den zwischen diesen Zentren bestehenden Relationen. Die Außenbedingungen sind Ökonomie, Politik und Recht, Künste, Philosophie und Theologie sowie der Stand der Medizin in Theorie und Praxis. Auf allen Ebenen ist Gelingen wie Scheitern möglich, überall spielen Rechte, Pflichten und Tugenden eine Rolle – wie aber auch ihre Gegensätze: Bequemlichkeit, Egoismus, Verfehlungen, Laster, Delinquenz.

Bereits in der Theorie der Gesundheit und Krankheit, der Diagnose und Prognose, des Therapieziels, der Arzt-Patienten-Beziehung sind ethische Dimensionen offensichtlich. Nach empirischer Befragung des amerikanischen Forschers Zbigniew Jerzy Lipowski (1924 – 1997) verbindet der Laie mit Krankheit vor allem acht Interpretationen, die mit jeweils spezifischen Möglichkeiten sittlichen Verhaltens verbunden sind: Herausforderung, Erleichterung, Feind, strategische Möglichkeit, Bestrafung, Verlust oder Beschädigung, Schwäche, Wertsteigerung.³³

Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang die bekannte Definition der Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1947, da an sie nicht nur Erwartungen, sondern auch Forderungen geknüpft werden: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung.“³⁴ Für diese Definition spricht ihre ganzheitliche Orientierung: Krankheit und Gesundheit werden nicht nur biologisch definiert, sondern stellen ebenso soziale, seelische und geistige Erscheinungen dar. Weniger überzeugend sind dagegen die strikte Entgegensetzung von Krankheit und Gesundheit und die normative Identifizierung von gesund als positiv und krank als negativ. Ein Recht auf Gesundheit kann es nicht geben. Gesundheit

kann – additiv, nicht alternativ – angemessener als Fähigkeit des Menschen verstanden werden, mit Krankheit und Behinderung leben und sein eigenes Ende akzeptieren zu können. Medizin ist dann der Versuch, heilen zu wollen, was letztlich nicht zu heilen ist, und das jeden Tag immer wieder mit Engagement und Freude zu tun.

Alter, Geschlecht und spezifische Krankheit sind mit jeweils besonderen Anforderungen an Rechte, Pflichten und Tugenden verbunden. Der Kranke soll dem Arzt seine Beschwerden wahrheitsgemäß mitteilen, soll weder simulieren noch dissimulieren und auch in der Therapie mit ihm kooperieren, er soll tapfer sein im Leiden und vor allem in chronischen Krankheiten.

Der Kranke hat aber auch das Recht, die Therapie abzulehnen oder auf Aufklärung zu verzichten; es gibt ein Recht auf Nichtwissen, wenn andere Menschen nicht gefährdet sind. In der Bewältigung der Schmerzen und des Leidens können Kranke nicht selten einen höheren Zustand des Menschseins erreichen und vorleben als Gesunde. Von tugendhaftem Verhalten wird wiederholt im Umgang von kranken und sterbenden Kindern mit ihrem Leiden und baldigen Tod sowie in ihren Kontakten zu ihren Eltern und Geschwistern berichtet.³⁵ Im Blick auf Krankheit und Behinderung im Alter hat der Theologe Romano Guardini (1885 – 1968) mit Recht festgestellt: „Was helfen aber alle Gerontologie der Medizin und alle Fürsorge der Sozialpflege, wenn nicht zugleich der alte Mensch selbst zum Bewusstsein seines Sinnes gelangt?“³⁶

Jede medizinische Disziplin ist in Diagnostik, Therapie und Forschung mit besonderen Bedingungen für den Kranken verbunden, jede Krankheit zieht charakteristische Konkretisierungen der Rechte, Pflichten und Tugenden nach sich. Wesentlich sind Kommunikation, Empathie und sozialer Kontext als Beziehung der Gesunden zu Kranken, der Kranken aber auch zu Gesunden, der Kranken zu anderen Kranken sowie der Gesunden untereinander im Blick auf Kranke. Neben der Realität bieten Literatur und Künste stimulierende Beispiele.

Der Epileptiker Fürst Myschkin in Fjodor Michailowitsch Dostojewskijs (1821 – 1881) Roman *Der Idiot* (1868/69) akzeptiert sein Nervenleiden, ganz im Unterschied zum lungenkranken Ippolit Terentjeff, der seine Krankheit und sein Sterben nicht hinnehmen kann. Auf die gehässigen Attacken von Terentjeff reagiert der Fürst mit Verständnis und Nachsicht, für sein Aufbegehren gegen den Tod findet er das tiefe und menschliche Wort: „Gehen Sie an uns vorüber und verzeihen Sie uns unser Glück.“³⁷ Aus eigenem Erleben ist Franz Kafka (1883 – 1924) überzeugt: „Der Kranke ist vom Gesunden verlassen, aber der Gesunde vom Kranken auch.“³⁸ In Elsa Morantes (1912 – 1985) Roman *La Storia* (1974) steigert die Epilepsie die Fähigkeiten von Ida Mancusi, sich nicht nur liebevoll, sondern auch kenntnisreich ihrem ebenfalls an Epilepsie erkrankten Sohn Useppe beizustehen. An seinen Anfällen erlebt sie, was sie selbst bei ihren Anfällen wegen der Bewusstlosigkeit nicht erleben kann. „Und diesmal sah Ida mit eigenen Augen den ganzen Anfall vom ersten Augenblick an, da der Schrei ausgestoßen wurde und Useppe, wie von einem mörderischen Raubtier angefallen, zu Boden stürzte.“³⁹ In Honoré de Balzacs (1799 – 1850) Roman *Die Grenadière* (1832) plädiert die sterbende Gräfin Brandon gegenüber ihrem Sohn für Selbstbeherrschung und Verbergen der eigenen Leiden und Krankheiten: „wir müssen unsere Schmerzen einsargen, damit die Augen Fremder sie nicht sehen; denen müssen wir ein lachendes Gesicht zeigen, vor ihnen niemals von uns selbst sprechen, uns mit ihnen beschäftigen: wenn diese Lebensregeln im Familienkreis angewandt werden, so sind sie dort eine der Ursachen des Glücks.“⁴⁰

In Gesundheit wie Krankheit steht der Mensch vor der PIK-Frage: Was bedeuten und wie erhalten oder verändern sich in der Lebensentwicklung, im Übergang von Gesundheit zu Krankheit und im Alter Personalität, Identität und Kontinuität? Besondere Herausforderungen an Umwelt, Angehörige und Freunde, stellen psychische Erkrankungen, Schlaganfälle und Demenz dar, um Antworten auf diese drei Dimensionen zu finden.

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit hängt mit dem Verständnis der Lebensqualität oder Lebenskunst zusammen, die aus verschiedenen Dimensionen besteht und vor allem in Lebensquantität oder der Länge des Lebens nicht aufgehen kann: 1. physisch (Schmerzfreiheit/Mobilität), 2. psychisch (Zufriedenheit/Hoffnung), 3. sozial (Arbeit/Kontakte), 4. geistig (Interessen/Glaube), 5. Selbsturteil – Fremdbeurteilung, 6. Veränderungen während des Lebens, 7. Veränderungen im Krankheitsverlauf, 8. Krankheits- und Sterbenskunst.

In Zeiten knapper Ressourcen – wie etwa dem Mangel an Organen – gibt es vielfältige Möglichkeiten für gesunde wie kranke Menschen, Tugenden der Bescheidenheit und Tapferkeit, der Liebe und Hoffnung zu zeigen; ein Recht auf ein Organ kann es ebenso wenig geben wie eine Pflicht zur Organspende. Enge und erweiterte Zustimmungslösung und Widerspruchslösung sind unterschiedliche Positionen im Verhältnis von individueller Autonomie und sozialer Solidarität. Auf die Fortsetzung kostspieliger Therapien, die mit wenig Lebenszeit oder einer Verringerung der Lebensqualität verbunden sind, kann ebenso wie auf die Transplantation von Organen zugunsten anderer Menschen verzichtet werden. Pränatale und präimplantative Diagnostik nicht in Anspruch zu nehmen, kann ein Zeichen des Mutes gegenüber gesellschaftlichem und auch familiärem Druck sein.

Aufklärung entfaltet sich im Spektrum zwischen eingeschränkter diagnostischer Information einerseits und Solidarität in der Wahrheit in der Situation des Krankseins andererseits, was weit über die Mitteilung der Diagnose hinausgeht. Aufklärung und Einwilligung garantieren an sich nicht immer ethisches Niveau; sie können sich auch – zum Beispiel bei einem Forschungsprojekt – auf unsittliche oder inhumane Inhalte beziehen. Ethik der Aufklärung verwirklicht sich erst mit der Beachtung der Autonomie und Würde des Kranken sowie der Sitte und Gesetze; im Grunde sollte deshalb zutreffender auch von „moral and legal informed consent“ gesprochen werden.

Wenn der Wille nicht mehr ausgesprochen und erkannt werden kann, gibt die Würde den entscheidenden Maßstab des ärztlichen und pflegerischen Handelns ab; „voluntas“ und „salus“ des Kranken gehören zusammen. Autonomie setzt den Bezug zur Vernunft („nomos“) als Selbstbestimmung („autos“) oder den Respekt vor den Mitmenschen im Sinne der bekannten und auch für den Kranken gültigen Formulierung von Kant voraus: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“⁴¹ In dieser Bestimmung verbinden sich Wille und Würde oder Wunsch und Wohl.

Die Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten – Allokationsethik – stellt die Frage nach dem Verhältnis von Gesunden und Kranken und der Generationen, dem Verhältnis der Nah- und Fernethik. Auch hier können neben Rechten und Pflichten ebenfalls Tugenden eine wichtige Rolle spielen; das Wort vom Generationenvertrag bezeichnet nur die äußere oder juristische Dimension. Solidarität ist hier nicht nur vom gesunden, sondern auch vom kranken Menschen gefragt. Auf die moderne Medizin werden die Menschen bei allen Einwänden und aller Skepsis weder verzichten wollen noch können; notwendig ist aber stets von neuem die anthropologisch-ethische Durchdringung der Medizin, notwendig ist allgemein im Gesundheitswesen die Verbindung von Technik, Wissenschaft und Humanität.

Von Pflichten und sogar Tugenden des Kranken – neben seinen Rechten – zu sprechen, kann nicht heißen, seine spezifische Situation zu übersehen; ein Mensch in Not wird im allgemeinen Pflichten und Tugenden nicht in dem Maße übernehmen können wie ein Mensch als Helfer. Gehören Pflichten und Tugenden zur „Natur“ des Menschen, wird ihnen auch in Krankheit und Sterben begegnet werden können; der Mensch bleibt auch in der Krankheit ein soziales und vernünftiges Wesen und kann für seine Mitmenschen sogar zu einem Vorbild im Umgang mit seinem Leiden und seiner

Behinderung werden. Selbst der sterbende Mensch hat nicht nur Rechte, auch er kann in dieser Situation noch Pflichten erfüllen und sogar Tugenden zeigen. Sterben und Tod sind Grenzsituationen für jeden Menschen – wie auch für die moderne Medizin, die Gesellschaft und die Kultur.

Entscheidend für die Trias Rechte, Pflichten und Tugenden ist die Bejahung des fragmentarischen Lebens: Gesundheit wünschen, aber Leiden, Behinderung und Krankheit annehmen; Autonomie unterstützen, zugleich auf ihren Verlust empathisch und menschlich reagieren; Zufall und Schicksal bejahen; Wohl und Wille in einen Ausgleich bringen; in Lebensqualität mehr als Arbeits- und Sozialfähigkeit sehen; schließlich Natur, Individuum, Gesellschaft und Kultur oder immanente Solidarität und transzendente Ganzheit verbinden oder Lebenskunst („ars vivendi“) als Kunst des Krankseins („ars aegrotandi“), Kunst des Sterbens („ars moriendi“) und Kunst des Beistands („ars assistendi“) verstehen.

Referenzen

- 1 Brody H., *Patients' responsibilities, I. Duties of patients*, in: Reich W. T. (Hrsg.), *Encyclopedia of bioethics*, Bd. 4, New York (1994), S. 1921-1923
Engelhardt D. von, *Ethos und Ethik des Kranken in Vergangenheit und Gegenwart – Rechte, Pflichten, Tugenden*, Zeitschrift für medizinische Ethik 2003; 49: 3-19
Kopolow L. E., *Patients rights, II. Mental patients' rights*, in: Reich W. T. (Hrsg.), *Encyclopedia of bioethics*, Bd. 4, New York (1994), S. 1927-1934
Leenen H., Gevers S., Pinet G., *The rights of patients in Europe. A comparative study*, Deventer (1993)
Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The virtues in medical practice*, New York (1993)
Shelp E. E. (Hrsg.), *Virtue in medicine*, Dordrecht (1985)
- 2 Hegel G. W. F., *System der Philosophie. Dritter Teil. Die Philosophie des Geistes* (1830), in: *Sämtliche Werke*, Bd. 10, Stuttgart-Bad Cannstatt 4(1965), §486, S. 383
- 3 Hegel G. W. F., *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, (1821), in: *Sämtliche Werke*, Bd. 7, Stuttgart-Bad Cannstatt 4(1964), §155, Zusatz, S. 236
- 4 Kant I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, (1785), Hamburg (1994), S. 18
- 5 Menzer P. (Hrsg.), *Eine Vorlesung Kants über Ethik*, Ber-

- lin (1924), S. 91
- 6 Hegel G. W. F., Ref. 2, §150, Zusatz, S. 231
 - 7 Hegel G. W. F., Ref. 2, §395, Zusatz, S. 89
 - 8 Müri M.: *Der Arzt im Altertum*, München (1938), S. 9
 - 9 Engelhardt D. von, *Ars longa, vita brevis: Historischer Hintergrund und aktuelle Bedeutung des hippokratischen Aphorismus, Imago Hominis* (2011); 18: 93-102
 - 10 Kapferer R., Sticker G. (Hrsg.), *Die Werke des Hippokrates*, Teil 14, Stuttgart (1934), S. 23
 - 11 Herodot, *Historien* (450 – 425 v. Chr.), Stuttgart (1971), S. 90
 - 12 Wehrli F., *Der Arztvergleich bei Plato*, Museum Helveticum, 1951; 8: 177-184, erneut in: Wehrli F., *Theoria und Humanitas*, Zürich (1972), S. 206-214
 - 13 Plato, *Gesetze* (347 v. Chr.), Buch IV, 720d, in: *Werke*, Bd. 8, 1. Teil, Darmstadt (1977), S. 269
 - 14 Aristoteles, *Politik* (335 – 323 v. Chr.), Buch III, Kap. 11, in: *Werke*, Bd. 9, Berlin (1991), S. 68
 - 15 Thomas von Aquin, *Summe der Theologie* (1266-73), Bd. 2, Stuttgart 3(1985), S. 267
 - 16 Sudhoff K., *Eine Verteidigung der Heilkunde aus den Zeiten der „Mönchsmedizin“*, Sudhoffs Archiv, 1914; 7: 223-237
 - 17 Hiob 30, 20-21, in: *Die Bibel*, Stuttgart (1969), S. 595
 - 18 Hiob 2, 9-10, siehe Ref. 17, S. 576
 - 19 Gregor der Große, *Moralia in Iob*, 595, Adriaen M. (Hrsg.), *Moralia in Iob*, Bd. 3, Turnhout (1985), Buch 31, Kap. 45
 - 20 Führkötter A., *Das Leben der Heiligen Hildegard von Bingen*, Düsseldorf (1968), S. 48
 - 21 Assisi F. von, *Der Spiegel der Vollkommenheit oder Der Bericht über das Leben des Heiligen Franz von Assisi*, München (1953), S. 180
 - 22 Mirandola P. della, *Über die Würde des Menschen* (1486), Hamburg (1990), S. 5-7
 - 23 Pascal B., *Oeuvres complètes*, Paris (1963), S. 32
 - 24 Montaigne M. de, *Essais* (1580/95), Zürich (1953), S. 868
 - 25 Montaigne M. de, siehe Ref. 24, S. 571
 - 26 Engelhardt D. von, *Virtue and medicine during the enlightenment in Germany*, in: Shelp E. E. (Hrsg.), *Virtue in medicine*, Dordrecht (1985), S. 63-80
 - 27 Novalis, *Fragmente und Studien* (1799-1800), in: *Schriften*, Bd. 3, Darmstadt 3(1983), S. 686
 - 28 Carus C. G., *Einige Worte über das Verhältniß der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein*, Leipzig (1843), S. 15
 - 29 Jaspers K., *Philosophische Autobiographie*, München 1977, 1984, S. 13
 - 30 Weizsäcker V. von, *Pathosophie*, Göttingen 1956, 21967, S. 266
 - 31 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 30, S. 57
 - 32 Spranger E., *Das ethische Moment im Gesundsein und Kranksein*, in: Brugsch T. (Hrsg.), *Einheitsbestrebungen in der Medizin*, Bd. 2, Dresden (1935), S. 104 f.
 - 33 Lipowski Z. J., *Physical illness, the individual and the coping processes*, *Psychiatry in Medicine* 1970; 1: 91-102
 - 34 World Health Organization, *Basic documents*, Genf (1976), S. 1
 - 35 Bürgin D., *Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod*, Bern (1978)
 - Niethammer D., *Kinder im Angesicht ihres Todes*, in: *Neue Sammlung* 1999; 39: 179-197
 - Raimbault G., *Kinder reden vom Tod* (1975), Frankfurt a. M. (1980)
 - Wunnerlich A., *Zur Psychologie der ausweglosen Situation. Die Bedeutung tödlich verlaufender Krankheiten bei Kindern, gezeigt am Beispiel der akuten Leukämie*, Bern (1972)
 - 36 Guardini G., *Die Lebensalter. Ihre ethische und pädagogische Bedeutung*, Würzburg 1953, 1967, S. 99
 - 37 Dostojewskij F. M., *Der Idiot* (1868/69), München (1963), S. 797
 - 38 Kafka F., *Franz Kafka an Milena Jesenska*, 6.8.1920, in: Kafka F., *Briefe an Milena*, Frankfurt a. M. (1983), S. 187 f.
 - 39 Morante E., *La storia*, Verlag, Erscheinungsort (Jahr), S. 478
 - 40 Balzac H. de, *Die Grenadière* (1832), in: Balzac H. de, *Die Menschliche Komödie*, Bd. 2, München (1971), S. 641
 - 41 Kant I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (1785), Hamburg (1994), S. 429

Giovanni Maio

Zu den Grenzen der Eigenverantwortung im Präventionszeitalter

The limits of self responsibility in the age of prevention

Zusammenfassung

In einem Zeitalter, das geradezu ausschließlich auf Naturwissenschaft, Technik und Ökonomie setzt, wird allzu leicht vergessen, dass Krankheiten nach wie vor nicht einfach logische Resultate von Fehlverhalten sind, sondern dass sie vielfältige Wurzeln haben, die nicht einfach kausalanalytisch berechenbar gemacht werden können. Sich so zu verhalten, dass man Gesundheitsschädigungen vermeidet, gehört zu den unbestreitbaren Pflichten eines jeden Menschen gegenüber anderen und vor allen Dingen gegenüber sich selbst. Der moderne Mensch verfällt aber zuweilen der Illusion, mit der Technik hätte er alle Krankheiten fest im Griff. Vergessen wird dabei, dass Krankheit jeden Menschen ganz gleich wie er gelebt hat, jederzeit ereilen kann. Politisch ist es sicher wünschenswert, wenn positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten geschaffen werden. Eine Bestrafung von Krankgewordenen, und sei dies nur in moralischer Form, würde das Ende einer humanen Medizin einläuten. Eine neue Moralisierung von Krankheit zu verhindern müsste Bestandteil einer Prävention mit humanem Antlitz sein.

Schlüsselwörter: Ethik der Prävention; Tugend der Barmherzigkeit; Entsolidarisierung; Ökonomisierung; Pflichten gegen sich selbst

Abstract

The ideology of modern medicine is driven by a belief in the countability and predictability of illness. Illness is understood as a logical result of a certain way of life or of a genetic constitution. Modern man has lost the insight that every man is always in danger of falling ill. There is no guarantee to stay in health. Everybody has a duty towards the others but above all towards himself to live in a healthy way, but it would be a fallback if people who fall ill will be sanctioned for their illness. Therefore it is argued that from an ethical point of view it is important to give political incentives to live in a healthy way. However, even in an era of prevention the idea of solidarity and charity has to be kept alive in modern medicine.

Keywords: ethics of prevention; virtue of charity; solidarity; commercialism; duty towards oneself

Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.
Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26, D-79104 Freiburg
maio@ethik.uni-freiburg.de

Prävention, Eigenverantwortung und Ethik

Der moderne Arzt macht heute ambivalente Erfahrungen. Auf der einen Seite erlebt er immer mehr Patienten mit einer Versorgungsmentalität, Patienten, die sich nicht als Leidende begreifen, sondern als Konsumenten, die von der Medizin verlangen, dass sie ihnen ihre Gesundheit wieder herstellt, ohne dass sie selbst etwas dafür tun wollen. Sie bringen oft ihren malträtierten Körper zur Reparatur und sehen Gesundheit als etwas an, was die Medizin ihnen schuldet.¹ Auf der anderen Seite erlebt der moderne Arzt Patienten, von denen er weiß, dass sie einfach mit ihrem Leben überfordert sind und gerade deswegen so mit ihrem Alltag kämpfen müssen, dass ihnen kein Raum bleibt für die Wahrnehmung gesundheitsfördernder Optionen. Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich die moderne Medizin, und es ist Teil der ärztlichen Kunst, hier ein jeweils auf das Individuum angepasstes Verhalten zu finden. Weil hier eben keine Pauschalurteile weiterhelfen, muss das Verhältnis von Prävention, Eigenverantwortung und Ethik näher ausgeleuchtet werden.

Selbstachtung oder die Pflicht, sich nicht selbst zu schädigen

Zunächst einmal lässt sich festhalten, dass es kein angemessener Umgang mit dem eigenen Körper sein kann, ihn wie eine fremde Substanz zu behandeln, die man nach Belieben verbrauchen und verschleifen kann, um ihn bei „Nichtfunktionalisieren“ dem Arzt zur Reparatur zu bringen. Der Körper ist Bestandteil der eigenen leibseelischen Identität, so dass ein nicht achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper eine Missachtung der leibseelischen Einheit bedeutet und insofern von einem vernünftigen Menschen eigentlich nicht gewollt werden kann. Mehr noch: Wenn der Medizin die Aufgabe zugedacht wird, das zu reparieren, was man selbst mutwillig zerstört, stellt sich die Frage, ob denn die Medizin ihren Auftrag nur in der nachträglichen Reparatur des mutwillig Zerschlagenen beschränkt sehen darf. Versteht

man Medizin als Dienst am Menschen, so wird sie es zu einer ihrer Kernaufgaben machen müssen, Menschen dazu zu verhelfen, sich frühzeitig um ihre Gesundheit zu kümmern, anstatt sich auf die „Reparatur“ zu beschränken.

Der Mensch ist es sich selbst schuldig, ja seine Selbstachtung erfordert es, dass er den eigenen Körper nicht total instrumentalisiert, sondern ihn als Grundlage seines eigenen Selbst betrachtet. Wir sehen heute die gesundheitsbewusste Lebensweise als Pflicht gegenüber dem Staat, als Pflicht gegenüber der Gemeinschaft, als Pflicht gegenüber der Sozialversicherung. Immanuel Kant hat das Gebot, sich nicht selbst zu schädigen, als eine Pflicht gegen sich selbst bezeichnet. Kant sprach davon, dass der Mensch Pflichten gegen sich selbst hat, wenn er sich als Selbstzweck, als Mensch mit einer Würde betrachtet. So hat der Mensch die Pflicht gegen sich selbst, so Kant, seine Talente nicht rosten zu lassen, und er hat auch eine Pflicht gegen sich selbst, sich „nicht zu mutilieren“, sich nicht selbst zu verstümmeln, sich nicht selbst zu schädigen; ja ganz ausdrücklich sagt Kant, die letzte Pflicht gegen uns selbst besteht darin, uns nicht selbst zu töten. Kant ist hier in vollem Umfang zuzustimmen. Diese Pflichten gegen sich selbst, die zum Ausdruck bringen, dass der Mensch auch gegenüber sich selbst letzten Endes unverfügbar ist, diese Pflichten müssen heute neu in Erinnerung gerufen werden. So ist es eben eine Form der Selbstachtung, wenn der Mensch Acht gibt auf seine Gesundheit.

Rahmenbedingungen und Ausgrenzung

Auf der anderen Seite muss bedacht werden, dass nur derjenige tatsächlich gesundheitsbewusst leben kann, der auch die sozialen und emotionalen Ressourcen dazu hat. Viele Menschen müssen erst befähigt werden, gesundheitsbewusst zu leben und sie brauchen erst einmal die Freiräume und die Möglichkeiten, sich entsprechend zu verhalten. Menschen, die so eingezwängt sind in ihren Alltag und keine Ressourcen haben, über die vitalen Bedürfnisse hinaus zu denken, diese Menschen brau-

chen nicht einen moralischen Appell oder gar eine Drohung von Sanktionen, wenn sie nicht mehr Gemüse essen und mehr Dauerlauf betreiben, sondern sie brauchen Rahmenbedingungen, die ihnen ein solches Verhalten erst ermöglichen.

Das ist die zweiseitige Seite des Appells zu gesundheitsbewusstem Verhalten: Je mehr appelliert und zugleich sanktioniert wird, desto mehr werden gerade die Schichten unserer Gesellschaft weiter privilegiert, die ohnehin privilegiert sind.² Es sind eben die Mittelschichten, die eher befähigt sind, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, weil diese Schichten es schon in ihrer Kindheit gelernt haben, aber auch weil es sich diese Schichten leisten können, gesundheitsbewusst zu leben; sie können ihr Leben selbstbestimmter führen als zum Beispiel eine alleinerziehende Mutter, die als Kassiererin versucht, ihre zwei Kinder durchzubringen. Dieser Mutter anzudrohen, dass sie höhere Krankenkassenbeiträge zahlen müsste, wenn sie nicht nachweise, dass sie sich gesundheitsbewusst verhalte, wäre nicht nur inhuman, sondern ungerecht, weil die Sanktionierung nicht die richtige Reaktion auf die stille Not dieser Mutter wäre. Hier müsste man erst realisieren, dass es systemische Gründe sind, die der Frau es erschweren, an ihre Gesundheit zu denken, weil sie radikal überfordert ist und eben hier erst einmal eine soziale Entlastung erfahren müsste, um selbstbestimmt leben zu können. Man müsste erst erkennen, dass diese Frau nicht nur Gefahr läuft, ihre Gesundheit zu verlieren, sondern dass sie Gefahr läuft, in einer Gesellschaft, die immer mehr zur Ausgrenzung neigt, komplett unter die Räder zu kommen.

Hilfe zur Verantwortungsfähigkeit

Was bedeutet das für die Frage nach der Prävention? Gesundheitsförderndes Verhalten ist wichtig und muss unterstützt werden, aber es bedarf eines differenzierten Umgangs mit dem Präventionsappell, weil es starke Menschen gibt, die Verantwortung von sich aus übernehmen können, und es auf der anderen Seite auch viele Menschen gibt, denen

man erst helfen muss, damit sie befähigt werden, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Daher würde ich als erstes Desiderat die Hilfe zur Verantwortungsfähigkeit, Hilfe zur Befähigung formulieren. Das heißt eben, dass die Politik die Verantwortung für die Gesundheit nicht einfach schematisch und undifferenziert an den Einzelnen abgeben kann. Die Gesellschaft bzw. die sozialen Systeme tragen selbst Verantwortung dafür, Menschen zu helfen, verantwortungsfähig zu werden.

Vermeidung von Diskriminierung

Mein zweites Desiderat lautet: Vermeidung einer Diskriminierung. Diese Diskriminierung stellt sich ein durch eine einseitige Sichtweise auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen. Es ist ein weit verbreiteter Topos, zum Beispiel Fast Food oder das Freizeitverhalten im Sinne des exzessiven Fernsehkonsums oder die Fettleibigkeit als bedrohliche krankheitsfördernde Ursachen zu kritisieren.³ Dabei wird oft der Stab gebrochen über die Menschen, die sich so verhalten. Vergessen wird hierbei, dass alle drei genannten Merkmale in den unterprivilegierten Gruppen unserer Gesellschaft viel häufiger anzutreffen sind als in den Mittelschichten.⁴ Es ist weit bekannt, dass es eine Korrelation gibt zwischen sozialer Privilegiertheit und Gesundheitsstatus eines Menschen. Aber ist das wirklich so einfach? So stellt sich die drängende Frage: Warum kritisieren wir nicht genauso das gesundheitsgefährdende Verhalten von Workaholics? Warum kritisieren wir nicht das Verhalten der privilegierten Schichten, die zum Beispiel durch die Wahl eines hektischen stressreichen Lebens ihre Gesundheit wohl in ähnlicher Weise gefährden wie der Fast-Food-Konsument? Diese aufgeworfene Frage soll nicht als eine Bagatellisierung oder gar Entschuldigung des gesundheitsgefährdenden Verhaltens unterprivilegierter Schichten gedeutet werden. Aber es ist doch offenkundig, dass hinter den öffentlichen Kritiken nicht nur Statistiken stecken, sondern dahinter verbergen sich vielmehr verdeckte Werturteile. Dahinter verbergen sich ver-

deckte Idealvorstellungen von Menschsein. Heute leben wir in einer Leistungsgesellschaft, in der sich Menschen über ihre Leistungsfähigkeit definieren, und alle, die nicht in dieses Raster passen, fallen heraus. Daher fördert unsere Gesellschaft diejenigen, die leisten können und schließt diejenigen aus, die nicht derart leistungsfähig sind. Damit aber versperrt die Gesellschaft denjenigen, die diese Leistungsfähigkeit nicht von alleine erreichen können, den Zugang zu Privilegien und sie belohnt diejenigen, die Leistung erbringen, selbst dann, wenn diese Leistung auf Kosten ihrer Gesundheit geht. Wir messen hier also mit zweierlei Maß.

Motivation statt Bestrafung

Dies zeigt die Schwierigkeit auf, die wir vorfinden, wenn wir Krankheiten als Resultate menschlicher Handlungen deuten wollen. Dann müssen wir nicht nur die ohnehin negativ besetzten Handlungen in die Waagschale werfen, sondern wir müssen dann auch die Handlungen negativ bewerten, die ansonsten hoch im Kurs stehen, aber dennoch gesundheitsgefährdend sind. Dazu sind aber viele Menschen nicht bereit. Daher plädiere ich dafür, die Suche nach den Schuldigen nicht weiter in den Mittelpunkt zu rücken. Versteht man Medizin als eine Urform einer sozialen Praxis⁵, sollte es nicht primär um die Frage gehen, wer Schuld trägt an einer Krankheit, weil das der falsche Zugang ist zum Thema Krankheit. Es ist zu begrüßen, wenn die Politik positive Anreize gibt, damit Bürger wissen, dass es sich für sie lohnt, gesundheitsbewusst zu leben, aber Menschen dürfen nicht in der Annahme leben, dass man sie nach ihrer Schuld fragen wird, wenn sie einmal krank geworden sein sollten. Es ist wichtig danach zu fragen, wie man es schaffen kann, dass möglichst wenig Menschen krank werden, und hierfür muss man an den sozialen Verhältnissen genauso ansetzen wie an der Motivation der Einzelnen zum gesunden Lebensstil. Die sozialen Verhältnisse darf man nicht einfach weglegen, und die Motivation zum individuellen gesunden Lebensstil muss nicht die Köpfe, sondern

vielmehr die Herzen der Menschen erreichen. Mit einer moralisierenden Grundeinstellung im Sinne des „Du sollst bitte schön gesünder leben!“ wird man nicht viel erreichen. Es bedarf vielmehr kluger Strategien, die die Menschen in ihrer jeweils spezifischen Lebenswelt abholt; es bedarf Strategien, die bei diesen Menschen das Gefühl der Freude am Gesundsein und an der gesunden Lebensweise hervorbringen. Das ist vielleicht ein hoher Anspruch, aber ohne die positive Besetzung des Gesundseins und des gesundheitsfördernden Verhaltens wird man nicht erfolgreich sein können.

Vermeidung einer neuen Moralisation von Krankheit

Und so komme ich zu meinem dritten Desiderat: Vermeidung einer neuen Moralisation von Krankheit.

Gesundheit und Krankheit erscheinen uns immer weniger als Geschenke, als Fügungen, sondern immer mehr als Resultate, als Produkte unserer eigenen Handlungen, ja als Erzeugnisse unseres eigenen Willens. Nicht nur medizinische Ratgeber, sondern zunehmend auch Praxen und Kliniken lassen Gesundheit als das erscheinen, was man mit genügend Mühe und Investition auch garantiert erreichen kann. Gesundheit wird immer mehr zur machbaren und planbaren Leistung. Gesundheit als das, was einen auszeichnet, denn wenn man gesund ist, hat man sicher viel dafür getan. Gesundheit ist im modernen Denken somit nicht einfach ein „datum“, sondern nur noch ein „factum“, nichts, was einem gegeben ist, sondern nur das, was gemacht werden kann. Der gesunde Körper wird damit nicht als glückliches Schicksal gesehen, sondern als Qualitätsmerkmal, als Zeichen dafür, dass man hart genug an sich gearbeitet hat.⁶ Im Gegenzug – und das ist noch tragischer – wird der Krankgewordene sich zumindest unterschwellig der Frage ausgesetzt sehen, warum er denn krank geworden sei und ob er sich denn nicht gesund ernährt hätte oder etwa die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen hätte usw.

All dies ist Zeichen dafür, dass die Eigenverantwortung und die Selbstsorge zu den entscheidenden Werten im Umgang mit dem Krankheitsrisiko geworden sind. So schleicht sich ein Denken ein, wonach der eigene Körper wie ein Kapital behandelt wird, für dessen „Wertenwicklung“ man selbst verantwortlich ist und damit eben auch zur Rechenschaft gezogen werden kann, wenn sein Marktwert rapide fällt. So lässt sich sagen, dass wir gegenwärtig in einer Selbstverantwortungsgesellschaft leben, ohne dass darüber nachgedacht worden wäre, ob denn diese Leitkategorie der Selbstverantwortung tatsächlich als Schema für die gesamte Gesellschaft überhaupt taugen kann. Unstrittig ist es, die Befähigung zur Selbstverantwortung zu stärken, aber es erscheint problematisch, die Selbstverantwortung derart zum Leitgedanken zu erheben, dass uns am Ende der Krankgewordene als Schuldiger erscheint. Denn mit einer solchen Haltung des Richtens wird man der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit des kranken Menschen nicht gerecht.

Zu begrüßen ist in jedem Fall die Einstellung, die das Krankwerden nicht einfachhin als Schicksal betrachtet, sondern den Handlungsradius des Menschen ernst nimmt und eine Chance darin sieht, durch das eigene Verhalten etwas zur Verhinderung der Krankheit beitragen zu können. Zu kritisieren ist jedoch die Totalisierung dieses Gedankens, die Vorstellung also, dass Gesundheit und Krankheit nunmehr nur noch als Resultat der eigenen Versäumnisse oder Anstrengungen zu betrachten seien. Problematisch ist hier die Grundhaltung, dass alles, auch die eigene Gesundheit *komplett* machbar ist und dass das Krankwerden überhaupt kein Schicksal, sondern *ausschließlich* Resultat, Ergebnis, Produkt ist.

Deterministisches Verständnis der modernen Medizin

Die Medizin suggeriert, dass der Ausbruch einer Krankheit im Grunde nicht nur vorhersagbar, sondern auch vorherbestimmbar, weil grundsätz-

lich durch eigenes Handeln verhinderbar wäre, wenn man nur alle Fakten präsent hätte und alle krankheitsauslösenden Faktoren vermeiden würde. Auf diese Weise folgt die moderne Medizin einem deterministischen Verständnis, weil sie alle Erscheinungen der Natur lediglich als Resultat einer Zweckmittelreaktion betrachtet, die grundsätzlich messbar und berechenbar sind. Das ist die Wissenschaftsgläubigkeit der modernen Medizin - wie des modernen Menschen. Diese Tendenz der modernen Medizin hat nicht nur mit ihrem mechanistischen Welt- und Menschverständnis zu tun, sondern sie ist letzten Endes der verzweifelte Versuch, das zu verdrängen, was aber im Grunde jeder ahnt: Man kann zwar vorbeugend viel tun, aber der Ausbruch einer Krankheit kann jeden Menschen jederzeit ereilen, und davor ist kein Mensch zu keiner Zeit wirklich gefeit. Michael Hampe spricht in diesem Zusammenhang überzeugend von einem verzweiferten Versuch einer „Machtlosigkeitsvertuschung“,⁷ die sich hinter dieser Betonung der Berechenbarkeit und Machbarkeit verbirgt. Die Betonung des Machbaren und die Plädoyers für das Kontrollierbare, die Suche nach Wirkzusammenhängen sind zuweilen Ausdruck einer Flucht in das Rechnen, einer Flucht in die Kausalitäten, in die Zahlen, um sich nicht eingestehen zu müssen, dass man gegen den Zufall, gegen die Spontaneität, gegen das Schicksal und letztlich gegen die Kontingenz des Lebens trotz alledem immer ein Stück machtlos bleiben wird.

Bedingungen einer Prävention mit humanem Antlitz

Ich betone dies deswegen, weil es offenkundig wird, wie wirkmächtig der Machbarkeitsglaube unserer Zeit ist.⁸ Der moderne Mensch erwartet, dass alles glatt geht, wenn er sich nur richtig verhält. Und insgeheim glauben viele Menschen, dass die Krankheit immer nur die anderen trifft. Statt dieser exzessiven Erwartungshaltung an das eigene Leben, an das eigene Glück, erscheint es notwendiger denn je, den Menschen neu beizubringen,

etwas wiederzuentdecken, was heute vollkommen verlustig gegangen ist, nämlich die Grundhaltung der Dankbarkeit. Und genau hier könnte eine neue Form von Gesundheitserziehung und Prävention mit humanem Antlitz starten. Der moderne Mensch müsste sich vor Augen führen, dass es eben nicht selbstverständlich ist, wenn er gesund sein darf. Wenn er es aber ist, wäre dies eben Grund zur Dankbarkeit. Aus diesem Grundgefühl der Dankbarkeit heraus wird der Mensch die Gesundheit viel mehr zu schätzen lernen, und wenn er sie zu schätzen gelernt hat, wird er sie automatisch wie einen Schatz zu hüten versuchen. Von ganz entscheidender Bedeutung ist in diesem Kontext die absolute Ablehnung einer Moralisierung. Gesundheit ist nicht nur Leistung, sondern am Ende auch Gnade, und Krankheit sollte nicht wieder mit dem Begriff der Schuld und Strafe neu in Verbindung gebracht werden. Gesundheit und Leistung, Krankheit und Schuld, das sind sehr vertraute Assoziationen, die durch eine unreflektierte und undifferenzierte Präventionsdebatte fatalerweise wiederbelebt und neu verstärkt werden. Beide Assoziationen stellen aber ein problematisches Denken dar, weil sie beide in Richtung einer grundlegenden Entsolidarisierung weisen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, Gegenkonzeptionen zu entfalten, um dem Trend der Entsolidarisierung entgegenzuwirken.

Krankheit ist auch Schicksal

Eine Gegenkonzeption besteht darin, die Krankheit nicht als bloßes Resultat eigenen Verhaltens zu deuten, sondern anzuerkennen, dass Krankwerden in gewissem Sinn auch Schicksal ist. Schicksal, weil die Krankheit den Menschen komplett erschüttert, Schicksal aber auch, weil die Krankheit sich nicht in der Weise vorhersagen und berechnen lässt, wie es das naturwissenschaftlich-ökonomische Credo der Gegenwart glaubhaft machen möchte.

Wenn ich hier von Schicksal spreche, meine ich nicht, dass man die Krankheit eben hinzunehmen hätte oder dass wir uns nicht vorsorgend gegen sie schützen sollten. Im Gegenteil: Die Anerkennung

des Schicksals ist vielmehr verbunden mit dem Sich-zur-Wehr-Setzen; man kann das Schicksal anerkennen und gerade deswegen den Radius, den der Mensch innerhalb seiner Schicksalhaftigkeit noch hat, so weit wie möglich zu erweitern suchen. Die Vergegenwärtigung des Schicksals impliziert nicht das Sich-Fügen-Müssen, sondern impliziert das Bekämpfen, allerdings mit einer anderen Grundhaltung. Das Bekämpfen nicht in der Gewissheit und der Erwartung, dass, wenn man nur genug kämpft, man am Ende als Sieger über die Krankheit hervorgeht. Darin liegt die Gefahr einer solchen Kausalvorstellung. Wenn man davon ausgeht, dass es allein im eigenen Handeln liegt, ob man krank wird oder nicht, dann ist die Krankheit, wenn sie auftritt, ein Makel, ein Zeichen dafür, dass man nicht genügend getan hat. Auf diese Weise würde man einer (neuen) Moralisierung der Krankheit Vorschub leisten.

An diesem Punkt kann die Implementierung des Gedankens des Schicksals von Bedeutung sein. Das Kämpfen gegen die Krankheit im Bewusstsein dessen, dass das Gesundbleiben und das Gesundwerden nicht bloß Resultat, sondern immer zugleich auch ein Geschick ist, diese Vorstellung bedeutet eine Entlastung für den Menschen.

Im Gegenzug wird die gedankliche Verbanung des Schicksals als das, was alle Menschen in gleicher Weise verbindet, ein Schritt sein in das Aufrechnen von Verantwortung für den eigenen Zustand, der eben dann kein Los oder Geschick, sondern nur noch selbst gemacht wäre.

Wenn Krankheit kein Schicksal mehr ist, dann ist Krankheit auch nicht mehr das, was jeden Menschen jederzeit ereilen kann. Im Gegenzug dazu wäre die Betrachtung der Krankheit als Schicksal das, was als allgemeines Lebensrisiko alle Menschen tragen. Schicksal hat also nicht nur etwas Bedrohliches, sondern es hat zugleich auch etwas Entlastendes und sogar etwas Verbindendes. Romano Guardini hat das treffend in folgende Worte gegossen: „Schicksal ist das Persönlichste, worin ich ganz allein, unvertretbar und unveränderbar

stehe und doch wieder das, was mich mit Allen zusammenbindet“.⁹ Das Wissen um ein Schicksal, das alle Menschen gemeinsam tragen, ist zugleich auch Trost und Beruhigung.

Eine moderne Gesellschaft, die das Schicksal als Denkkategorie aus seinem Bewusstsein verdrängen möchte, verdrängt zugleich das Gefühl des Verbundenseins aller Menschen untereinander und entlässt den Menschen in die Vereinzelung, in eine Welt des Aufrechnens.

Die Balance zu finden zwischen ausreichender Eigenverantwortlichkeit und drohender Entsolidarisierung ist schwierig, aber der Trend der modernen Medizin ist gefährlich, weil er mit großer Entschiedenheit nur in die eine Richtung steuert und alles andere vollkommen ausblendet. Eine Gesellschaft ohne Schicksal ist eine Gesellschaft ohne Gnade. Eine Gesellschaft, die kein Schicksal duldet, ist eine unbarmherzige Gesellschaft, gerade weil sie der irrigen Annahme folgte, dass sie über alles Wissen verfügte und alle Entstehungsbedingungen vorhersehen und planen könne.

Es geht also nicht um eine Großzügigkeit im Umgang mit den eigenen Unterlassungen, sondern um den Gestus der Sicherheit, mit der der moderne Mensch glaubt zu wissen, wie man – auf jeden Fall – gesund bleiben und wie man Krankheiten – auf jeden Fall – vermeiden könne. Es geht letzten Endes um die Zurückweisung eines Glaubens an die absolute Machbarkeit von Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit lässt sich nicht fordern

Zusammengefasst lässt sich sagen: Es ist ein großer Unterschied, ob man eine Präventionskampagne startet, um Gesundheit zu fördern, oder ob man sie startet, um Gesundheit zu fordern.¹⁰ Der Grat zwischen fördern und fordern ist nicht nur semantisch sehr schmal. Eine Gesundheit fordernde Gesellschaft wird die sozialen Unterschiede in der Gesellschaft weiter vertiefen. Die Privilegierten haben entsprechende Ressourcen, um sich so zu verhalten, wie es dem Ideal einer auf Leistung ausgerichteten Gesundheitsgesellschaft ent-

spricht. Aber die ohnehin benachteiligten Gruppen in der Gesellschaft werden aufgrund ihrer viel geringeren Ressourcen noch weiter benachteiligt, ja gar abgehängt. Die Politik kann sich aus diesen Gründen nicht einfach darauf zurückziehen, die Verantwortung für die Gesundheit einfachhin dem Individuum ganz zu übertragen. Das Individuum trägt zwar unter bestimmten Voraussetzungen und bis zu einem bestimmten Grad Verantwortung für seine Gesundheit, aber es trägt sie eben nicht allein. Wenn die Politik die Verantwortung nun gerne an den Einzelnen abgeben würde, wäre das eine Individualisierung der Risiken, die den Einzelnen letztlich überfordert und ihn mit der schwer wiegenden Schuldfrage belastet.

Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, dass auch die Medizin selbst in reflektierter Weise mit dem ubiquitären Ruf nach Prävention umgeht. Gerade die gegenwärtige Ära der Ökonomisierung, Individualisierung und Entsolidarisierung ist für den sozialen Charakter der Medizin eine große Herausforderung, weil zu befürchten ist, dass die Medizin sich dadurch grundlegend ändert und sich von ihrem genuin sozialen Auftrag entfernt. Umso notwendiger erscheint es, dass die Medizin sich gerade heute auf ihre Kernaufgabe rückbesinnt. Sie kann nicht als Medizin alle Aufgaben der Gesundheitsförderung übernehmen, weil die Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Und vor allem muss die Medizin sich darauf besinnen, dass, selbst wenn der selbstverschuldete Kranke von Politik und Versicherungen sanktioniert wird, der Arzt immer noch Helfer bleiben sollte.

Der Arzt wird sich dem Kranken in bedingungsloser Weise zuwenden, gerade weil er das Helfen als Kernauftrag hat. Ab dem Moment, da der Arzt das Helfen ersetzt durch das Richten, ab diesem Moment verstößt der Arzt gegen eine seiner grundlegendsten Tugenden, und das ist die Tugend der Barmherzigkeit.¹¹

Daher bleibt es zwar eine zentrale Aufgabe der Medizin, Patienten dabei zu helfen, zu einer

gesundheitsfördernden Lebensweise zu gelangen, aber gleichzeitig das Bewusstsein zu bewahren, dass der Arzt zu allererst und zentral Helfer zu sein hat und nicht zum Richter umdefiniert werden darf.

Referenzen

- 1 Maio G., *Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin*, Schattauer, Stuttgart (2011)
- 2 Schmidt B., *Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern*, in: Paul B. & Schmidt-Semisch H. (Hrsg.), *Risiko Gesundheit*, VS-Verlag für Gesundheit, Wiesbaden (2010), S. 23-38
- 3 Schmidt B., siehe Ref. 2
- 4 hierzu näher Schmidt B., siehe Ref. 2
- 5 Maio G., siehe Ref. 1
- 6 Böhme G., *Leibsein als Aufgabe: Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht von Gernot Böhme*, Die Graue Edition, Zell-Unterentersbach (2003)
- 7 Hampe M., *Die Macht des Zufalls. Vom Umgang mit dem Risiko*, wjs-Verlag, Berlin (2006), S. 91
- 8 Maio G. (Hrsg.), *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizintechnischer Gestaltbarkeit*, Freiburg, Herder, (2011)
- 9 Guardini R., *Freiheit, Gnade, Schicksal*, Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz (1994), S. 155
- 10 Schmidt B., siehe Ref. 2
- 11 Maio G., siehe Ref 1

Enrique H. Prat

Prävention als moralische Einstellung

Prevention as moral attitude

Zusammenfassung

Ist Prävention ein Wert? Eine Pflicht? Eine Tugend? Die Wahrnehmungsdefizite von Prävention als einem Wert und von Prävention als einer Pflicht können am besten durch die Tugend (moralische Kompetenz) aufgehoben werden. Keine Gewalt, kein Zwang und kein Druck von oben, werden jemals effizient sein. Prävention muss aber frei gewählt werden. Gerade die Tugend der Weisheit, zu der die Prävention in der Systematik der Tugenden gehört, vermittelt demjenigen, der über sie verfügt, die Kompetenz, die Werte und die Pflichten als solche in ihrem vollen Umfang wahrzunehmen und damit den präventiven Lebensstil autonom zu wählen. Warum wird er gewählt? Weil er das Vernünftigste ist, weil er Sinn macht und weil er zur Exzellenz im Handeln gehört, letztlich weil er zum Ideal des Gelingens des Lebens, dem Ziel der Tugendethik, gehört. Eine unrealistische politische Utopie? Wie wachsen Menschen in der moralischen Kompetenz (Tugenden)? Durch Information, Erziehung und Training. Das ist der Weg für die Präventionspolitik: Viel Information, bei der Erziehung in all ihren möglichen Formen anzusetzen, und Training zu fördern.

Schlüsselwörter: Prävention, Tugend, Wert, Pflicht, Erziehung, Training

Abstract

Is prevention a value? a duty? a virtue? A deficit in the perception of prevention as a value or duty can best be compensated by virtue (moral competence). Neither violence nor pressure from authorities can ever be efficient. Prevention must be freely chosen. In a system of freedom, prevention fits best for the virtue of wisdom. If there is competence to perceive the values and duties as such in full extent, one can choose a life style of prevention in full autonomy. But why should it be chosen? Because it is the most rational choice, which makes sense, encompassing an excellency of acting, and it reflects the ideal of a successful life, which is the aim of ethics based on virtues. An unrealistic, political utopia? How can an individual prosper in terms of moral competence (virtues)?

The answer is: by information, education, and training. A policy of prevention must act along this path in supporting all this extensively and by all means.

Keywords: Prevention, Virtue, Values, Duty, Education, Training

Prof. Enrique H. Prat

IMABE

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

ehprat@imabe.org

Einleitung

Prävention ist eher negativ besetzt, weil sie vor allem Verzicht suggeriert: Weniger Süßigkeiten, weniger Fett, weniger Alkohol, nicht rauchen, dafür Bewegung und Sport, aber bitte auch mit Maß, Medikamente nehmen usw. Prävention ist also eine „bittere Pille“.

Der zweite Begriff des Titels „moralische Einstellung“ weist auf Werte, Pflichten und Tugenden hin. Auch diese Begriffe sind eher negativ besetzt, weil sie verstanden werden als das, was man „nicht tun darf“. Moral macht die bittere Pille noch bitterer. Die Erwartungshaltung für einen Beitrag mit diesem Titel könnte also formuliert werden: Da kommt jemand, der sich anmaßt, mir zu sagen, dass ich vieles, was ich gerne tue oder tun würde, eigentlich nicht darf.

Die Herausforderung für mich ist, aus der bitteren Zitrone – Verzicht, Verbote – eine süße Limonade zu machen – Lebenssinn und Lebensglück. Es ist ein wichtiges und dringendes Anliegen von Gesundheitspolitikern und Public-Health-Experten, Prävention den Menschen näher zu bringen. Ich möchte hier einen ethisch-theoretischen Ansatz vorlegen.

Ich möchte zeigen, dass auch in Verzichtshaltungen ein Sinn gefunden werden kann. Wenn man Moral im Sinne der aristotelischen Ethik nicht als einen Verbotskodex versteht, sondern als eine vernünftige Anleitung, um ein glückliches Leben zu führen, kann es jedem gelingen, Prävention als etwas Positives, ja sogar Beglückendes zu betrachten.

Aber zunächst wenden wir uns der Frage zu: Welchen moralischen Status hat die medizinische Prävention? In der Ethik geht es um Werte, Pflichten und Haltungen (Tugenden). Kann Prävention ein Wert sein? Ist Prävention eine Pflicht? Ist sie eine Tugend?

Moralische Relevanz der kulturellen Dimension von Lebensstilen

Unter medizinischer Prävention kann man verstehen, Gesundheitsrisiken zu reduzieren, d. h. die

Bedingungen, die zur Entstehung der Krankheit führen, zu verhindern oder zu vermeiden. Bei der Festlegung des moralischen Status der medizinischen Prävention muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Lebensstile kulturelle Phänomene sind, die, wenn sie einmal etabliert sind, sich durch anthropologische, soziologische, ökonomische und politische Faktoren in der Gesellschaft stark verankern.¹ Das ist wichtig festzustellen, da es von hoher moralischer Relevanz ist, zumal die Einsichtsfähigkeit und die Entscheidungsfreiheit des Individuums in Zusammenhang mit seinem Lebensstil durch diese Faktoren eingeschränkt sind. Eine Studie in Deutschland 2010 hat beispielsweise gezeigt, dass Kinder von fettleibigen Eltern selbst statistisch signifikant zu Fettleibigkeit neigen.² Lebensstile werden nicht unbedingt rational gewählt, man folgt Rollen, Trends und Moden. Für jeden Lebensstil gibt es eine ganze Reihe von Argumenten, die pseudowissenschaftlich nicht zuletzt von der Wirtschaft entwickelt bzw. unterstützt werden und mit denen man sich rechtfertigen kann: So führt man zur Verteidigung des Rauchens rüstige Senioren an, die ein Leben lang geraucht hatten; oder man erwähnt andere gleichwertige Risiken, die in Kauf genommen wurden; oder man argumentiert, dass man lieber jetzt genussvoll leben will, als ein paar Jahre länger und mit „Entbehrungen“.

Aus subjektiver Sicht ist die Einsichtsfähigkeit bezüglich der Risiken eines ungesunden Lebensstils auch dadurch stark geschmälert, dass die Schäden erst einige Jahre später eintreten. Darüber hinaus kann die Gewissheit des Eintretens des Schadens nur in statistischen Wahrscheinlichkeiten gemessen werden. Man kann den gesamten Schaden, den ein bestimmtes Risikoverhalten einem Kollektiv beschert, messen bzw. voraussagen (Epidemiologie), aber man kann nicht prognostizieren, wann und welcher Schaden bei einer bestimmten Person eintreten wird.

Außerdem ist die Schadenswirkung eines Risikoverhaltens multikausal. Diese Multikausalität und die zeitliche Distanz zum ungewissen Eintre-

ten des zukünftigen ungewissen Schadens relativiert die moralische Verantwortung von Betroffenen – schließlich kann man vorzeitig bei einem Unfall sterben oder irgendwann auch den Lebensstil ändern. All diese Faktoren verringern auch die Bereitschaft der Menschen, für mehr oder weniger wahrscheinliche zukünftige Schäden schon jetzt Verantwortung zu übernehmen und Konsequenzen zu ziehen.

Die Einsichtsfähigkeit wird durch weitere Faktoren verringert, die die Einschätzung des wahren Ausmaßes der Schäden verhindern: Werbung, Berichte über die Überschätzung der Risiken, schlechtes Beispiel von Vorbildern, die Inkonsequenz der beratenden Ärzte, die politische Toleranz der Gesellschaft, die sonst in Gesundheitsfragen kaum bereit ist, Spielraum für hohe Risiken zu tolerieren (vgl. z. B. die Gurtpflicht beim Autofahren) usw.

Diese Einschränkung der Einsichtsfähigkeit hat eine moralische Relevanz. Niemand trägt moralische Verantwortung für Folgen, die er nicht erahnen konnte, und auch nicht für Ursachen, die er nicht vermeiden oder verhindern kann. Dies wird eine Rolle spielen, wenn wir später über Prävention als Pflicht nachdenken werden.

Prävention: ein Wert, eine Pflicht, eine Tugend?

Ist Prävention ein Wert?

Wert wird hier nicht als ökonomischer, sondern als philosophischer Begriff verwendet. Der philosophische Wertbegriff ist im 19. und 20. Jahrhundert Gegenstand vieler Debatten und Theorien, die mit den Namen Lotze, Brentano, Scheler, Hartmann, Heidegger u. a. verbunden sind. Es würde aber den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen, auf die Differenzierungen in der Debatte einzugehen. Werte sind Idealqualitäten, die sich in Gütern und Handlungen, Personen und Gegenständen realisieren können. Sittliche Werte im Sinne von Bochenski³ enthalten das Tun-Sollen, d. h. sind mit moralischen Prinzipien gleichzusetzen.

Das Leben ist ein Gut, dessen Wert nicht von der Würde der Person trennbar ist. Ohne Leben gibt es keine Person. Prävention ist daher ein Wert, der an der Würde der Person in dem Sinn partizipiert, dass Würde nicht nur ein Anspruch auf Achtung, sondern auch und vor allem die prinzipielle Forderung enthält, sie zu schützen.⁴

Die Gesundheit ist ein wichtiges und von jedem Menschen beehrtes Gut. Krankheit ist dagegen ein Übel, das das Gut des Lebens beeinträchtigt und daher prinzipiell für niemanden wünschenswert ist. Sich oder einem anderen Morbidität zu wünschen, wird allgemein und prinzipiell eher als psychopathisch denn als unmoralisch angesehen. Das Leben und daher auch die Gesundheit sind hohe Güter, jedoch nicht die höchsten. Denn es kann vernünftig und legitim sein, in bestimmten Situationen, z. B. zur Verteidigung anderer, das eigene Leben aufs Spiel zu setzen.

Im Alltag geraten Menschen nicht selten unverschuldet in Situationen, in denen eine die eigene Gesundheit gefährdende Haltung moralisch gefordert sein kann. Man wird z. B. in der Regel nicht aus der Stadt, in der man verwurzelt ist, seine Existenz aufgebaut und seine Familie gegründet hat, einfach nur deswegen auswandern, weil die Luft nachhaltig zu viele Schadstoffe enthält. Niemand ist moralisch verantwortlich für Ursachen, die er nicht verändern kann.

Prävention schützt die zukünftige Gesundheit und daher das zukünftige Leben, sie hat aber einen instrumentellen Wert, d. h. sie ist ein Mittel, das immer nur im Bezug auf ihre Schutzfunktion eines wertvollen Gutes – hier: zukünftige Lebensjahre – steht. Für die subjektive Wertschätzung von präventiven Maßnahmen ist relevant, (a) welchen Wert der einzelne den zukünftigen Lebensjahren beimisst und (b) wie riskant er einen bestimmten Lebensstil einschätzt. Letztere Frage (b) wurde bereits teilweise behandelt. Sie ist nicht objektivierbar: Auch dann, wenn die Normalverteilung eines bestimmten Risikos bekannt ist, wird es immer Individuen geben, die völlig davon überzeugt

sind, dass sie zu 100% betroffen sein werden, und andere, die sich sicher sind, dass sie sich am anderen Ende der Normalverteilung befinden, d.h. ungefährdet sind. Bezüglich der Bewertung von Lebensjahren (a) ist es nachvollziehbar, dass Lebensjahre – obwohl objektiv ontologisch gleichwertig – subjektiv verschieden bewertet werden, je nachdem, ob sie zur unmittelbaren Gegenwart oder zur fernen Zukunft gehören. Die Gegenwart ist sicher, während die Zukunft wahrscheinlich ist und erst zur Realität wird.

Das bedeutet also, dass zwischen der subjektiven Wahrnehmung des Wertes einer konkreten präventiven Handlung und dem objektiven Wert dieser Handlung eine Kluft herrscht, die unüberwindbar sein kann. Jemand kann davon überzeugt sein, dass er beim Sprung aus dem dritten Stock unverletzt bleiben wird – die objektive Wahrscheinlichkeit dafür ist aber gleich Null.

Ist Prävention eine Pflicht?

Die medizinische Prävention stellt konkrete, kleinere oder größere prinzipielle Forderungen an den Lebensstil des Einzelnen oder eines Kollektivs: Der Lebenswandel kann präventiv so gestaltet werden, dass die Erkrankungsrisiken sehr niedrig gehalten werden.

Die allgemeine Präventionsmaxime könnte so lauten: „Führe einen gesunden Lebensstil und vermeide gesundheitsschädigende Verhaltensweisen.“

Jeder vernünftige Mensch könnte dieser Maxime prinzipiell zustimmen. Wie bereits erwähnt, betrachtet der gesunde Menschenverstand das Leben als ein Gut, das geschützt werden soll. Daher ist der ungesunde Lebensstil, der die Krankheit entstehen lässt oder ihre Heilung verhindert, ein Übel, das möglichst vermieden werden muss. Man kann also sagen, dass die Maxime eine Allgemeingültigkeit im Sinne des Kant'schen Imperativs besitzt: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie zu einem allgemeinen Gesetz erhoben werden kann.“⁵ Dadurch kann man theoretisch eine Pflicht zur Prä-

vention begründen. Das Problem der Kant'schen Rechtfertigung von Maximen liegt darin, dass der Umfang der Verbindlichkeit der Maxime unscharf bleibt. Aus der Maxime entstehen Pflichten, die mit anderen Pflichten kollidieren können. Die Pflicht zur Prävention, die vor allem geldaufwändig sein kann, könnte z. B. mit der Pflicht kollidieren, eine Familie zu erhalten, wobei wenig Zeit und Geld für Prävention übrig bleibt. Eine Schwäche der Kant'schen Pflichtethik liegt in der Unlösbarkeit von Pflichtenkollisionen.⁶

Kann die Wahl eines präventiven Lebensstils zu einer Pflicht werden? Welches Ausmaß von Prävention kann in einer bestimmten Situation zur Pflicht werden? Zwei sehr schwierige Fragen. Eine eindeutige Zuschreibung von individueller Eigenverantwortung bei der Kausalität von Krankheiten erweist sich bei vielen Krankheitsfällen als beinahe unlösbar.⁷ Die Versuche, Modelle für die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung und daher der Gerechtigkeit und der Solidarität zu finden, ist eine Aufgabe für die relativ junge Disziplin Public Health.⁸

Aus einer individualethischen Sicht ist Prävention zweifelsohne eine moralische Pflicht, dies ergibt sich aus dem hohen Wert der Gesundheit. Die subjektive, individuelle Wahrnehmung der Verpflichtung zu konkreten präventiven Handlungen oder Lebensstilen kann aber, bedingt durch die erwähnten kulturellen, soziologischen oder psychologischen Faktoren, erschwert bzw. mangelhaft sein. Diesem Thema der Prävention widmet sich der Jahresgesundheitsbericht 2002 der WHO. Aus dem Bericht geht hervor, dass auf Grund des Mangels an Wahrnehmung der Bedeutung der sieben höchsten Risiken (Blutdruck, Tabak, Cholesterin, Untergewicht, Übergewicht, Bewegungsmangel und Alkohol) jährlich 402 Millionen Lebensjahre von 51,5 Millionen Menschen verlorengehen. Letztgenannte sterben auf Grund dieser Risiken durchschnittlich 7,8 Jahre zu früh.

Wie kann man die Defizite an Wahrnehmung

korrigieren, die hinsichtlich der Bedeutung des Gutes der zukünftigen Gesundheit und der daraus abgeleiteten moralischen Verpflichtung bestehen?

Ist Prävention eine moralische Tugend?

Tugenden sind Charakterqualitäten, aber nicht Verhaltensregeln,⁹ sie sind die stabile Disposition und Neigung, bestimmte Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit und Spontaneität zu tun.¹⁰ Handlungen gemäß der Tugend vervollkommen den Handelnden selbst, d. h. die Tugend bewirkt nicht nur, dass das Produkt der Handlung (poiesis) gut wird, sondern auch, dass der Handelnde vervollkommen wird (praxis).¹¹ In der nordamerikanischen Literatur wird Tugend häufig plakativ als der Weg zur Exzellenz, ja sogar als die Exzellenz im Handeln als solchem bezeichnet. In diesen Handlungen geht es jeweils um das von der Vernunft als wahrhaft Gute Erkannte, denn die Vernunft und nicht das Gesetz oder eine Norm ist Maß und Maßstab des Guten.¹²

Wenn wir also eine sittliche Norm befolgen, vollziehen wir meistens einen Akt der Tugend. Das Gute (z. B. das Gerechte) der Handlung liegt aber nicht in der Befolgung der Norm, sondern in der Vernünftigkeit der Handlung selbst, die ein Akt der Tugend (zum Beispiel der Gerechtigkeit) ist. Die Handlungen, die die Maxime vorschreibt, sind immer aber auch nur als Handlungen der Tugend zu rechtfertigen.¹³ Und Tugenden – im Gegensatz zu Pflichten – kollidieren nicht miteinander. Denn zwischen ihnen gibt es eine innere Einheit (conexio virtutum), die in einem von der Tugend der Weisheit gesicherten Zusammenhang aller Tugenden besteht,¹⁴ so dass eine Handlung nur Akt einer Tugend, d. h. erst tugendhaft sein kann, wenn sie gegen keine andere Tugend steht. Da gemäß der Tugendethik die Pflichten durch die Tugenden legitimiert werden und diese nicht kollidieren können, hebt das tugendgemäße Handeln die möglichen Pflichtenkollisionen auf.¹⁵

Es gibt für jeden Handlungstypus eine Tugend, die den Handelnden vervollkommenet. Aristoteles

und nach ihm die Tugendethiker gehen von den vier Handlungszentren im Inneren des Menschen aus: der praktischen Vernunft, dem Willen, dem sinnlichen Begehren (Affekt) und dem Strebevermögen (Mut). Jedem dieser vier Grundvermögen wird eine Haupttugend zugeordnet, die in der klassischen Philosophie Kardinaltugenden genannt werden: So wird die praktische Vernunft von der Klugheit oder auch Weisheit vervollkommenet, der Wille von der Gerechtigkeit, das sinnliche Begehren von der Besonnenheit und der Mut von der Tapferkeit.¹⁶

Ist die medizinische Prävention eine Tugend?

Diese vier Kardinaltugenden sind der Schlüssel, um alle weiteren Tugenden zu definieren. Man müsste jeweils zeigen, dass jede neue Tugend – z. B. Prävention – mit einer oder mehrerer dieser vier Tugenden in Verbindung und mit keiner der vier in Konflikt steht, d. h. dass bei jeder Handlung einer bestimmten Tugend alle vier Kardinaltugenden gleichzeitig zum Zuge kommen. (Damit vervollkommen sich die operativen Vermögen und der Mensch selbst.) Trifft dies bei Prävention zu, dann ist sie auch eine Tugend.

Prävention, so wie oben definiert, ist auch ein Handlungstypus, der den Schutz eines wertvollen Gutes, nämlich die Gesundheit zum Ziel hat. Diesem Handlungstypus wird eine eigene Tugend zugeordnet. Die oben genannte Maxime gibt das Ziel der moralischen Tugend vor, die in der habituellen Haltung besteht, unter den verschiedenen Handlungsoptionen jene zu wählen, die die geringeren Gesundheitsrisiken enthalten. Dies darf aber zunächst nicht so verstanden werden, dass der Schutz der Gesundheit das erste Universalkriterium wäre. Vor allem darf nicht vergessen werden, dass Gegenstand dieser Tugend neben den Handlungen, die gesundheitliche Schäden unmittelbar verhindern, vor allem jene Handlungen sind, die für den Lebensstil konstituierend repetitiv gesetzt werden.

Handlungen, die das Leben gefährden oder in der Zukunft gesundheitliche Schäden verursachen können, sind natürlich zu vermeiden (Prävention).

An einem eiskalten Wintertag mit Schneesturm wird man nicht einfach mit T-Shirt, ohne Mantel und Kopfbedeckung im Freien spazieren gehen, denn eine schwere Erkältung oder eine Lungenentzündung wären die wahrscheinlichen Folgen. Die Tugend der Prävention muss noch nicht allzu stark ausgeprägt sein, um dies zu erkennen.

Gefordert wird diese Tugend vor allem bei den subtilen Entscheidungen betreffend der gesundheitlichen Risiken des Lebensstils, d. h. bei den repetitiven Handlungen, die jede für sich keine nachweislichen gesundheitlichen Schäden bewirken, wohl aber die Wiederholung und die Dauer einen akkumulierbaren Schaden entstehen lassen. So ist prinzipiell aus der einmaligen Einnahme von 3/4 Liter Wein prinzipiell kein gesundheitlicher Nachteil für einen Erwachsenen zu erwarten, doch resultiert ein beträchtlicher Schaden, wenn es zum täglichen Konsum dieser Menge kommt.

Der Lebensstil eines Menschen wird durch seine konkrete Präferenzstruktur und seine gewohnten Verhaltensmuster ausgestaltet. Für die Frage, ob gewisse im Lebensstil angestammte Handlungen ein Gesundheitsrisiko darstellen, ist die Medizinwissenschaft zuständig. Meistens wird es so sein, dass ein Verhalten erst ab der Übertretung einer Häufigkeitsschwelle riskant wird: Je häufiger eine Handlung begangen wird, umso riskanter wird sie. Man kann diese Schwelle aber auch nicht für alle Menschen gleich festsetzen. Sie hängt von vielen Faktoren ab: genetischer Disposition, körperlicher Verfassung, Umweltfaktoren u. v. a. m.

Die Tugend der Prävention zielt darauf ab, die Grundsatzentscheidung zu treffen, im Rahmen der gegebenen Umstände einen gesunden Lebensstil zu führen und eine große Sensibilität zu entwickeln, um gesundheitsfördernde Optionen zu wählen bzw. gesundheitsschädigende zu vermeiden. In der Folge soll diese Tugend in Beziehung zu den vier Kardinaltugenden gesetzt werden. Daraus wird ersichtlich, was an der Prävention tugendhaft ist, d. h. wie Prävention den Menschen moralisch vervollkommnet.

Ist jede Prävention tugendhaft, d. h. weist sie auf Charakterexzellenz hin?

Nicht unbedingt. Damit Prävention zur Charakterexzellenz gehört, d. h. tugendhaft ist, muss sie auch klug, gerecht, angemessen und tapfer sein, weil eine Handlung, welche die Anforderungen der vier Kardinaltugenden nicht erfüllt, kein Akt der Tugend sein kann. Die Präventionshaltung z. B. des Hypochonders ist höchst wahrscheinlich nicht tugendhaft.

Man kann Prävention als einen Bestandteil der Tugend der Weisheit (Klugheit) ansehen. Thomas v. Aquin spricht in seiner Abhandlung der Kardinaltugenden von sieben Teiltugenden der Weisheit. Vier davon sind Vorsicht, Voraussicht, Umsicht und Wachsamkeit. Prävention hat direkt mit Vorsicht, Voraussicht und Umsicht in allen Fragen zu tun, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Mit der Tugend der Vorsicht und daher auch mit der Prävention ist die Wachsamkeit verwandt, die eine rasche Erkenntnis von Gefahren und Bedrohungen erlaubt, ohne in krankhafte Ängstlichkeiten zu verfallen. Es ist eine Frage der Verhältnismäßigkeit – auch eine mit der Weisheit verwandte Tugend – zu beurteilen, ob das Eingehen auf ein bestimmtes Gesundheitsrisiko wirklich vernünftig ist. Verhältnismäßigkeit ist ein Beurteilungskriterium der Klugheit (d. h. Angemessenheit) einer Maßnahme.¹⁷

Prävention hat auch mit Gerechtigkeit zu tun. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er bekommt vieles von der Gesellschaft, und diese erwartet auch viel von ihm. Das Gesundheitssystem baut auf Solidarität und Gerechtigkeit auf. So kann ein frei gewählter riskanter Lebensstil ungerecht sein, weil die Solidargemeinschaft übergebührlich belastet wird (denken wir an das Beispiel von nicht-medizinisch indizierten „Schönheitsoperationen“ u. v. m.). Der präventiv Handelnde handelt jedenfalls gerecht, dagegen wäre es wider die Tugend der Gerechtigkeit, wenn im konkreten Fall eine verhältnismäßige und für den Handelnden durchaus zur Verfügung stehende Vorsichts-, Voraussichts- und

Umsichtsmaßnahme bezüglich der Gesundheit vernachlässigt würde.¹⁸

Wie erwähnt ist das Ziel der Prävention der gesundheitlich vernünftige Lebensstil. Prävention hat mit *Besonnenheit* zu tun. Bleiben wir beim Beispiel des Weines. Regelmäßig ein Glas Wein zu trinken, ist angenehm und kann zum Lebensstil gehören. Nun ist die Frage: Welches Maß an Weinkonsum ist vernünftig? Ab wann trinkt man zu viel? Wie kann die Vernunft beim Weintrinken das Maß bestimmen?

Es ist zunächst Aufgabe der Präventivmedizin, rigoros zu bestimmen, was, wann und wie etwas präventiv wirkt. Doch wie viel Bewegung, Sport, welche Diät, wie viel Alkohol usw. dem vernünftigen Maß entspricht, kann nur im konkreten Einzelfall ausgesagt werden. Auf Grund medizinischer Befunde ist ein moderater regelmäßiger Weinkonsum (z. B. 1/4 Liter täglich) meistens gesundheitsfördernd, und ab ca. 3/4 Liter pro Tag muss man mit Gesundheitsschäden rechnen. Das richtige Maß, das jeweils zwischen einem „Zuviel“ und ein „Zuwenig“ liegt, wird von vielen Faktoren abhängen, die es zu berücksichtigen gilt: Das ist es gerade, was die von der Tugend der Besonnenheit (Mäßigung) unterstützte Vernunft tut. Allerdings wäre die einmalige Übertretung dieser Grenzen, z. B. bei unmäßigem Trinken, nicht in jedem Fall antipräventiv, wenn man anschließend keine Tätigkeiten unternimmt, die ein hohes Konzentrationsvermögen erfordern, so dass es zu keinen Pflichtverletzungen kommen kann.

Das richtige, vernünftige Maß an Prävention wird verhindern, dass diese zu jener krankhaften Beziehung zur Gesundheit führt, die die Durchmedikalisierung des Lebens zur Folge hat. Das ist es, was die Tugend gegenüber einer nicht tugendhaften Prävention absichert.

Prävention bedeutet meistens eine Einschränkung des spontanen Begehrens und verlangt Überwindung, Standhaftigkeit, also *Tapferkeit*.¹⁹ Eine Präventions-Kampagne des österreichischen Gesundheitsministeriums 2003 hat das Akronym

„Isch“ gewählt, um die Beziehung zwischen Tapferkeit und Prävention hervorzuheben. „Isch“ steht für den „inneren Schweinehund“, den es in der Regel bei jeder präventiven Handlung zu überwinden gilt. Nicht wenige Menschen sehen für sich die Notwendigkeit, präventiv zu agieren. Sie machen sich sogar bzgl. Diät, Bewegung usw. konkrete Vorsätze. Einige finden aber nicht den richtigen Moment, mit der Umsetzung zu beginnen, oder sie machen einen Anfang, aber schaffen es nicht, dabei zu beharren. Ohne Tapferkeit und Beharrlichkeit gibt es keine Prävention.

Fazit

Die Wahrnehmungsdefizite von Prävention als einem Wert und von Prävention als einer Pflicht können am besten durch die Tugend aufgehoben werden. Keine Gewalt, kein Zwang und kein Druck von oben werden jemals effizient sein. Der Wert der Freiheit ist heute zu hoch, als dass man meinen könnte, Prävention gegen Autonomie durchsetzen zu können. Prävention muss frei gewählt werden. Gerade die Tugend der Weisheit, zu der die Prävention in der Systematik der Tugenden gehört, vermittelt demjenigen, der über sie verfügt, die Kompetenz, die Werte und die Pflichten als solche in ihrem vollen Umfang wahrzunehmen und damit den präventiven Lebensstil autonom zu wählen. Warum sich dafür entscheiden? Weil diese Art zu leben die vernünftigste ist, sinnvoll und weil sie letztlich zum Ideal des Gelingens des Lebens, dem Ziel der Tugendethik, gehört.

Aus der Public-Health-Perspektive mag man sich die Frage stellen: Führt der tugendethische Zugang zum Thema Prävention zur unrealistischen politischen Utopie? Vielleicht doch nicht. Wie können Menschen in der moralischen Kompetenz (Tugenden) unterstützt werden und daran wachsen? Durch Information, Erziehung und Training. An diesem Weg wird eine effiziente Präventionspolitik nicht vorbeikommen: informieren, die Erziehung in all ihren möglichen Formen stützen und Training innovativ fördern. Dies sollte der Beitrag der

Politik zur Prävention sein. Die Politik selbst wird dabei vor allem zwei andere Tugenden benötigen: Beharrlichkeit und Geduld.

Referenzen

- 1 vgl. Prat E., *Das Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht*, *Imago Hominis* (2004); 11: 15-28
 - 2 Ravens-Sieberer U., Wille N., Settertobulte W., *Was fördert das gesunde Aufwachsen von Kindern in Familien?*, *Kurzbericht zur AOK-Stern Studie*, <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/whocc/downloads/Kurzbericht.pdf>, *Gesundheit und Gesellschaft*, Spezial 6/2007, http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/info/gg/spezial/gug_spezial_0607_gkgz_s.pdf
 - 3 Bochenski J. M., *Wege zum philosophischen Denken*, Herder Verlag, Freiburg i. Br. (1972), S. 10
 - 4 Schweidler W., *Das Unantastbare. Beiträge zur Philosophie der Menschenrechte*, Lit-Verlag, Münster (2001), S. 9-19
 - 5 Kant I., *Grundlegung der Moral der Sitten*, S. 421
 - 6 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 280 ff.
 - 7 Marckmann G., *Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl*, *Ethik Med* (2010); 22: 207-220;
Marckmann G., Gallwitz B., *Gesundheitliches Eigenverantwortung beim Typ-2-Diabetes*, *ZfmE* (2007); 53: 103-116
 - 8 Dietrich F., *Eigenverantwortung als medizinisches Rationierungskriterium*, *ZfmE* (2001); 47: 371-385;
Buyx A., *Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus*, *Ethik Med* (2010); 22: 221-234
 - 9 Müller A., *Was taugt die Tugend?*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart (1998), S. 32 ff.
 - 10 Prat E., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8: 272
Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 172
 - 11 Prat E., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung eines Zusammenhanges*, *Imago Hominis* (2000); 7: 208
 - 12 Prat E., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8: 270
 - 13 Müller A., *Was taugt die Tugend?*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart (1998), S. 34 ff.
 - 14 Prat E., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung eines Zusammenhanges*, *Imago Hominis* (2000); 7: 208
- vgl. auch Thomas v. Aquin, *Summa theologica*, I-II, q. 65, a. 1
- 15 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 285. Rhonheimer gesteht, dass auch ein Rest „tragischer Fälle“ nicht ausgeschlossen werden kann. Es gibt Ausweglosigkeiten, wo das, was man tun kann, in jedem Fall schlecht ist, und diese Situation vermeidbar wäre, wenn früher richtig gehandelt worden wäre.
 - 16 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 192 ff.
 - 17 Prat E., *Sinnhaftigkeit in der Medizin*, *Imago Hominis* (2004); 11(4): 287-301
 - 18 Prat E., *Das Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht*, *Imago Hominis* (2004); 11: 15-28
 - 19 Jahn O., *Tapferkeit als ärztliche Tugend*, *Imago Hominis* (2001); 8: 291-295

Manfred Prisching

Erziehung zum „spät-modernen“ Lebensstil

Education for a “late-modern” lifestyle

Zusammenfassung

Es gibt, trotz aller Vielfalt einer spätmodernen Gesellschaft, Elemente eines hegemonialen Lebensstils: Diese Gesellschaft ist individualistisch, sie ist dynamisch und geltungsfeindlich, sie baut auf Wünsche und Sensationen, sie ist materialistisch und konsumistisch. Die Gesellschaft ist reich, doch die Menschen tun sich schwer, ihr Leben befriedigend zu gestalten. Wie müssten die Elemente dieses spätmodernen Lebensstils interpretiert werden, um ein gelingendes Leben zu gestalten?

Schlüsselwörter: Spätmoderne, Lebensstil, Individualisierung, Identität, Glück

Abstract

In spite of their plurality and diversity advanced societies demonstrate elements of a hegemonial lifestyle: These societies are individualistic and dynamic, they challenge everything that maintains validity, they build upon desires and sensations, they are materialistic and consumeristic. The well-developed societies are luxurious environments, but nevertheless people have difficulties to arrange their lives in a decent way. How can the elements of the hegemonial lifestyle be re-interpreted in order to make people capable of designing a better life?

Keywords: Late modernity, lifestyle, individualization, identity, happiness

Univ.-Prof. Mag. Dr. Manfred Prisching
Karl-Franzens-Universität Graz
Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Institut für Soziologie
Universitätsstraße 15/G4, A-8010 Graz
manfred.prisching@uni-graz.at

Einleitung

Natürlich kann man gar nicht anders, als zu irgendeinem Lebensstil zu erziehen. Wenn man Erziehung und Lebensstil in Beziehung setzen will, zumal im Kontext gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, dann sind es wohl bestimmte Ideen, die hinter einer solchen Frage stehen.

Erstens wird die Frage nach der aktuellen Situation, in der man Lebensstile lebt und erlebt, aufgeworfen: Was sind präferierte Lebensstile der späten oder zweiten Moderne? Welche „Bilder“ und „Botschaften“ vermittelt die Gegenwartsgesellschaft, vertreten durch Eltern, Peers, Lehrer, Medien, insbesondere den jüngeren Mitgliedern der Gemeinschaft? Zweitens wird damit die „ewige“ und „große“ Frage suggeriert: Gibt es „gute“ oder „richtige“ Lebensstile – im Sinne eines „gelingenden“ oder „gesunden“ Lebens? Und drittens: Gibt es eine Differenz zwischen dem ersten und dem zweiten Fragenkomplex? Schärfer formuliert: Macht die zweite Moderne „krank“? Oder bleibt sie jedenfalls hinter möglichen „Gesundheitspotentialen“ zurück?

Ich werde in einem ersten Abschnitt einige wesentliche Tendenzen in der zweiten Moderne darstellen (Individualisierung, Vergemeinschaftung, Multioptionalisierung, Sensationalismus und Konsumismus), in einem zweiten Abschnitt dieselben Elemente unter dem Gesichtspunkt des „guten Lebens“ noch einmal diskutieren.

1. Der hegemoniale Lebensstil der zweiten Moderne

Wenn man über vorherrschende Lebensstile in der Gegenwartsgesellschaft spricht, ist man natür-

lich mit dem Heterogenitätsproblem konfrontiert. „Die“ Jugend gibt es in Wahrheit nur in der Mehrzahl. In der jüngeren Generation gibt es die Koma-Trinker und Wettcafé-Besucher, es gibt verwöhnte Wehleiter und durchsetzungsbereite Karrieristen, es gibt die Wachen und die Dumpfen, die Freizeit- und die Joborientierten, jene, die am Burnout, und jene, die an der Langeweile sterben – und viele andere. Dennoch lassen sich einige allgemeine Trends der zweiten Moderne feststellen, Charakteristika eines Zeitgeistes, denen die Sozialwissenschaftler weitgehend Relevanz zubilligen.

1.1. Individualisierung I: Stilisierung der Identitäten

Die Gesellschaft der zweiten Moderne ist eine individualistische. Das heißt: Den Menschen wird angesonnen, eine eigene und originelle Identität auszubilden. Die Kids sollen nicht einfach nachahmen, Erwartungen erfüllen, Rollen lernen. Sie dürfen und müssen ihr eigenes Selbst basteln.¹ Sie müssen authentisch werden, ihr Ich finden, sich auf die Ich-Jagd begeben.² Es gehört zu einer angemessenen Sozialisation, intensiv in das eigene Innenleben zu schauen. Da werden selbst die Eltern nachdenklich, überlegen sich, ob sie sich nicht selbst in die späte Midlife-Crisis flüchten sollen, weil es mit der Selbstentfaltung doch nicht so gut gegangen ist, wie sie es sich seinerzeit vorgestellt haben. War das alles? Was hätte ich gewollt? Habe ich das Horchen in die eigene Seele allzu rasch abgebrochen? Es ist die Epoche des individualistischen Bewusstseins.

	I	II
Individualisierung	Stilisierung der Identitäten	Lebensstil der Kultivierung
Vergemeinschaftung	Verschleierter Konformismus	Lebensstil der Kommunität
Multioptionalisierung	Drang zur Unendlichkeit	Lebensstil der Begrenztheit
Sensationalismus	Gambling-Gesellschaft	Lebensstil der Normalität
Konsumismus	Euphorie des Materiellen	Lebensstil der Lebensbewältigung

Verlust der Erzählungen

Das klingt recht fein, befreiend, unabhängig, aber es ist eine ziemlich vertrackte Angelegenheit. Wie kommt man zum eigenen Selbst? Die großen Erzählungen und Institutionen in der Außenwelt sind dahingeschwunden oder haben an Kraft verloren: Wer glaubt noch an das Christentum, den Sozialismus oder die Aufklärung? Allenthalben wird der Verlust von Visionen jeder Art beklagt. Da draußen ist nicht mehr viel, an dem man sich festhalten kann, also muss man inside schauen. Aber was findet man da, was man nicht vorher „hineingesteckt“ hat in die eigene Seele?

Generation Me

Für die Me-Generation ist das Credo des euphorischen Individualismus schon beinahe selbstverständlich geworden.³ Diese Generation ist von klein auf gefragt worden, was sie will: Spaghetti, Eis, Torte? Sie haben gelernt: Entscheidend ist, was ICH will, was für mich gut ist. Dazu muss ich wissen, wie ich „ticke“, was für ein Typ ich bin: cool, distanziert? Freundlich, zugänglich? Aufgemotzt oder abgetakelt? Vegetarisch oder hedonistisch? Kosmopolitisch, politisiert? Fussballfan, Aufreißertyp, Wörthersee-Playboy? Wissenschaftlicher Jungstar? Sensibles Mädchen oder kühle Emanze? Verführerisch oder kumpelhaft? Wenn man das nur richtig hören könnte, wenn man in sich hineinlauscht, in den eigenen Bauch oder in das eigene Herz; aber so klar artikuliert sich das Innenleben nicht. Es ist ein permanentes Spiel, Versuch und Irrtum, Pfusch. Jeder einzigartig. Jeder ein Einzelfall. Jeder allein.⁴

Bastelidentität

Bücher, die sich mit der Identitätsfindung beschäftigen, stellen die Frage: Wer bin ich, und wenn ja, wie viele? Denn das Individuum wird zu einer Bastelaufgabe, und die Bastelei hört nicht mehr auf.⁵ Das Individuum, so sagen es die Personalberater und die Lebens-Coaches, muss sich selbst als ein Projekt betrachten, ein niemals abgeschlos-

senes – und es ist mit dem Lauschangriff auf die eigene Seele nicht getan. Vielmehr muss man ein Selbst konstruieren, welches auf dem Markt reüssieren muss: auf dem Markt der Reputation, auf dem Markt der Partner, auf dem Markt der Jobs.

Bloße Anpassung an die Erfordernisse wäre verfehlt, es wäre eine Minderleistung. Man muss Aufmerksamkeit erregen, wahrnehmbar sein; und deshalb eine „interessante Patchwork-Identität“ konstruieren. Man verlangt nach Innovatoren, Kreativen, Originalen, Genies. Also nach mehr, als der Einzelne üblicherweise bieten kann. Man bleibt hinter dem erwarteten Selbstbild unausweichlich zurück – und ist doch zur Selbsterschaffung verpflichtet. Alain Ehrenberg betont die damit einhergehende Belastung: „Die Karriere der Depression beginnt in dem Augenblick, in dem das disziplinarische Modell der Verhaltenssteuerung, das autoritär und verbietend den sozialen Klassen und den beiden Geschlechtern ihre Rolle zuwies, zugunsten einer Norm aufgegeben wird, die jeden zu persönlicher Initiative auffordert: ihn dazu verpflichtet, ihr Selbst zu werden. [...] Der Depressive ist nicht voll auf der Höhe, ist erschöpft von der Anstrengung, er selbst werden zu müssen.“⁶

1.2. Vergemeinschaftung I: Verschleierter Konformismus

Die Realität ist offensichtlich weit weniger kreativ und originell, als es eine „starke“ Individualisierungsthese behauptet. Wenn man durch die Straßen spaziert oder die Publikums-Zeitschriften durchblättert, kann man nicht den Eindruck gewinnen, überall einzigartigen, authentischen Personen zu begegnen. Schon die äußeren Erscheinungsformen sind ähnlich, die Moden, die Baseball-Kapperl, die Jeans; die Mädchen mit den bauchfreien T-Shirts, das Ringerl im Nabel, alle das gleiche Tattoo. Die Meinungen sind meist auch nicht sonderlich originell. Den Bildern der Schönheit aus der Cosmopolitan wollen sie nacheifern, und doch bleibt es oft bei schwabbeliger Unbeholfenheit.

Erster Grund für die Konformität: Sie wollen

dazugehören. Sie wollen sein wie die anderen, damit sie dazugehören. Sie wollen Einbettung, Verschmelzung, Vergemeinschaftung. Das geht immer stärker über Accessoires, den wesentlichen Signalen der Konformität.

Zweiter Grund: Die Originalität ist eingebremst, weil jeder Einzelne anschlussfähig, anpassungsfähig, eingliederungsfähig, verlässlich und brauchbar sein muss, und er muss vermitteln können, dass er diese Eigenschaften besitzt. Anderssein macht unberechenbar, uneinschätzbar, dubios, unbrauchbar; aber die große, komplexe Gesellschaftsmaschine ist in allen ihren Teilen so verflochten, dass Abweichungen sie blockieren, zum Stillstand bringen, funktionsunfähig machen. Je komplexer und verkoppelter dieses Gefüge ist, desto eher müssen die Individuen auf Kurs gehalten werden.⁷ Es darf höchstens eine wohlgezümmte Originalität geben.

Angepasste Identität

Es handelt sich also um ein Spiel, in dem man das Design des eigenen Lebens sorgfältig überlegen muss. Eigentlich geht es deshalb um eine halbierte Individualität, um einen konformistischen Individualismus. Das erwünschte Ich ist nicht das individuelle Ich, sondern ein Ich, das beides gleichzeitig macht: seine Unverwechselbarkeit und Einmaligkeit zur Schau stellen, aber in Wahrheit gleichzeitig seine konforme Funktionalität plausibel machen. Das schafft eine permanente Spannungssituation, auch einen Druck zur Situationsdeutung im Verhältnis zur Selbsterkundung: Wie steht das Matching zwischen Selbst und Umwelt? Ist meine spezifische Einzigartigkeit marktangepasst genug?

Individualität ist nur das Signal, welches Konformität beweist; denn Individualität gehört zum erforderlichen Qualifizierungsrepertoire,⁸ eine auf das Funktionelle gut zugeschnittene Individualität. Wir wollen Genies, und sie sollen für Patente sorgen. Wir wollen kreative Menschen, und sie sollen verkaufbare Produkte herstellen. Wir wollen schöpferische Menschen, für das neue Tourismusprospekt.

Muster der Individualität

Auf der einen Seite Individualität und Einzigartigkeit, auf der anderen Seite Konformität, Typisierung, Mode – Zeitgeistzeitschriften sind lehrreiche Quellen für diesen Widerspruch. Sie liefern häufig eine Typisierung von Persönlichkeiten, die aber genau unter der Vorgabe vorgetragen wird, dass jeder Einzelne dadurch zur jeweils eigenen Persönlichkeit vorstoßen kann. Tests sollen helfen herauszufinden, welcher „Typ“ man eigentlich sei – wohlgemerkt, nicht welches „originelle“ Individuum, sondern welcher Typ: Sextyp, Urlaubstyp, Wohnungstyp, Haustiertyp... Jeder möchte „sich“ finden, indem er seinen „Typ“ feststellt. Dann fühlt er sich einzigartig.

Es gibt also Muster für die Darstellung von Individualität und Einzigartigkeit. Eine paradoxe Sache: Wie muss ich mich verhalten, damit ich den anderen meine Einzigartigkeit beweise? Antwort: So wie alle, die ihre Einzigartigkeit beweisen wollen. Ergebnis: eine erratische Bewegung zwischen den Polen von Annäherung und Abstoßung.

1.3. Multioptionalisierung I: Drang zur Unendlichkeit

Die zweite Moderne ist eine Multioptionsgesellschaft.⁹ Sie erwartet sich nicht nur mehr Optionen: also mehr Lebensmöglichkeiten, mehr Einkommen, mehr Erlebnisse. Sie sieht den einzigen Inhalt des Lebens darin, Optionen auszuweiten, sie zu intensivieren und auszuschöpfen. Was ist der Sinn des Lebens? Etwas erleben. Mehr erleben. Alles erleben.

Ausschöpfung aller Möglichkeiten

Das Wachstum der Möglichkeiten kann mit der Wahrnehmung möglicher Möglichkeiten nicht Schritt halten. Man kann wählen: Produkte und Dienstleistungen, Identitäten und Wirklichkeiten, Ideologien und Religionen, Biografien und Wohnorte, Automarken und Lebenspartner, Sexualpraktiken und Haustiere. Aber die Erfahrung lehrt: Es könnte immer noch mehr geben, alles

könnte anders sein, alles könnte intensiver, komfortabler, spannender sein.

Traditionen sind hinderlich, ebenso wie Werte und Religionen – denn sie schränken die Wahlfreiheit ein. Jede Einengung ist aber zu vermeiden, und deshalb ist jede Festlegung zu hinterfragen. Wenn man die Maximierung der Optionen möchte, darf nichts gelten. Enttraditionalisierung heißt Befreiung, aber auch Sinnabbau. Enttraditionalisierung heißt Spontanisierung, aber auch die Lösung von Bindungen und Verpflichtungen. Optionsmaximierung braucht ein Wertevakuum.

Möglichkeiten-Zwang

Die Optionenvielfalt hat eine weitere belastende Seite. Wenn man sich immer selbst entscheiden kann, kommt man dem Anspruch nicht aus, sich entscheiden zu müssen. Aber das überlastet den Einzelnen, und vor allem gibt es eine Verschiebung der Verantwortlichkeit. Denn wenn der Einzelne in einem großen Optionenraum gewählt hat, dann ist er selbst an den Folgen seiner Entscheidung schuld. Wenn er nicht alles erreicht, was er erreichen will (und das ist in einem unendlichen Optionenraum grundsätzlich nicht der Fall), dann hat er falsch gewählt. Schicksal ist abgeschafft. Er/sie ist schuld. Das erzeugt Missgeschickserfahrungen, und diese machen depressiv.

1.4. Sensationalismus I: Gambling-Gesellschaft

Die „Leistungsgesellschaft“ beginnt ihre Konturen zu verlieren. Mit dem Begriff verbindet sich keine klare Vorstellung mehr, es sei denn jene, dass irgendwie viel Geld im Spiel sein muss. Am Fließband konnte man Leistung messen, in der „symbolischen Ökonomie“ sind Worte und Gefühle, Bedürfnisse und deren Befriedigung, Deutungen und Wünsche von Belang. In einer virtualisierten Gesellschaft scheinen fiktive Impressionsleistungen die wahren Leistungen darzustellen. Leistung besteht in erfolgreicher Kommunikation, Unterhaltungsproduktion, Einfallsreichtum in Strategien und Umwegen, Argumentationen und Geschich-

ten, sie drückt sich aus, indem man um das richtige Design weiß und um jene Gruppen, zu denen man gehören muss. Sie löst sich auf in der Darstellungs- und Überzeugungsarbeit.

Sensationalismus

Dazu kommt das Star-Prinzip. In der traditionellen Gesellschaft haben die Lebensentwürfe eine gewisse Nähe zu den Lebensmöglichkeiten aufgewiesen: Ich möchte Automechaniker werden. Ich werde den Bauernhof übernehmen. Ich werde Lehrerin. Die spätmoderne Gesellschaft hat andere Optionen: Stars, Prominente, Models, Börsenmakler, Friseur-Weltmeister, IT-Gurus, Stararchitekten. Das sind die role-models. Der Anteil der Jugendlichen steigt, der glaubt, später einmal Model oder Kinostar zu sein, ein berühmter Sportler oder Künstler, jedenfalls aber ziemlich reich. Schließlich haben sie, auf den Bildschirmen, täglich Umgang mit solchen Leuten. Deshalb erscheint die Welt als ein Glücksspiel. Alle bluffen sich selbst, weil sie in Wahrheit natürlich nicht alle Stars und Millionäre werden, nicht einmal ein beachtenswerter Promillesatz von ihnen. Bei den Jugendlichen ist die Botschaft aber vielfach angekommen: Du wirst nicht durch harte Arbeit etwas, sondern durch Glücksfälle, durch Verbindungen zu den richtigen Leuten, durch Gags. Du musst zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein. Es ist ein Millionenspiel, Österreich sucht den Superstar, Deutschland sucht das Super-Model – und jeder ist fähig, das zu werden: eine Art von Lasvegaisierung der Welt.

Normalitätsphobie

Wenn du so viele Möglichkeiten, Chancen, Optionen hast und aus allen diesen Möglichkeiten nichts machst, dann bist du selbst schuld. Das ist eine neue Verantwortlichkeit. Eigentlich musst du im Alter von 25 Jahren deine erste Million gemacht haben, sonst bist du ein „Verlierer“. Die Anlastung jeder Verantwortung für individuellen Arbeits- und Lebenserfolg drängt zum Bluff. Es ist eine Beweislastumkehr. Wer Erfolg hat, der hat ihn ver-

dient. Die spätmoderne Gesellschaft braucht nur Erfolgstypen, sie lebt in der fiktiven Welt von Idealgestalten, Stars, Superhelden, hinter deren Standards die wirklichen, die „normalen“ Menschen immer weiter zurückbleiben.

1.5. Konsumismus I: Euphorie des Materiellen

Identitätsaufbau und Individualitätsinszenierung sind auf den Konsum verwiesen. Dazu braucht man Geld: Der Postmaterialismus der Zeit fußt auf einer stabilen materialistischen Grundlage. Norbert Bolz verknüpft die beiden Dimensionen: Um „dem Leben einen Sinn zu geben, braucht man ja eigentlich Ideen wie Gott, Freiheit und Unsterblichkeit. Unser Problem ist aber, dass man diese schönen Ideen des Humanismus unter postmodernen Lebensbedingungen nicht mehr durchhalten kann. Hier springt nun das Geld ein. Das Geld ist heute unser funktionaler Ersatz für die unmöglich gewordenen Ideen des Humanismus.“¹⁰

Eine zuverlässige Präsentation des Ich findet mittels des Repertoires jener Signale statt, die durch den Konsum von Gütern und Leistungen übermittlelt werden. Denn die Güter sind allesamt symbolisch geworden: Der Sportschuh steht für Fitness. Die Hilfiger-Inschrift auf dem Pullover transportiert Coolness. Eine neue Nespresso-Maschine sagt, dass wir mit der Zeit gehen. Ein paar Swarovski-Glasscherben auf dem Handy machen deutlich, dass wir für den Glamour etwas übrig haben. Der Fairtrade-Kaffee macht uns zu mitfühlenden und kosmopolitischen Menschen. Alles ist unverlässlich, nur eine Garantie gibt es noch für eine glückliche Familie: die Fertigsauce.

Das Wesen des Konsumismus

Die Wirtschaft hat längst begriffen, dass die Konsumentinnen im Immateriellen schweben und das Materielle brauchen. Sie sind nicht gierig nach Geld, sie wollen nicht reich sein – sie brauchen nur eine Unmenge von Gütern, damit sie zu einer „Persönlichkeit“ werden; damit das Leben einen Sinn hat. Glück ist immer noch das Transzendente, aber

diese Transzendenz verbleibt im Diesseits. Gott trifft man in der Shopping Mall. Pascal Bruckner sagt: Der Kapitalismus hat alles „entsakralisiert“, außer sich selbst.¹¹ Und Sighard Neckel fügt hinzu: „An die Stelle von Gott tritt die ungeahnte Tiefe und Weite des eigenen Ich.“¹²

Welt als euphorischer Zustand

Die sich aufdrängende Symbolwelt einer konsumistischen Kultur verändert die Welt, die wir sehen. Denn diese Symbole erzählen Geschichten, die keinen Platz haben für die List des Schicksals, für tragische Helden, für existenzielle Opfer, für komplizierte Konflikte, für vielschichtige Stimmungen, für ererbte Belastungen. Dort gibt es nur strahlende Menschen, Sieger, Erfolge, Happy-end, Sauberkeit, gute Laune, Glück. Die Suggestion ist: Die wirkliche Welt ist ein euphorischer Zustand. Das hat Folgen für die Selbsteinschätzung. Wer nicht andauernd euphorisch gestimmt ist, mit dem stimmt etwas nicht. Er ist therapiebedürftig. Deshalb sind alle irgendwie therapiebedürftig.

2. Stilistische Elemente eines gelingenden Lebens

Es gehört zu den Rätseln, mit denen sich Sozialwissenschaftler herumschlagen: Reichtum macht nicht glücklich. Wohlgefühl weist keine klare Korrelation mit dem Sozialprodukt auf. Gerade in den reichen Ländern werden auch verschiedene anomische Phänomene festgestellt. Der Frage um das Glück kommt man nicht aus – sogar Ökonomen, die üblicherweise solcher philosophischen Flausen nicht verdächtig sind, beschäftigen sich zunehmend mit dieser Frage.¹³

2.1. Individualisierung II: Lebensstil der Kultivierung

Der Prozess der europäischen Individualisierung hat seine Wurzeln in der Antike, im Christentum, in der Renaissance und Reformation, in der Aufklärung – es ist ein Prozess, hinter den wir weder zurückfallen wollen noch können. Es geht

nicht um die Beseitigung von Individualität, sondern um das Verständnis dessen, was mit einer Sozialisierung zu einer gelingenden Individualität gemeint sein kann.

Qualifizierung und Kultivierung

Seit jeher war Erziehung nicht nur auf Qualifizierung gerichtet, sondern auch auf Kultivierung. Qualifizierung als dominante Idee zielt auf Verwertungsorientierung: Erziehung als Grundlage für Technik und Fortschritt, Beschäftigung und Wachstum, als Ressource in der globalen Konkurrenz, im Standortwettbewerb. Humankapital als wettbewerbspolitisches Marketing-Argument, vor dem Hintergrund einer Ökonomisierung aller Lebensbereiche. Kultivierung als traditionelle Idee ist in den letzten Jahrhunderten mit der Idee des zweckfreien Wissens verbunden worden. Da gab es einen bestimmten Kanon, was man wissen muss. Es waren natürlich auch Mechanismen der sozialen Abgrenzung, wie das Pierre Bourdieu und andere herausgearbeitet haben.¹⁴

Aber natürlich meint Kultivierung letztlich das, was man immer als „reife Persönlichkeit“ betrachtet hat: mit stabilen seelisch-geistigen Merkmalen, frei von stärkeren inneren Widersprüchen, in sich selbst ruhend, mit Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl, im Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten und Beschränkungen, kompetent in zwischenmenschlichen Prozessen. Es gibt viele dieser Beschreibungen; doch sie ähneln kaum jener Persönlichkeitsbeschreibung, die wir bislang für die späte Moderne entworfen haben.

Kultivierung und Befähigung

Gelungene Erziehung befähigt die Menschen, ein Leben zu führen, das Wertschätzung verdient. Die menschlichen Verwirklichungschancen hängen natürlich nicht nur vom Einkommen ab, sondern auch von sozialen und politischen Faktoren – und von ethischen Dimensionen. Aber neuerdings werden, gerade mit dem Blick auf praktische Ziele, auch wieder bestimmte unmoderne Fähigkeiten

betont, die über lange Zeit als bürgerliche Tugenden geschmäht worden sind. Fähigkeiten wie: Kooperationsfähigkeit; Pünktlichkeit, Verlässlichkeit; Pflichtbewusstsein, Aufgabenorientierung; Selbstständigkeit. Solche Haltungen gehen durchaus mit einer individuellen Persönlichkeit einher, allerdings einer Persönlichkeit, die keine narzisstische Haltung aufweist, sondern die in der Lage ist, Spontanismus im Interesse des Zusammenlebens zu begrenzen.

2.2. Vergemeinschaftung II: Lebensstil der Kommunität

Ralf Dahrendorf hat 1979 ein Buch über Lebenschancen geschrieben.¹⁵ Lebenschancen werden, so meint er, aus Optionen und Ligaturen komponiert; aber die Moderne hat die Ligaturen, die Bindungen und Verpflichtungen, geschwächt oder beseitigt, um die Optionen zu forcieren, und sie ist sich noch nicht im Klaren, wie mit diesem Zustand fertigzuwerden ist. Denn wie immer man es dreht und wendet: Irgendwie ist es ein trade off-Verhältnis. Wenn man mehr Optionen haben will, muss man Ligaturen abbauen. Dahrendorf hat schon damals die Vermutung geäußert, dass man sich zu stark in die Richtung der Optionen bewegt hat, zum Schaden des gemeinsamen Wohlstandes.

Gemeinschaft und Vergemeinschaftungen

Die Zeitdiagnostiker nehmen wahr, dass Gemeinschaften (Familien, Nachbarschaften, Dörfer, Vereine) flexibler, unverbindlicher, lockerer geworden sind. Es ist ein Prozess der Entbettung: disembedding. Die alten Gemeinschaften waren, in der Beschreibung von Ferdinand Tönnies, dauerhafte soziale Umgebungen: hierarchisch, generationenübergreifend, statusgebunden, face-to-face.¹⁶ Die moderne Gesellschaft kennt formale, anonyme, rationalisierte, flexible und flüchtige Interaktionen. Dabei entstehen Defizitgefühle – denn in dieser Unverbindlichkeit kann man nicht leben. Denn Zugehörigkeitswünsche bleiben bestehen, Sehnsucht nach Vertrautheit, nach gemeinsamer Erfahrung, nach interesselosem Wohlfühlen.

Posttraditionale Vergemeinschaftungen sind die Lösung für ein Problem, das Unvereinbare zu vereinbaren: den Wunsch nach Freiheit und Einzigartigkeit einerseits, den Wunsch nach Bindung und Einbettung andererseits. Es sind temporäre Vergemeinschaftungen, die solche Gefühle auslösen: Wahlgemeinschaften, Erlebnismilieus, Lebensstilgruppen, Jugendzonen. Das Gemeinschaftserleben hat man beim Popkonzert oder auf dem Fußballplatz, beim Oldtimer-Meeting oder bei der Papstmesse. Man erlebt wie die anderen, man schreit mit ihnen – und man ist auf kurze Zeit die vermaledeite Individualität los. Aber nach wohlbemessener Zeit ist alles vorbei, und man hat keine weiteren Verpflichtungen. Man kann nach Hause gehen und spontan sein, ganz anders als in herkömmlichen Gemeinschaften.¹⁷

Das aber ist auch das Problem. Deshalb liefern diese Arten von Vergemeinschaftungen nicht das, was alte Gemeinschaften geliefert haben: Verlässlichkeit, Sicherheitsgefühl, Rückhalt. Letztlich bleibt man doch allein: fastfood-Gemeinschaftlichkeit. Wenn man jemanden braucht, dann ist er nicht da.

Zeitgeist und Anomie

Es gibt eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen (1) sozialen Faktoren, die in Public Health-Studien für gesundheitsschädigende Phänomene oder in neueren Kriminalitätstheorien für deviantes Verhalten verantwortlich gemacht werden, und (2) sozialen Faktoren, die in zeitdiagnostischen Skizzen zur Beschreibung der Gegenwartsgesellschaft dargestellt werden. Anders formuliert: Was spezialisierte Krankheits- oder Kriminalitätsstudien als destruktiv für Menschen ansehen, deckt sich auffällig mit allgemeinen Gegenwartsbeschreibungen.

Im Falle der Krankheitsstudien ist auf Aaron Antonovskys „sense of coherence“ hinzuweisen. Für die Gesundheit ist es förderlich, wenn das Leben als verstehbar, bewältigbar und bedeutungsvoll wahrgenommen wird – und genau das steht

heute in Frage. Man versteht die Welt nicht mehr, man fühlt sich ausgeliefert, man findet keinen Sinn mehr im Ganzen.¹⁸ Ähnliches finden wir in der Kriminalitätsforschung, etwa in der „Bindungstheorie“ von Travis Hirschi. Vor dem Sturz in deviantes Verhalten schützen emotionale Bindungen zu Bezugspersonen, eine konventionellen Zielen verpflichtete Lebensplanung, stabile berufliche Einbindung, Freizeit in klar strukturierten Bezügen, die innere Billigung des konventionellen Wertesystems.¹⁹ Alles das sind Tendenzen, die in der Gegenwartsgesellschaft der Erosion unterliegen. Zeitgeistbeschreibungen klingen unversehens wie pathogene oder kriminogene Elemente.

2.3. Multioptionalisierung II: Lebensstil der Begrenztheit

Es ist das Wesen der Multioptionsgesellschaft: Man hat ein Recht darauf, mehr zu bekommen, mehr zu entscheiden, zu optimieren. Doch der Psychologe Barry Schwartz hat ein Buch mit dem schönen Titel *Anleitung zur Unzufriedenheit* geschrieben, und er bringt eine Fülle von empirischen Daten darüber, dass Wählenkönnen schon etwas Gutes sein mag, dass daraus aber nicht folgt, dass Mehrwählen-können besser ist. „[D]as hartnäckige Festhalten an allen verfügbaren Wahlmöglichkeiten trägt zu falschen Entscheidungen, Angst, Stress und Unzufriedenheit bei – sogar zu klinischer Depression.“²⁰

Selbsttäuschungen

In reichen Ländern kann man auswählen, und man will es. Die meisten europäischen Länder befinden sich am Beginn des 21. Jahrhunderts in einer luxuriösen Lage; das letzte halbe Jahrhundert war ein „europäisches Fenster“: explodierender Wohlstand und politische Friedlichkeit. Daraus ist die Fortsetzungsvermutung erwachsen: Die Welt werde so weiterlaufen, wie man sie bisher kennen gelernt hat, nur werde sie von Jahr zu Jahr besser – und natürlich habe man ein Recht darauf.

Der strategische Optimismus, dass die Zu-

kunftsgesellschaft alle Chancen in sich birgt, ist ein luftiges Gebilde. Die harten Zeiten kommen erst. Denn es muss ein überfordertes System „zurückgefahren“ werden: Überkonsumtion und Verschuldung sind nicht aufrecht zu erhalten. Auch wenn sich nach der Wirtschaftskrise Wachstum rasch wiederherstellen lässt, so produziert es doch keinen steigenden Lebensstandard mehr.

Damit wird die individuelle Attitüde bestärkt, aus dem System müsste alles, das Beste, herausgeholt werden: Man will maximieren. Barry Schwartz kommentiert diese Neigung so: „Unerreichbare Erwartungen nebst der bereitwilligen Neigung, Misserfolge auf die eigene Kappe zu nehmen, bilden ein verhängnisvolles Gemisch, besonders verhängnisvoll [...] für Maximierer“ – die eben nach bestmöglichen Entscheidungen trachten. Studien lassen darauf schließen, „dass Maximierer erste Anwärter auf Depressionen sind.“ Es handelt sich genau um jene Kombination, die in der zweiten Moderne als typisch beschrieben wird: „Die Neigung, hohe Erwartungen zu hegen und sich persönlich verantwortlich zu fühlen, wenn sie sich nicht erfüllen, wirkt sich nicht nur auf die Wahl aus, in welches Restaurant man geht, sondern auch auf Entscheidungen, die Ausbildung, Beruf und Eheschließung betreffen. Und selbst die trivialen Bestimmungen summieren sich. Wenn eine Enttäuschung auf die andere folgt, wenn praktisch jede Wahl, die Sie treffen, hinter Ihren Erwartungen und Ansprüchen zurückbleibt, und wenn Sie ständig die persönliche Verantwortung für die kleinsten Fehler übernehmen, gewinnt das Triviale immer größere Bedeutung, mit dem Erfolg, dass Ihnen die niederdrückende Schlussfolgerung, gar nichts auf die Reihe zu bekommen, unausweichlich erscheint.“²¹

Uneinholbarkeit des Multioptionalismus

Das Problem des Multioptionalismus geht über aktuelle Krisen hinaus. Es besteht darin, dass die Versprechungen niemals eingeholt werden können. Es kann immer mehr Möglichkeiten geben, bessere Möglichkeiten, Möglichkeiten für alle, buntere

Möglichkeiten. Eine Beschränkung der Optionen bedeutet aber nicht nur Absinken, Krise, Härte, Verzicht; sie bedroht den Lebenssinn schlechthin. Deshalb reagieren die Menschen mit Entrüstung, Angst und Panik.

Es gibt ein grundlegendes Paradoxon: Wenn der Sinn des Lebens in der Ausschöpfung aller Möglichkeiten besteht, wird die Sache umso schwieriger, je reicher Gesellschaften sind. Denn in einem begrenzten Leben, mit begrenzter Zeit und Kraft, kann man zwar versuchen, alle Erlebnisse auszuschöpfen, aber reiche Gesellschaften bieten eine derartige Vielfalt von Optionen, dass man einen immer geringeren Anteil von ihnen wahrnehmen kann. Man könnte seinen Abend auf hundert verschiedene Arten verbringen und muss doch ein oder zwei davon auswählen. Es ist ein dauerndes Verzichtserlebnis. Wenn es mehr Optionen gibt, muss man auf mehr verzichten.

Wenn es kein Kriterium des Erlebens gibt, wenn vielmehr Masse, Vielfalt und Vollständigkeit von Erlebnissen das einzige Kriterium eines guten Lebens darstellen, dann sind reiche Gesellschaften Enttäuschungsmaschinerien. Im Grunde hat es schon Emile Durkheim gesagt: Unsere Aufnahmefähigkeit ist unbegrenzt, wenn aber „von draußen keine mäßigenden Wirkungen zu uns durchdringen, dann kann sie nur eine Quelle von Qualen sein. Denn unbegrenzte Wünsche sind ex definitione nicht zu befriedigen; und nicht ohne Grund wird diese Unersättlichkeit als ein Krankheitssymptom angesehen.“²²

Heute wird vermutet, dass man irgendwo zwischen Depression, Narzissmus und Borderline landet. Alain Ehrenberg schreibt in seinem Buch über das erschöpfte Selbst: Depression zeigt letztlich die Unfähigkeit zu leben. Es ist die Krankheit des Individuums, „das sich scheinbar von den Verboten emanzipiert hat, das aber durch die Spannung zwischen dem Möglichen und dem Unmöglichen zerrissen wird.“²³ Der narzisstisch Gestörte kann keine Frustrationen ertragen.

Logik der Begrenzung

Es gab einmal eine alte Ökonomie: eine Güterproduktion zur Beseitigung von Knappheit und Not, zur Deckung der Bedürfnisse, zur Sicherung von Lebensgrundlagen. Sie war so produktiv und erfolgreich, dass sie umgebaut werden musste: Wenn man fünfmal soviel pro Stunde erzeugen kann, muss jeder (*ceteris paribus*) fünfmal soviel pro Stunde konsumieren. Sonst funktioniert der Wirtschaftskreislauf nicht. Deshalb hat die neue Ökonomie eine andere Logik: Sie ist nicht Produktion zur Beseitigung von Knappheit, sondern muss mit dem Überschuss fertig werden. Sie hat nicht Bedürfnisse zu decken, sondern zu erzeugen. Und fatalerweise sichert sie nicht die Lebensgrundlagen, sondern scheint sie zunehmend zu gefährden.

Es ist ein Lebensstil, der Unendlichkeit erfordert – Unendlichkeit im Diesseits natürlich; räumlich, zeitlich, energetisch. Eine Unendlichkeit, mit der die Menschen auch psychisch und sozial nicht recht fertig werden, wie sich in steigenden Anomie-Indikatoren dokumentiert. Deshalb erregen auch Vorschläge zu einem Lebensstil der Begrenzung verschiedentlich Aufsehen: auf Französisch *decroissance*, auf Englisch *downshifting*. Das sind natürlich zum Teil alte Vorschläge, schon in den siebziger Jahren diskutiert: Biogarten und Kompost, Fahrrad statt Auto, Baumwolle statt Plastik; generell die Verbannung der überflüssigen Dinge aus dem Leben; die Besinnung auf das, was wirklich wichtig ist; sich über selbstgebaute Tretmühlen klar werden.

Es ist zumindest klar, dass die errungenen Freiheiten etwas kosten – oder, wie es Boltanski und Chiapello formulieren, dass diese Freiheiten wenigstens eine Freiheit beseitigen: „die Freiheit, sich für Stabilität zu entscheiden, Treue als Wert anzuerkennen und ein Erbe anzutreten, das als solches akzeptiert wird, nicht, weil es eventuell Profite einbringt, sondern aufgrund seiner bloßen Existenz.“²⁴

2.4. Sensationalismus II: Lebensstil der Normalität

Die Bilder des glücklichen Lebens werden in der zweiten Moderne zu Glückszwängen. Jeder hat happy zu sein. Es ist nicht nur so, dass Geld und Spaß akzeptabel sind; vielmehr werden Nicht-Geld und Nicht-Spaß unakzeptabel. Pessimismus ist nicht mehr eine zulässige Lebenshaltung, sondern gilt als behandlungsbedürftige Abweichung. Ältere Menschen müssen bis an die Grenze ihrer Demenz jugendlich (und infantil) bleiben. Und wer nicht schön ist, der hat in seinen Verpflichtungen sich selbst gegenüber – und seien sie chirurgischer Art – versagt. Das normale Leben wird entwürdigt. Wer nicht in den oberen Etagen spielt, ist ein Verlierer.

Das richtige Leben im falschen

Früher hat es einmal geheißen: Es gibt kein richtiges Leben im falschen. Aber das ist falsch. Ein System dieser Art kann nur noch auf individueller Ebene unterlaufen werden. Es ist flexibel und tolerant genug, das sind ja auch sein Vorzug und seine Stärke. Es lässt zu, dass es Spielräume gibt, dass andere Lebensweisen gelebt werden. Man kann auch mit einem 15 Jahre alten Auto fahren. Wenn man daraus ein gutes Argument macht, dann wird das nicht nur akzeptiert, sondern vielfach auch bewundert.

Man braucht dazu aber persönliche Stärke. Man muss für sich und für andere argumentieren können, warum man dies oder jenes anders macht als alle anderen. Das ist nicht immer einfach. Persönliche Reifwerdung hat immer bedeutet, augenblickliche Impulse zurückzudrängen, längerfristige Perspektiven und dauerhafte Routinen zu entwickeln; alles andere wäre als geistlose Existenz betrachtet worden.²⁵ Doch die Idee eines reifen Menschen muss in einer sensationalistisch-konsumistischen Gesellschaft als lächerlich erscheinen. Der reife Mensch ist langsam, bedächtig, reflexiv, umsichtig – d. h. er ist ein zurückhaltender, unanständiger Konsument, ein Wirtschaftsschädling, ein Bremser für die Zukunftsdynamik, ein Sklerotiker und ein

Bedenkenträger. Begeisterte Mitmacher, Fahnen-träger und Chancenergreifer sind gefragt – auch wenn diese sich auf Dauer selbst krank machen.

Distanz und Gelassenheit

Normalität bedeutet nicht: tun, was alle tun; ganz im Gegenteil. Es gilt unter den gegebenen Umständen vielmehr das Prinzip der Distanzierung. Normal sein heißt: ein wenig auf Distanz gehen zu den Dummheiten dieser Welt – im Sinne innerlicher Freiheit. Das ist nicht im Sinne des üblichen Psycho-Speak gemeint. Es gibt eine Menge an neuen Heilsversprechen, welche die zerbrochene Welt wieder ganz machen wollen. Der Kitsch spielt sich meist in irgendwelchen quasi-religiösen Mischungen von Psycho-Varianten und Esoterik ab.

Normalität bedeutet auch nicht: sich zufrieden geben; Biedermeier; Kleinkariertheit. Sie ist durchaus mit Bestrebungen verbunden: etwas wollen, etwas schaffen, neugierig sein. Neugier aber nicht im Sinne von: bei jeder Sensation dabei sein wollen; sondern: Achtsamkeit. Achtsamkeit sich selbst und anderen gegenüber; der Welt gegenüber nicht ignorant sein; als Gegensatz zur Fernsehberieselung.

Sehr wohl aber bedeutet Normalität: sich mit dem Prinzip der Gelassenheit anfreunden. In den Umkreis des Begriffes gehören: Gleichmut, innere Ruhe, Gemütsruhe, Besonnenheit, Abgeklärtheit, Bedachtsamkeit, Gefasstheit, Mäßigung, Seelenruhe, Contenance, Selbstbeherrschung, Umsicht; vielleicht sogar Coolness – das Gegenteil von Unruhe, Stress, Aufgeregtheit, Sensationalismus. Es handelt sich nicht um Stoizismus, Gleichgültigkeit, Wurschtigkeit, Fatalismus – eine lange philosophische Tradition, die die spätmoderne Gesellschaft gar nicht mag.

2.5. Konsumismus II: Lebensstil der Lebensbewältigung

Wenn der glückliche Lebensstil durch ein vollgefülltes, nicht ein erfülltes Leben definiert ist, vollgefüllt mit Erlebnissen, Events, Reizungen,

Spaß, dann geht es nicht zuletzt um ein materielles, monetäres, konsumistisches Leben. Geld ist „vorurteilsfrei“. Über gute und schlechte Kunst kann man streiten, aber über Versteigerungsergebnisse nicht. Deshalb beendet Geld jeden Streit, es misst ganz einfach, was Menschen tun. Kaufen ist basisdemokratisch, denn es heißt: Macht für jeden. Zukunftsvision: zwei Prozent Glückssteigerung pro Jahr, in Einklang mit dem Sozialprodukt.²⁶

Irgendwie scheint es aber nicht zu funktionieren, denn die statistischen Daten sind irritierend. Nicht nur, dass jenseits einer bestimmten Wohlfahrtsschwelle keine klare Korrelation zwischen Sozialprodukt und Zufriedenheit der Menschen mehr zu finden ist; die verfügbaren Datenreihen scheinen keine glückliche Gesellschaft zu beschreiben. Die Partnerbeziehungen werden kurzfristiger, Selbstmordraten steigen an, Depressionen und Ängste vermehren sich, Psychopharmaka werden geschluckt wie nie zuvor, Kriminalitätsraten steigen an. Offenbar handelt es sich um Anomieindikatoren, ausgerechnet in den reichen, harmonischen und glücklichen Ländern.

Bildung als Ressource für bescheidene Zeiten

Was macht eine Gesellschaft, die keine anderen Orientierungen mehr hat als Geld, Konsum und Nachfrage? Für die der Sinn des Lebens darin besteht, im nächsten Jahr mehr einkaufen zu können? Was macht diese Gesellschaft, wenn die „Schönwetterphase“ vorbei ist? Denn globale Konvergenz heißt möglicherweise nicht nur: alle werden reich. Konvergenz ist möglicherweise Konvergenz: Luxus schrumpft.

In diesem Fall ist in einer nihilistisch-konsumistischen Gesellschaft die einzige Sinnstiftung gefährdet. Bildung könnte helfen. Denn gebildete Menschen beziehen ihre Zufriedenheit nicht aus dem Einkaufszentrum, sie haben eine andere Weltorientierung. Ihnen bleibt auch unter knappen materiellen Verhältnissen etwas erhalten, worüber die „Konsumsüchtigen“ nicht verfügen. Bücher sind nicht nur ein billiges Vergnügen; vor

allem geht es um eine andere Lebenseinstellung, um ein komplexeres Weltverständnis. Bildung als Versuch, Barbarentum zu verhindern: eine Entwildung der Gesellschaft bewirken oder wenigstens ihre Verwildung bremsen.

Unmoderne Mentalitäten

Die Idee eines genügsamen Menschen muss in der Gegenwart lächerlich anmuten, es klingt unangenehm nach Askese, und diese ist bestenfalls akzeptabel als Fastenkur übersättigter Menschen. Aber wir gehen einer kargeren Gesellschaft entgegen, und sie wird uns Elemente eines Lebensstils der Bescheidenheit wieder beibringen. Globalisierte Konkurrenz, die demographische Situation, explosive Gesundheitskosten, steigende Transaktionskosten in einer überkomplexen Gesellschaft, die Umweltsituation und die Erschöpfung der Ressourcen – alles geht nicht mehr zusammen.

Bescheidenheit heißt nicht: ein karges oder hartes Leben. Es gibt den alten Spruch: Ich habe so wenig Geld, ich kann es mir nicht leisten, billige Sachen zu kaufen. Es geht um freiwillige Zurücknahme, Verweigerung: *voluntary simplicity*.²⁷ Um einen Lebensstil des *satisficing*: Genug ist genug. Ferien in der Sommerfrische. Keine Weltreise. Äpfel aus Südafrika sind Unsinn. Den Zirkus mit dem Imponiergehabe muss man nicht mitmachen, freilich muss man die Konsequenzen akzeptieren, wie bei jedem Akt der Zivilcourage: Man rutscht an die Peripherie. Da braucht man Selbstbewusstsein.

Referenzen

- 1 Keupp H. u. a., *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1999)
- 2 Gross P., *Ich-Jagd*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1999)
- 3 Lasch C., *Das Zeitalter des Narzißmus*, Hoffmann und Campe, Hamburg (1995); Twenge J. M., *Generation Me. Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled - and more miserable than ever before*, Free Press, New York (2006)
- 4 Prisching M., *Das Selbst, die Maske, der Bluff. Über die Inszenierung der eigenen Person*, Molden, Wien (2009)
- 5 Hitzler R., *Die Bastelgesellschaft*, in: Prisching M. (Hrsg.), *Modelle der Gegenwartsgesellschaft*, Passagen, Wien (2003), S. 65-80
- 6 Ehrenberg A., *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*, Campus, Frankfurt am Main (2004), S. 4
- 7 Elias N., *Über den Prozeß der Zivilisation*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1978/79)
- 8 Prisching M., siehe Ref. 4
- 9 Gross P., *Die Multioptionsgesellschaft*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1994)
- 10 Bolz N., *Das konsumistische Manifest*, Fink München (2002), S. 86
- 11 Bruckner P., *Ich kaufe, also bin ich. Mythos und Wirklichkeit der globalen Welt. Ein Essay*, Aufbau-Verlag, Berlin (2004), S. 129
- 12 Neckel S., *Die Macht der Unterscheidung. Essays zur Kultursoziologie der modernen Gesellschaft*, Campus, Frankfurt am Main (2000), S. 38f.
- 13 Bellebaum A., Herbers D. (Hrsg.), *Glücksangebote in der Alltagswelt*, Aschendorff, Münster (2006); Layard R., *Die glückliche Gesellschaft. Kurswechsel für Politik und Wirtschaft*, Campus, Frankfurt/Main (2005); Binswanger M., *Die Tretmühlen des Glücks. Wir haben immer mehr und werden nicht glücklicher. Was können wir tun?*, Herder, Freiburg im Breisgau (2006)
- 14 Fuhrmann M., *Der europäische Bildungskanon des bürgerlichen Zeitalters*, Insel, Frankfurt-Leipzig (2000); Bourdieu P., *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1987)
- 15 Dahrendorf R., *Lebenschancen*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1979)
- 16 Tönnies F., *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt (1991)
- 17 Hitzler R., Honer A., Pfadenhauer M. (Hrsg.), *Posttraditionale Gemeinschaften. Theoretische und ethnografische Erkundungen*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2008)
- 18 Antonovsky A., *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, San Francisco u. a. (1988)
- 19 Gottfredson M., Hirschi T., *A General Theory of Crime*, Stanford Univ. Press, Stanford (1990); Hirschi T., *Causes of Delinquency*, Univ. of Calif. Press, Berkeley u. a. (1969)
- 20 Schwartz B., *Anleitung zur Unzufriedenheit. Warum weniger glücklicher macht*, Ullstein, Berlin (2006), S. 11
- 21 Schwartz B., siehe Ref. 20, S. 238f.
- 22 Durkheim É., *Der Selbstmord*, Suhrkamp, Frankfurt am

Main (1983), S. 281

- 23 Ehrenberg A., siehe Ref. 6, S. 12
- 24 Boltanski L., Chiapello È., *Der neue Geist des Kapitalismus*, UVK: Konstanz (2003), S. 509
- 25 Sennett R., *Der flexible Mensch*, Berlin-Verlag, Berlin (1998)
- 26 Binswanger M., siehe Ref. 13
- 27 Doherty D., Etzioni A., *Voluntary Simplicity. Responding to Consumer Culture*, Rowman & Littlefield, Lanham (2003); Elgin D., *Voluntary Simplicity. Toward a Way of Life That is Outwardly Simple, Inwardly Rich*, Morrow, New York (1981)

R. Horst Noack

Gerechtigkeit im solidarisch finanzierten Gesundheitssystem

Justice in a solidarily financed health system

Zusammenfassung

Die nachhaltigen Gerechtigkeitsdimensionen Armutsvermeidung, Bildungszugang und Soziale Netze jenseits der Arbeit sind inhaltlich weitgehend mit den sozialen Gesundheitsdeterminanten identisch. Seit Bismarcks Sozialreformen in den 1880er Jahren wurden zunächst in Deutschland, in der Monarchie Österreich-Ungarn und später in anderen Staaten solidarische Finanzierungssysteme der Krankenversorgung geschaffen. Diese haben die staatlichen Budgets nicht belastet und eine verbesserte Zugangsgerechtigkeit zu den Krankenversorgungssystemen ermöglicht. In den Staaten mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen in Skandinavien, im angelsächsischen und im Mittelmeerraum sind die Werte des Indikators Gesunde Lebensjahre bei Geburt zumeist höher als in Ländern mit solidarischer Finanzierung wie Deutschland und Österreich. Dies lässt auf eine vergleichsweise niedrige Versorgungs- und Gesundheitsgerechtigkeit schließen. Es stellt sich die Frage, ob eine ausgewogene Steuerfinanzierung der Gesundheitssysteme mindestens ebenso gerecht oder gerechter als das solidarische Finanzierungssystem wäre.

Schlüsselwörter: Soziale Gerechtigkeit, Gerechtigkeitsdimensionen, Solidarische Finanzierung, Rationierung

Abstract

Sustainable dimensions such as prevention of poverty, access to education, and social networks outside employment correspond quite closely to the social determinants of population health. Following Bismarck's social reforms in the 1880s, health care systems financed according to the principle of social solidarity were adopted in Germany, by the Monarchy Austria-Hungary and later by other states. There was no additional burden for state budgets, and a more equitable access to health care was made possible. In the Scandinavian, Anglo-Saxon, and Mediterranean states where health care systems are financed from tax revenues, indicators of healthy life years tend to be higher than in countries with solidary health care financing. This may indicate a relatively low level of equitable health care and of equitable health. The question may be raised whether a well-balanced system of health care financing from tax revenues would be as equitable or even more equitable as a system of health care financed according to the solidarity principle.

Keywords: Social justice, Dimensions of equitableness, Principle of Solidarity, Rationing

Em.Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack, Ph.D.
Institut für Sozialmedizin & Epidemiologie
Universitätsplatz 4/III, A-8010 Graz
horst.noack@meduni-graz.at

1. Einleitung

In den Jahren 1996 bis 2002 schrumpfte in den EU15-Ländern der Bevölkerungsanteil von Personen, die mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden sind, im Durchschnitt um 20%. In Österreich stieg der Anteil der Zufriedenen dagegen von 62 auf 69%.¹ Zufriedenheit ist zwar ein beliebter, aber wenig aussagekräftiger Indikator zur Bewertung komplexer Eigenschaften oder Prozesse des Gesundheitswesens wie z. B. dessen Gerechtigkeit oder politische Steuerung. Schon der Name Gesundheitswesen trägt, denn es handelt sich um ein hoch entwickeltes, differenziertes und teilweise überaus leistungsfähiges soziales System, das primär der Behandlung von Krankheiten und der Versorgung kranker Menschen dient. Dieses „Wesen“ wurde in den Sozialversicherungsländern Deutschland und Österreich vor mehr als einem Jahrhundert durch eine neue Form solidarischer Finanzierung, das so genannte Solidaritäts- oder Solidarprinzip, nachhaltig geprägt.

Vieles hat sich verändert, das Solidarsystem ist uns geblieben. Heute stellt sich die Frage, ob es noch tauglich und gerecht für den Umgang mit den großen Herausforderungen im modernen Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts ist. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit zwei komplizierten Fragen:

1. Wie lässt sich die Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems und speziell die Gerechtigkeit der österreichischen und deutschen Gesundheitssysteme definieren?
2. Gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der solidarischen Finanzierung und der Gerechtigkeit von Gesundheitssystemen?

2. Soziale Gerechtigkeit und Gesundheit

Gerechtigkeit wird weltweit als Grundnorm menschlichen Zusammenlebens verstanden. Soziale Gerechtigkeit gilt allgemein als Leitbild einer Gesellschaft, das sich auf die Verteilung ihrer Güter nach Maßgabe der vorherrschenden ethischen Normen und sozialpolitischen Prinzipien bezieht. Gesundheit im Sinne der im Völkerrecht

verankerten Allgemeinen Menschenrechte ist eines dieser Güter.

Zentrale Dimensionen sozialer Gerechtigkeit sind Chancengerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit. Diese umfasst Leistungs- und Bedarfsgerechtigkeit. Das Bundesverfassungs-Gesetz der Republik Österreich und das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland erkennen die allgemeinen Normen und Prinzipien des Völkerrechts als Bestandteile des Bundesrechts an. Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahre 1948 definiert das Recht auf Gesundheit:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen.“²

Theorie und Begriff der Gerechtigkeit werden im 20. Jahrhundert wesentlich durch den amerikanischen Philosophen J. Rawls und sein Hauptwerk, *A Theory of Justice*, geprägt. Rawls' Ausgangsfrage ist: Welche Gerechtigkeitsgrundsätze würden freie und vernünftige Menschen in einer gleichen und fairen Ausgangssituation in ihrem eigenen Interesse wählen? Seine beiden Grundpositionen lauten: „Gerechtigkeit als Fairness“, wobei die erste Vorrang vor der zweiten hat:

1. „Jede Person hat den gleichen unabdingbaren Anspruch auf ein völlig adäquates System gleicher Grundfreiheiten, das mit demselben System von Freiheiten vereinbar ist.“
2. „Soziale und ökonomische Ungleichheiten müssen zwei Bedingungen erfüllen: Erstens müssen sie mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die unter Bedingungen fairer Chancengleichheit allen offen stehen; und zweitens müssen sie den am wenigsten begünstigten Angehörigen der Gesellschaft den größten Vorteil bringen (Differenzprinzip).“³

Aufbauend auf den sozialliberalen Ansätzen von J. Rawls und A. Sen und dem komunitären Ansatz M. Walzers hat W. Merkel eine differenzierte Theorie sozialer Gerechtigkeit entwickelt. Diese

definiert fünf Handlungspräferenzen, die auf entsprechende Dimensionen sozialer Gerechtigkeit ausgerichtet sind:⁴

1. Vermeidung von Armut
2. Gleiche Bildungschancen
3. Inklusion in den Arbeitsmarkt
4. Soziale Sicherungsnetze jenseits der Arbeit
5. Vermeidung extremer Einkommensungleichheiten.

Diese fünf Gerechtigkeitsdimensionen sind zugleich wirksame Einflussfaktoren auf die Gesundheit, in der sozialepidemiologischen Fachsprache auf ausgewiesene soziale Gesundheitsdeterminanten.^{5,6} Sie sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen vielmehr in einem wechselseitigen dynamischen Wirkungszusammenhang.

Merkels zentrales Konstrukt ist distributive oder Verteilungsgerechtigkeit. In vergleichenden makrosoziologischen Studien untersucht er anhand der fünf Handlungsdimensionen die quantitative Ausprägung sozialer Gerechtigkeit in ausgewählten Ländern des modernen Wohlfahrtskapitalismus. In einer ersten empirischen Studie unterscheidet Merkel zunächst drei und in einer

späteren Studie fünf hierarchische Stufen *distributiver Gerechtigkeit*, denen er die untersuchten OECD-Länder zuordnet (Tabelle 1).⁷

Nach der Gerechtigkeitstheorie Merkels zeichnen sich die Länder des „skandinavischen Blocks“ durch ein hohes Maß an sozialer Gerechtigkeit aus. Mit deutlichem Abstand folgen die Sozialversicherungsstaaten Kontinentaleuropas. Für Österreich wurde ein Gerechtigkeitsindex von 3,00 (Rang 7 von 23 OECD-Ländern) und für Deutschland von 2,09 (Rang 10) errechnet. Niedrigere Gerechtigkeitsniveaus weisen in absteigender Folge die Länder des „angelsächsischen Blocks“, die neuen mittel- und osteuropäischen EU-Mitglieder und mit sehr großem Abstand die Mittelmeerländer der EU auf.

Wenn die Dimensionen sozialer Gerechtigkeit wirksamen sozialen Gesundheitsdeterminanten entsprechen, sollte das umso mehr für den Gesamtindex der Gerechtigkeit gelten, der diese Dimensionen einschließt. Um den Zusammenhang zwischen Gerechtigkeit und Gesundheit zu erkunden, wird der Indikator Gesundheitserwartung gewählt. Dieser gibt Auskunft über die gesunden und beschwerdefreien Lebensjahre, die in einer ausge-

Stufen sozialer Gerechtigkeit	Gerechtigkeitsindex 1990-2005*
Sozialstaaten Skandinaviens: Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden	6,46
Sozialversicherungsstaaten Kontinentaleuropas: Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Österreich	1,91
Marginale angelsächsische Sozialstaaten: Australien, Großbritannien, Irland, Kanada, USA	0,06
Mittel- und osteuropäische „Newcomer“: Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn	-1,02
Südeuropäische „Nachzügler“: Griechenland, Italien, Portugal, Spanien	-4,53
Österreich	3,00
Deutschland	2,09

Tab. 1: Soziale Gerechtigkeit (1990-2005) in OECD-Ländern⁸

* Der Gerechtigkeitsindex wurde aus z-Werten in den Indikatorgruppen Armut, Bildung, Arbeit, Sozialausgaben, Einkommen, Generationen- und Geschlechtergerechtigkeit berechnet. Quelle: Eigene Berechnungen von W. Merkel.

wählten Bevölkerung für eine definierte Lebensalterstufe zu erwarten sind.

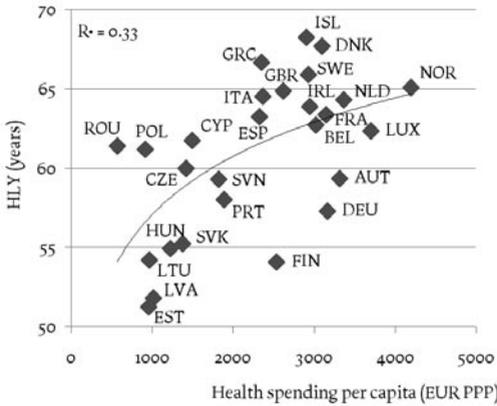


Abb. 1: Gesunde Lebensjahre bei Geburt 2005 und Gesundheitsausgaben pro Kopf 2008⁹

Abbildung 1 zeigt für die europäischen OECD-Länder die Gesunden Lebensjahre (Healthy life years / HLY) in Abhängigkeit von den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in *Purchasing power parities* (PPPs) im Jahre 2007.¹⁰ Danach haben Länder mit höheren Gesundheitsausgaben tendenziell eine höhere Gesundheitserwartung. In den Ländern mit dem höchsten Gerechtigkeitsindex (Skandinavischer Block mit Ausnahme Finnlands) ist die Gesundheitserwartung deutlich höher als in den Sozialversicherungsstaaten. In dieser Ländergruppe liegen die Durchschnittswerte der Gesunden Lebensjahre für Österreich (59,4 Jahre) und Deutschland (57,3 Jahre) deutlich unter der durchschnittlichen Gesundheitserwartung aller einbezogenen Länder. In den untersuchten Ländern des angelsächsischen Blocks (Großbritannien, Irland), den neuen EU-Ländern (Ausnahme: Ungarn) und in den Mittelmeerländern der EU sind die durchschnittlichen Gesunden Lebensjahre trotz niedriger oder sehr niedriger Gerechtigkeitsindizes zumeist relativ hoch. Das heißt, es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Gerechtigkeit und Gesunden Lebensjahren im Bereich höherer Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit (Ausnahmen: Deutschland,

Österreich). Insgesamt erlauben die vorliegenden Erkenntnisse aber noch keine schlüssigen Aussagen über das Verhältnis von sozialer Gerechtigkeit und Lebenserwartung bei guter Gesundheit und Beschwerdefreiheit.

Eine 2010 erschienene Studie der Bertelsmann-Stiftung untersucht die Länderprofile der Teilhabegerechtigkeit in 31 OECD-Ländern basierend auf einem leicht veränderten Konzept von W. Merkel. Die fünf Zieldimensionen sind I. Armutsvermeidung, II. Zugang zu Bildung, III. Inklusion in den Arbeitsmarkt, IV. Soziale Kohäsion und Gleichheit sowie V. Generationengerechtigkeit. Dafür wurden quantitative *Sustainable Governance Indicators* (SGI) entwickelt.¹¹ Der Ländervergleich basiert auf 18 quantitativen und sieben qualitativen Indikatoren. Die verwendeten Daten stammen überwiegend von der OECD; bei den zusätzlich eingeflossenen qualitativen Indikatoren handelt es sich um ausführliche Experteneinschätzungen, die auf der Basis eines detaillierten Fragebogens für verschiedene Politikfelder in allen OECD-Staaten von rund 70 internationalen Länderexperten erhoben wurden.¹² Verwendet wird eine Bewertungsskala von 1 (schlechtester Wert) bis 10 (Bestwert). Eine lineare Transformation der Rohwerte gewährleistet die Vergleichbarkeit quantitativer und qualitativer Indikatoren.

Abbildung 2 zeigt die Rangfolge der OECD-Länder entsprechend der für sie errechneten sozialen Teilhabegerechtigkeit. Wie schon in der früheren Studie von W. Merkel sind die skandinavischen Länder am gerechtesten, gefolgt von den Niederlanden, der Schweiz, Frankreich und Österreich, welches Rang 9 einnimmt. Deutschland befindet sich auf Rang 15, die USA auf Rang 25 und die Türkei auf dem untersten Rang 31.¹³ Auch hier zeigt sich ein gewisser Zusammenhang zwischen Gerechtigkeit und Gesunder Lebenserwartung (Abbildung 1), wobei Österreich, Deutschland und auch Finnland aufgrund relativ niedriger Gesundheitserwartungen gewissermaßen aus dem Trend fallen.

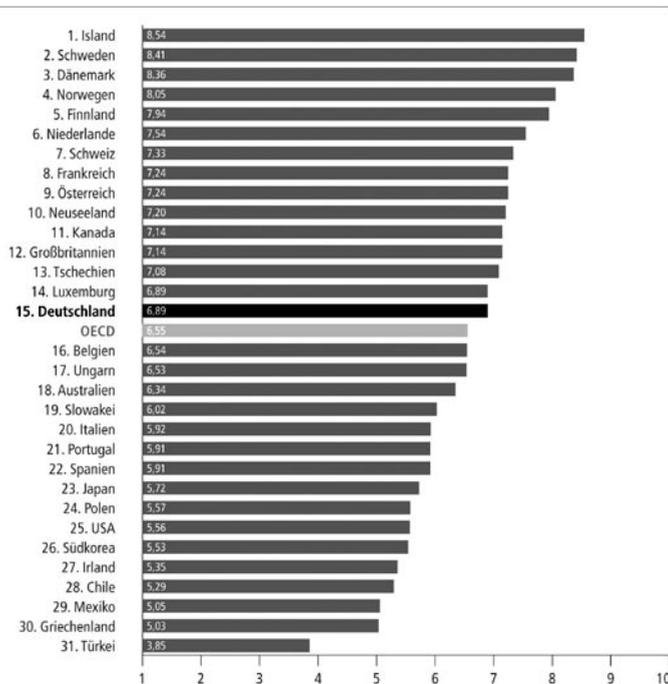


Abb. 2: Soziale Gerechtigkeit in der OECD im Jahr 2011, Index gewichtet. Bewertungsskala von 1 (schlechtester Wert) bis 10 (Bestwert)¹⁴

3. Solidarische Finanzierung und Versorgungsgerechtigkeit

Österreich gehört zu den fünf verbliebenen Sozialversicherungsländern (Tabelle 1), in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts waren es deutlich mehr. Die österreichische Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung und umfasst 99% der Bevölkerung. In der deutschen Sozialversicherung sind nahezu 90% der Bevölkerung pflichtversichert oder freiwillig versichert, der Anteil der Pflichtversicherten ist somit deutlich niedriger als in der österreichischen Sozialversicherung. Die Nicht-Versicherten tragen das gesamte Erkrankungsrisiko selbst und die freiwillig Versicherten einen Teil dieses Risikos.

Grundprinzipien der gegen Ende des 19. Jahrhunderts errichteten Sozialversicherung sind Solidarität, paritätische Finanzierung, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität.¹⁵ Ein Grundpfeiler der sozialen Krankenversicherung und zugleich

der Steuerung und Gestaltung der Krankenversorgung (Governance) ist das Solidarprinzip. Es besagt, dass alle zu versichernden Risiken von der Solidargemeinschaft der Versicherten gemeinsam getragen werden, unabhängig von der Höhe der eingezahlten Beiträge, die vom Einkommen der Versicherten abhängen. Ein viel zitierter Grundsatz des Solidarprinzips lautet: *Einer für alle, alle für einen*. Es erfolgt ein Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Männern und Frauen, Jung und Alt, Viel- und Wenigverdienern, Familien und Singles. Die finanziellen Mittel werden paritätisch, d. h. zu etwa gleichen Teilen aus den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber bereitgestellt. Die solidarische Finanzierung soll sicherstellen, dass alle Versicherten das gleiche Recht auf eine hochwertige Gesundheitsversorgung haben.¹⁶

Wie gerecht ist die solidarische Finanzierung? Gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen solidarischer Finanzierung, Ver-

sorgungs- und Gesundheitsgerechtigkeit? Diese beiden Fragen werden im Folgenden am Beispiel Deutschlands und Österreichs auf Basis der verfügbaren Daten und der historischen Erkenntnis-

se näher untersucht. In beiden Ländern werden heute rund drei Viertel der Ausgaben für die Krankenversorgung öffentlich finanziert, in Österreich 77,7% und in Deutschland 73,0% (Tabelle 2). Zirka

Gesundheitsausgaben (Gesamtausgaben = 100%)	Deutschland¹⁷		Österreich¹⁸	
	F	M	F	M
Lebenserwartung 2005-2007 (Jahre) Rang: innerhalb von 32 OECD-Ländern (Bereich: Frauen: 76,2 - 84,4, Männer: 65,1 - 79,1)	82,3 10	77,1 9,5	82,7 9	77,1 9,5
Gesunde Lebensjahre 2005-2007 Rang: innerhalb von 32 OECD-Ländern (Bereich: Frauen: 53,0 - 70,0, Männer: 49,0 - 69,3)	57,1 24	58,2 26	60,5 22	57,4 23
Öffentliche Ausgaben 2009 Finanzierung 2008 Sozialversicherung Pflegeversicherung/Langzeitpflege Prävention, öffentliche Gesundheit (EU: 2,9%) Öffentliche Haushalte Zugang zu Allgemeinpraktikern in 17 OECD-Ländern 2002 ¹⁹	73,0% 57,8% 7,3% 3,7% 4,9% Drittbesten Rang		77,7% ca. 50% 6,5% 1,5% ca. 23% Viertbesten Rang	
Private Ausgaben (out-of-pocket-Ausgaben) Finanzierung 2008²⁰ Private Haushalte („out of pocket“) Private Krankenversicherung Arbeitgeber/Dienstgeberbeiträge	27,0% 13,0% 9,5% 4,2%		22,3% 15,1% 4,5% 2009: Private Anbieter, ca. 2,8 Mio. Verträge, 1,591 Mio. EUR Prämien, 5,25% der Gesundheitsausgaben ²¹	
Gesundheitsausgaben 2009 Anteil Bruttoinlandsprodukt Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf 1998 - 2008 (EU: 4,6% / Jahr) ²²	278.345 Mio. EUR 11,6% BIP 1,8% / Jahr*		30.308 Mio. EUR 11,0% BIP 2,4% / Jahr	

Tab. 2: Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben 2008-2009 in Deutschland und Österreich.²³

* Laut Deutschem Statistischem Bundesamt 2,7% im Zeitraum 2000-2008

50% der Gesundheitsausgaben stammen in Österreich aus Einkünften der Sozialversicherung, in Deutschland sind es 57,8%. 22,3% der Gesundheitsgaben werden in Österreich gegenüber 27,0% in Deutschland privat und somit nicht solidarisch finanziert (Tabelle 2).

Während in Österreich nahezu die gesamte Bevölkerung die Solidargemeinschaft bildet, sind es in Deutschland ungefähr 90%. Aber rund 2,8 Millionen (33%) Österreicherinnen und Österreicher leisten sich eine private Zusatzversicherung im Rahmen eines Vertrages mit einer der acht privaten Versicherungsgesellschaften (Tabelle 2). Ihr Zweck besteht einerseits darin, den Komfort einer der häufigen Spitalsaufenthalte (Zweibettzimmer in der Sonderklasse) aufzubessern – 2008 sind es 28 Aufenthalte pro 100 Einwohner im Vergleich zu 23 in Deutschland und 17 im EU-Durchschnitt. Andererseits können die häufig mit einem Aufenthalt in der Sonderklasse verbundenen Privathonorare der leitenden Ärzte/Ärztinnen abgerechnet werden.

Da der Rechtsanspruch auf eine qualitativ adäquate Behandlung und Pflege durch die Pflichtversicherung gewährleistet ist, sollte der Sonderklasse-Status im Prinzip mit keinen weiteren Vorteilen, wie z. B. kürzere Wartezeiten bei der Aufnahme oder bessere Behandlungskapazität, verbunden sein. Das Gesamtvolumen der Zusatzversicherungen mit mehr als 5% der österreichischen Gesundheitsausgaben ist ein nicht unerheblicher Wirtschaftsfaktor und finanzieller Anreiz für Führungskräfte und teilweise auch für Bedienstete im stationären Sektor.²⁴ Ebenso wie die nicht oder freiwillig Versicherten im deutschen Versorgungssystem gehören Personen mit einer Zusatzversicherung überwiegend der gehobenen Einkommensschicht an.

Sowohl die Möglichkeit freiwilliger Versicherungsformen im Sozialversicherungssystem als auch die weit verbreiteten Zusatzversicherungen werfen einen gewissen Schatten auf die Gerechtigkeit der Gesundheitssysteme in beiden Ländern. Diese werden in der Öffentlichkeit im Vergleich zu steuerfinanzierten Systemen in nordwestlichen

oder nördlichen Teilen Europas häufig als besonders gerecht dargestellt, weil sie solidarisch finanziert werden und kaum eingeschränkte Zugänge infolge hoher vorgehaltener Kapazitäten ermöglichen. Gesundheitswissenschaftlich fundierte Studien über Gerechtigkeitsunterschiede zwischen unterschiedlich finanzierten Versorgungssystemen sind uns nicht bekannt. Es gibt aber zahlreiche Hinweise, dass die Gesundheitsausgaben in solidarisch finanzierten Versorgungssystemen tendenziell höher als in steuerfinanzierten Systemen sind.²⁵ Nicht nur öffentliche Gesundheitsausgaben, ihre Entstehung und Legitimation implizieren Fragen nach ihrer gerechten Verteilung, sondern ebenso die privaten Gesundheitskosten und -ausgaben. Auch diese sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen.²⁶ Die zusätzlichen Ausgaben (*out-of-pocket*-Ausgaben) der privaten Haushalte mit 15,1% der Gesundheitsausgaben in Österreich und 13,0% in Deutschland (Tabelle 2) sind in der EU vergleichsweise hoch und für viele kranke Menschen zunehmend auch aus der Mittelschicht eine wachsende Belastung.²⁷

In der Diskussion über Fragen der solidarischen Finanzierung der Krankenversorgung und ihrer sozialen Gerechtigkeit ist Versorgungsgerechtigkeit ein zentraler Begriff. Was heißt Versorgungsgerechtigkeit und wie lässt sich dieser Begriff gegen verwandte Begriffe abgrenzen? Auf der Grundlage einer allgemeinen Rahmentheorie öffentlicher, bevölkerungsweiter Gesundheitsentwicklung lassen sich drei Funktionssysteme unterscheiden.²⁸ Für jedes dieser Funktionssysteme werden eine oder zwei funktionale Gerechtigkeitsdimensionen definiert, die im Folgenden, soweit entsprechende Informations- und Wissensgrundlagen vorhanden sind, analysiert und diskutiert werden:

- Individuelle Kranken- und Pflegeversorgung – *Zugangsgerechtigkeit, Versorgungsgerechtigkeit*
- Kollektive Gesundheitsförderung/ Krankheitsprävention – *Gesundheitsgerechtigkeit*
- Systemsteuerung und Systemgestaltung (Governance) – *Systemgerechtigkeit*.

Beim Vergleich des Zusammenhangs zwischen

Gesunden Lebensjahren und Gesundheitsaufgaben der OECD-Länder (Abbildung 1) fällt auf, dass alle fünf Sozialversicherungsländer zur Gruppe der EU-Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben gehören. 2009 sind Deutschland und Österreich nach Luxemburg die beiden EU-Länder mit den zweit- und dritthöchsten Gesundheitsausgaben (11,6 und 11,0% des Brutto-Inlands-Produkts/BIP). Wie bereits im Kapitel 2 gezeigt, liegen die Gerechtigkeitsindizes der skandinavischen Länder, deren Sozial- und Gesundheitssysteme steuerfinanziert sind, deutlich über denen der Sozialversicherungsländer mit solidarischer Finanzierung (Abbildung 2, Tabelle 1). Die Gesundheitsausgaben in den OECD- und EU-Ländern folgen seit den 1990er Jahren einem stetigen Aufwärtstrend, weit über der Zunahme des Bruttoinlandsprodukts dieser Länder. Die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben in Deutschland und Österreich liegen jedoch deutlich unter dem Durchschnittswert der EU-Länder (Tabelle 2).

Neuere wissenschaftliche Untersuchungen zur Zugangs- und Versorgungsgerechtigkeit sind uns leider nicht bekannt. In einem OECD-Bericht aus dem Jahr 2002 nehmen Deutschland und Österreich den dritt- und viertbesten Rang bei der Bewertung des Zugangs zu Allgemeinpraktikern ein. Diese Bewertung und die mehrfachen Zugangsmöglichkeiten lassen den Schluss zu, dass sich die Zugangsgerechtigkeit der deutschen und österreichischen Gesundheitssysteme allgemein auf einem hohen oder angemessenen Niveau befindet. Die relativ große Zahl der privaten Zusatzversicherungsverträge in Österreich und der privaten Krankenversicherungen in Deutschland, die – wie häufig berichtet – mit einem privilegierten Zugang zu knappen Operationsterminen und Krankenhausbetten verbunden sein können, sprechen jedoch für eine differenzierte Einschätzung der Zugangsgerechtigkeit. Einschränkend ist zu beachten, dass sich diese Argumentation lediglich auf „anekdotische Evidenz“ stützt.

Noch schwieriger ist es, in Ermangelung relevanter empirischer Forschung, die Qualitätsge-

rechtigkeit der Krankenversorgung in den beiden Ländern zu beurteilen. Eine Möglichkeit besteht darin, die heute verfügbaren Schätzwerte für Gesunde Lebensjahre („Gesunde Lebenserwartung“) mit den errechneten Lebenserwartungen für verschiedene Länder zu vergleichen. Auffällig sind die großen Differenzen zwischen den Rangplätzen Deutschlands und Österreichs in der europäischen Verteilung der Lebenserwartung und den Rangplätzen in der Verteilung Gesunder Lebensjahre von mehr als 10 Rangplätzen bei beiden Geschlechtern (Tabelle 2). Sie zeigen, dass die Zahl der Lebensjahre, die vor allem im höheren Alter bei schlechter Gesundheit und belastenden Beschwerden infolge eingeschränkter Funktionsfähigkeit in Deutschland und Österreich deutlich größer als in der Mehrzahl der europäischen Länder ist. So verbringen in einem skandinavischen Land mit hoher Gesundheitserwartung wie z. B. Dänemark ältere und alte Menschen annähernd doppelt so viele gesunde und beschwerdefreie Lebensjahre wie ältere und alte Menschen in Deutschland und Österreich.²⁹ Dafür gibt es mehrere Erklärungshypothesen. Eine der besonders plausiblen Hypothesen besagt, dass es mit der Versorgungsqualität in beiden Ländern nicht zum Besten steht.

Eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter führt tendenziell zu einer niedrigeren Inanspruchnahme medizinischer Versorgungs- und Pflegeangebote und zu niedrigeren Gesundheitsausgaben. Die Krankheitslast im höheren Alter ist in den europäischen Sozialstaaten überwiegend die Folge nichtübertragbarer chronischer Krankheiten, die hauptsächlich durch ungünstige soziale Determinanten und Lebensstilfaktoren bewirkt werden. Die relativen Risiken einer hohen Krankheitslast liegen bei Frauen und Männern der niedrigsten im Verhältnis zur höchsten Bildungs- und Ausbildungsstufe bei Werten zwischen etwa 1,5 und 2,0.³⁰

Die vorherrschende akutmedizinische Krankenversorgung kann die Krankheitslast infolge nichtübertragbarer chronischer Krankheiten nur

begrenzt beeinflussen. Unklar ist, wieweit die in verschiedenen Studien gefundenen Zusammenhänge zwischen sozialer Vernetzung und Unterstützung und Überlebenszeit bei behandelten chronischen Krankheiten wie z. B. Brustkrebs und Herzinfarkt generalisierbar sind.^{31, 32}

Aufgrund der dargestellten Erklärungshypothesen und Argumentationslinie lässt sich der derzeitige Erkenntnisstand etwa so zusammenfassen: Die Zugangsgerechtigkeit zu den ambulanten und stationären Krankenversorgungssystemen in Deutschland und Österreich kann als angemessen und teilweise als hoch bewertet werden. Die Versorgungsgerechtigkeit stellt sich trotz angemessener bis starker Inanspruchnahme deutlich weniger positiv dar. Die solidarische Finanzierung ist eine von mehreren geeigneten Steuerungsformen der Kranken- und Pflegeversorgung. Entscheidend dürfte nicht mehr die Frage sein, ob es „eine beste“ Form der Systemsteuerung gibt, sondern vielmehr wie ein Governance-System ausgestaltet und organisiert wird und welche Anreizsysteme dabei zum Tragen kommen. Das alles dürfte weitgehend durch die gesundheitspolitische Kultur und Praxis und insofern auch durch länderspezifische Traditionen geprägt werden.

In den Sozialversicherungsstaaten stellt sich die Frage, wieweit das vor mehr als einem Jahrhundert eingeführte Solidarprinzip der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung an die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst werden kann. Als spezifische Strukturmerkmale des deutschen und vor allem des österreichischen Gesundheitssystems erweisen sich die zahlreichen möglichen Systemzugänge: niedergelassene Allgemein- und Fachärzte, daneben zahlreiche Krankenhaus- und Krankenkassenambulanzen und die Differenzierung („Fragmentierung“) des traditionellen primärärztlichen Versorgungssektors; fast ausschließlich Einzelpraxen, die späte (Deutschland) oder noch immer nicht vollzogene Einführung (Österreich) eines qualifizierten Facharztes für Primärmedizin und ein im

Grunde noch immer „duales Versorgungssystem“ mit ambulanten und stationären Teilsektoren. Die Governance-Strukturen in beiden Ländern verfügen über wenig Instrumente, um den im internationalen Vergleich großen Anteil an gleichzeitig bestehender Über-, Unter- und Fehlversorgung nachhaltig zu reduzieren.³³

4. Die Bismarcksche Sozialpolitik und das Prinzip solidarischer Finanzierung im historischen Rückblick

Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Entwicklung leistungsfähiger und gerechter Krankenversorgungssysteme erschließt sich vor allem im historischen Kontext. Die unter Reichskanzler Otto von Bismarck im Deutschen Reich in den Jahren 1883 – 1889 durchgeführte Reform der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung war zweifellos ein „großer Wurf“ und ohne finanzielle Folgen für den Staat. Das neue Sozialversicherungsgesetz führte zu einer Entspannung der innenpolitischen Lage, die nach dem Erlass des Sozialistengesetzes und dem Verbot der Sozialdemokratischen Partei im Jahr 1878 zu eskalieren drohte. Wie sich später zeigen sollte, war das Gesetz auch eine sozial- und gesundheitspolitische Maßnahme von beträchtlicher Reichweite. Die Grundprinzipien der neuen Sozialpolitik wurden wenig später von der Monarchie Österreich-Ungarn und in der Folgezeit von zahlreichen europäischen Ländern übernommen.³⁴ Zunächst war der Arbeitnehmeranteil an den Versicherungsbeiträgen deutlich größer als der Arbeitgeberanteil. Im Verlauf der Zeit konnten die Anteile beider Seiten aneinander angeglichen werden. Mit der Einführung der Arbeitslosenversicherung wurde in den 1920er Jahren der Versicherungsschutz erweitert.

Die Rechte und Pflichten bei der Steuerung, Gestaltung und Verwaltung wurden paritätisch zusammengesetzten Gremien (der „Sozialpartnerschaft“) übertragen. Damit schien die Regierung von zahlreichen gesundheitspolitischen Herausforderungen für lange Zeit befreit zu sein. Es

begann eine lange Phase versorgungspolitischer Konsolidierung. Öffentliche Gesundheitspolitik war nun für lange Zeit nahezu ausschließlich Krankenversorgungspolitik.

Eine rasch wachsende Zahl politisch engagierter und wissenschaftlich geschulter Ärzte, Juristen, Gesundheitsstatistiker und Vertreter anderer Gruppierungen war bei aller Genugtuung über den ökonomischen und sozialen Fortschritt vom pragmatischen Zuschnitt der neuen Sozialgesetzgebung wenig begeistert. Die Reform setzte nicht an den Wurzeln der hohen Krankheitslast und Sterblichkeit in den ärmsten und armen Bevölkerungsgruppen an. Eine nachhaltige Lösung der erschreckend bevölkerungsweiten Gesundheitsprobleme war somit nicht zu erwarten. Ein seit etwa 1850 geführter Kampf für mehr Demokratie und Gerechtigkeit schien plötzlich zweitrangig geworden zu sein. Fundierte Kritik kam von verschiedenen Seiten, so auch von einem der großen Erneuerer der naturwissenschaftlichen Medizin und engagierten Sozialmediziner Rudolf Virchow,³⁵ den Bismarck wegen einer angeblich beleidigenden Aussage im Preußischen Landtag zum Duell aufgefordert hatte. Wissenschaftlich fundiert und zugleich höchst konstruktiv war das Wirken des vielseitigen Wissenschaftlers und Praktikers Adolf Gottstein, der nach neueren Erkenntnissen als Schöpfer der „Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft“ gilt. A. Gottstein hat das erste in drei Auflagen erschienene Lehrbuch der Epidemiologie verfasst. Er war ein einflussreicher Förderer der kommunalen Gesundheitssysteme in der Weimarer Republik und Gründer von drei Akademien für Sozialhygiene, den *Schools of Public Health* in der damaligen Zeit.³⁶ Wie von einer überwiegend deutsch-jüdischen Elite befürchtet, war die Bismarcksche Reduzierung der Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik bis in unsere Zeit hinein eine nachhaltige gesundheits- und sozialpolitische Weichenstellung.

Die Sozialversicherungssysteme haben in Deutschland und Österreich zwei Weltkriege, die Verbrechen und Grausamkeiten des Dritten Rei-

ches und die großen politischen Veränderungen der Nachkriegszeit überlebt. Die Grundprinzipien der Sozialversicherung und das Solidarprinzip bilden seit 1945 die Gestaltungsgrundlage der Sozialversicherung in der Zweiten Republik Österreich, seit 1949 in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der (West-)Deutschen Bundesrepublik und seit 1991 der Krankenversorgungssysteme im wiedervereinigten Deutschland.

Nahezu unverändert blieb die Orientierung der Sozialversicherung am medizinischen Krankheits- und Versorgungsmodell, das auf dem Paradigma individueller Gesundheitsstörungen und medizinisch diagnostizierter Krankheiten beruht. Es schließt zentrale soziale und gesellschaftspolitische Faktoren kollektiver Gesundheit nicht ein, insbesondere die sozial ungerechte Verteilung der Lebens- und Gesundheitschancen, die sozialen Gesundheitsbedürfnisse und den bevölkerungsweiten Versorgungsbedarf. Das von der WHO in den 1980er Jahren vorgeschlagene und in der Folgezeit wiederholt erneuerte Modell *Gesundheit für Alle/Health for All* gründet auf einem bevölkerungsbezogenen, determinantenorientierten Paradigma kollektiver und sozialer Gesundheitsentwicklung.³⁷ Es bietet einen adäquaten wissenschaftlichen und praktischen Bezugsrahmen für die Auseinandersetzung mit den weltweiten Herausforderungen wachsender sozialer Ungleichheit und schwieriger Steuerungs- und Gestaltungsprobleme in den Gesundheitssystemen des 21. Jahrhunderts. Diese werden in wachsendem Maße durch die globalen Finanzmärkte und die internationale wissenschaftlich-technische Modernisierung getrieben.

Die Bismarcksche Sozialreform und mit ihr das solidarische Finanzierungsprinzip haben die Entwicklung leistungsfähiger Krankenversorgungssysteme in den Sozialversicherungsstaaten im 20. Jahrhundert geprägt. Seit Jahrzehnten werden die in den Solidarsystemen entstandenen Finanzierungslücken immer häufiger durch steuerfinanzierte Finanzierungspakete und private Zuzahlungen geschlossen. Dabei hat das Prinzip

der solidarischen Finanzierung deutlich an Einfluss verloren. Und es stellt sich die Frage, ob eine ausgewogene Steuerfinanzierung der Gesundheitssysteme mindestens ebenso gerecht oder gerechter als das solidarische Finanzierungssystem wäre. Die sozialpartnerschaftlichen Steuerungsstrukturen der Krankenversorgung haben gleichwohl eine gewisse Governance-Funktion behalten, die sie zu erneuern versuchen. Ein Beispiel dafür ist der Ende 2010 von der Österreichischen Sozialversicherung vorgelegte *Masterplan Gesundheit* – eine Einladung zum Diskurs an die Länder, Verbände und Organisationen im Gesundheitswesen mit dem Ziel, die Gesundheitspolitik zu erneuern und die Versorgungs- und Gesundheitsgerechtigkeit nachhaltig zu fördern.

5. Ausblick: Zukünftige Herausforderungen

Gerechtigkeit und Gesundheit sind verfassungsmäßig verbriefte Rechte. Sie sind auch in den europäischen Wohlfahrtsstaaten noch nicht in befriedigender Weise umgesetzt. Das Recht auf Gesundheit ist das oberste Recht im Gesundheitsbereich, es schließt das Recht auf eine bedürfnisgerechte und nachhaltige Kranken- und Pflegeversorgung ein. Die meisten Gesundheitssysteme in den entwickelten Industriestaaten und so auch die deutschen und österreichischen Krankenversorgungssysteme sind am Recht auf Krankenversorgung ausgerichtet. Aufgrund des heutigen Informations- und Kenntnisstandes dürfte die Zugangsgerechtigkeit in den beiden untersuchten Ländern auf einem angemessenen bis hohen Niveau liegen. Gemessen an den bei guter Gesundheit und Beschwerdefreiheit gelebten Lebensjahren scheint die Versorgungsgerechtigkeit sowohl in Deutschland als auch in Österreich geringer als in zahlreichen anderen europäischen Ländern zu sein.

Die Gesundheitspolitik in Deutschland und Österreich ist seit längerer Zeit und nicht ganz erfolglos bemüht, das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu verlangsamen (Tabelle 2). Nachhaltige Effizienzsteigerungen durch wirksame Struktur-

maßnahmen, Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Rationalisierung sind bisher ausgeblieben. In Anbetracht der technologischen und demographischen Entwicklung ist es kaum wahrscheinlich, dass Sozialversicherungssysteme wie das österreichische oder das deutsche Gesundheitswesen mittel- und langfristig ohne Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) werden auskommen können. G. Marckmann unterscheidet zwei Grundformen der Leistungsbegrenzung: explizite und implizite Leistungsbegrenzungen:

- Explizite Leistungsbegrenzungen erfolgen „oberhalb“ der konkreten Arzt-Patient-Interaktion nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Kriterien.
- Implizite Leistungsbegrenzungen sind solche, bei denen die Zuteilung von Leistungen nicht nach allgemein verbindlichen Regeln, sondern jeweils im Einzelfall durch Leistungserbringer erfolgt.³⁸

Explizite Leistungsbegrenzungen sind transparenter, konsistenter und gerechter, aber schwieriger umzusetzen und kostenintensiver. Implizite Leistungsbegrenzungen durch Budgetierungen oder finanzielle Anreize für Leistungserbringer und Patienten sind kostengünstiger und leichter zu realisieren, aber ethisch problematisch. Sie sind aber unvermeidbar und können die Ungleichheit fördern. Für die Vertreter der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite in den Gremien der Sozialversicherung dürfte die solidarische Finanzierung auch weiterhin bedeutsam sein, wenn die damit verbundenen gesundheits- und sozialpolitischen Steuerungsmöglichkeiten ihren Interessen entsprechen. Insgesamt besteht jedoch der Eindruck, dass die Herausforderungen auf den verschiedenen Governance-Ebenen neue Steuerungs- und Gestaltungsansätze erfordern.

Der Einfluss der Krankenversorgung auf die Gesundheit der Bevölkerung ist begrenzt. Eine stärker auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Gesundheitspolitik sollte eine bessere Balance von Gesundheits- und Versorgungsgerechtigkeit anstreben. Mehr

Gesundheitsgerechtigkeit kann erreicht werden, wenn neben oder besser mit einer wirksamen individuellen Krankenversorgungsstrategie bevölkerungsweite determinantenorientierte Gesundheitsstrategien eingeführt und verwirklicht werden. Grundlage dafür ist das determinantenorientierte Paradigma kollektiver Gesundheitsentwicklung. Schweden hat 2003 begonnen, eine integrierte Gesundheitspolitik umzusetzen, die auf eine nachhaltige Reduktion sozialer Ungleichheit zielt. Sie geht von der Erkenntnis aus, dass es eine gesündere Bevölkerung nur in einer sozial gerechteren Gesellschaft geben kann. Damit sich die gesamte Gesellschaft auf dieses herausfordernde Ziel zubewegen kann, müssen gesellschaftliche Anstrengungen unternommen werden, um die zentralen Dimensionen sozialer Gerechtigkeit nachhaltig im positiven Sinne zu verändern. Es gilt:

- große Einkommensungleichheiten abzubauen und Armut noch wirksamer zu vermeiden
- ungleiche Bildungschancen weiter abzubauen und Bildungswege besser aufeinander abzustimmen,
- die sozialen Sicherungsnetze jenseits der Arbeit zu erhalten und das Verbleiben im Arbeitsmarkt nachhaltig zu fördern.

Das Politik-Modell *Health in All Policies* ist ein geeignetes Rahmenkonzept für den Aufbau einer besser integrierten nachhaltigen Gesundheitspolitik. Es ist Teil der von der EU-Kommission empfohlenen Europäischen Gesundheitsstrategie 2008-2013 „Gemeinsam für die Gesundheit“.³⁹ Jedes Land ist frei zu entscheiden, ob und wie es seine Gesundheitspolitik im Sinne dieser Strategie auf einen gangbaren Weg bringen will.

Referenzen

- 1 Europäische Kommission, *Eurobarometer-Befragungen 2002, 2007*, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0856> (Letzter Zugriff: 05.08.2011)
- 2 Benedek W. (Hrsg.), *Menschenrechte verstehen. Handbuch zur Menschenrechtsbildung*, Europäisches Trainings- und Forschungszentrum für Menschenrechte und Demokratie (ETC), Graz, www.etc-graz.at/typo3/fileadmin/user_upload/ETC-Hauptseite/manual/versionen/deutsch (Letzter Zugriff: 26.07.2011)
- 3 Rawls J., *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1975
- 4 Merkel W., *Soziale Gerechtigkeit und die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus*, Berliner Journal für Soziologie (2001); 2: 1-27
- 5 Siegrist J., Marmot M., *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, Huber, Bern, 2006
- 6 Von dem Knesbeck O., *Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen*, Huber, Bern, 2005
- 7 Merkel W., *Soziale Gerechtigkeit. Theorie und Wirklichkeit*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Online Akademie, 2007, <http://www.fes-online-akademie.de/deutsch> (Letzter Zugriff: 26.07.2011)
- 8 Merkel W., *Soziale Gerechtigkeit (1990-2005) in OECD-Ländern*, in: siehe Ref. 7, S. 13
- 9 OECD, *Health at a Glance. Europe 2010*, OECD Publishing, doi: 10.1787/health_glance-2010-en, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en?citeformat=ris (Letzter Zugriff: 08.08.2011)
- 10 siehe Ref. 9
- 11 Bertelsmann Stiftung, *Soziale Gerechtigkeit in der OECD. Wo steht Deutschland?*, 2010 www.bertelsmann-stiftung.de, www.sgi-network.org
- 12 vgl. Sustainable Governance Indicators 2011, <http://www.sgi-network.org>
- 13 siehe Ref. 11
- 14 Bertelsmann Stiftung, *Soziale Gerechtigkeit*, http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_33013_33014_2.pdf
- 15 Deutsche Sozialversicherung, *Grundprinzipien*, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/grundprinzipien.html> (Letzter Zugriff: 15.08.2011)
- 16 Bundesministerium für Gesundheit, *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten - Fakten*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien 2010
- 17 Statistisches Bundesamt Deutschland, *Gesundheitsausgaben 2009*, <http://www.google.at/firefox?client=firefox-a&rls=org.mozilla:de:official> (Letzter Zugriff: 15.08.2011)
- 18 Statistik Austria, *Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990-2009* (in Mio EUR), <http://www.statistik.at/> (Letzter Zugriff: 15.08.2011)
- 19 OECD, *Health Data 2002*
- 20 siehe Ref. 17
- 21 Arbeiterkammer Wien, *Private Zusatzkrankenversiche-*

- rungen. Vorerkrankungen? Nein, Danke!, http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d145/Studie_Private_Krankenversicherung_2011.pdf (Letzter Zugriff 15.08.2011)
- 22 siehe Ref. 9
- 23 Statistisches Bundesamt Deutschland, Statistik Austria, OECD: out-of-pocket-Ausgaben Health at a Glance 2010
- 24 siehe Ref. 21
- 25 siehe Ref. 16
- 26 siehe Ref. 9
- 27 siehe Ref. 19
- 28 Noack H., *Modernisierung und Gesundheit. Chance in der Krise?*, in: Gerlinger T., Kumpers S., Lenhardt U., Wright M. T., *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*, Verlag Hans Huber, Bern 2010, S. 14-27
- 29 siehe Ref. 9
- 30 Siegrist J., Möller-Leimkühler A. M., *Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit*, in: Schwartz F. W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U., *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*, Urban & Fischer, München – Jena 2003, S. 125-138
- 31 Hiatt R. A., Breen N., *The Social Determinants of Cancer. A Challenge for Transdisciplinary Science*, *American Journal of Preventive Medicine* (2008); 35 (2S), <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/scienceteam/ajpm/SocialDeterminantsCancerChallengeTransdisciplinaryScience.pdf> (Letzter Zugriff: 20.08.2011)
- 32 Mookadam F., Arthur H. M., *Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction. Systematic Overview*, *Arch Intern Med* (2004); 164: 1514-1518
- 33 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit & Wirtschaftlichkeit*, Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, Teile 1 bi., <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
- 34 Otto von Bismarck, Wikipedia, http://de.wikipedia.org/wiki/Otto_von_Bismarck (Letzter Zugriff: 20.08.2011)
- 35 Virchow R., Wikipedia, http://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow (Letzter Zugriff: 20.08.2011)
- 36 Heinzelmann W., *Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897-1933. Eine Geschichte in sieben Profilen*, transcript Verlag, Bielefeld 2009, S. 177
- 37 Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K., *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2006
- 38 Marckmann G., *Gesundheit und Gerechtigkeit*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2008); 51: 887-894, DOI 10.1007/s00103-008-0610-x, online publiziert:7. August 2008
- 39 Europäische Kommission, *Gemeinsam für die Gesundheit – ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*, Reference: IP/07/1571, Date: 23/10/2007, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/1571&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en> (Letzter Zugriff: 23.08.2011)

Wolf Kirschner

Primäre Präventionskampagnen: Was bringen sie?

Are primary prevention campaigns effective?

Zusammenfassung

Die Frage nach der Wirksamkeit von Kampagnen erfordert zunächst Abgrenzungen. Im Beitrag werde ich mich auf primäre Präventionskampagnen beschränken. Hierbei stehen sozialwissenschaftliche Interventionen im Mittelpunkt. Medizinische Maßnahmen wie z.B. Impfungen werden nicht untersucht. Der Grund dafür ist, dass nur bei den primären Interventionen Kampagnen zum konstitutiven Merkmal gehören, während andere Präventionsmaßnahmen i.d.R. in die medizinische Versorgung integriert sind und hier nur selten Kampagnen eingesetzt werden. Die Kampagnen müssen sich auch dadurch auszeichnen, dass auch andere Maßnahmen im Sinne einer Kontextbeeinflussung durchgeführt werden. Präventionskampagnen, die diese Kriterien erfüllen, sind recht selten, was auf wissenschaftliche und politische Limitierungen zurückzuführen ist. Die Analyse zeigt, dass Kampagnen wirksam sein können, wobei viele Fragen offen bleiben und ein abschließendes Urteil derzeit nicht gefällt werden kann.

Schlüsselwörter: Primärprävention, Kampagnen, Wirksamkeit

Abstract

To answer the question if campaigns are effective requires containments. In the article not all possible health related campaigns are considered, instead only primary prevention campaigns will be discussed. Even here only nonmedical, social scientific interventions will be under examination. The reason is that only for primary prevention activities campaigns are one constitutive element, while other prevention programs are regularly integrated in medical care, where campaigns are rarely used. The campaigns must additionally be characterised by using additional multi-instrumental interventions aiming at influencing the context of behaviour change. Campaigns meeting these criteria are rare, which is due to scientific and political limitations, which will be explained. An exemplary presentation of five evaluated primary interventions shows, that such interventions and campaigns may be effective, though many questions remain unsettled and a final judgement cannot be derived.

Keywords: Primary Prevention, Campaigns, Effectiveness

Dr. Wolf Kirschner
Forschung Beratung + Evaluation (FB+E GmbH)
c/o Charité CVK
Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin
wolf.kirschner@fb-e.de

1. Begriffliche Klärungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung

Zunächst sind Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsinformation von Maßnahmen der primären Prävention abzugrenzen. Erstere verfolgen keine direkten gesundheitlichen Ergebnisse, vielmehr kommunikative Ziele der Wissensvermittlung (vgl. Abb. 1).

und Methoden, weisen allerdings eine unterschiedliche epidemiologische Begründung auf.

Die rein medizinischen Maßnahmen bleiben im Folgenden außer Betracht, weil sie in der Regel in die ärztliche Versorgung integriert sind und auch recht selten von Kampagnen begleitet werden. Außer Betracht bleiben ebenfalls sekundärpräventive oder tertiärpräventive Programme.

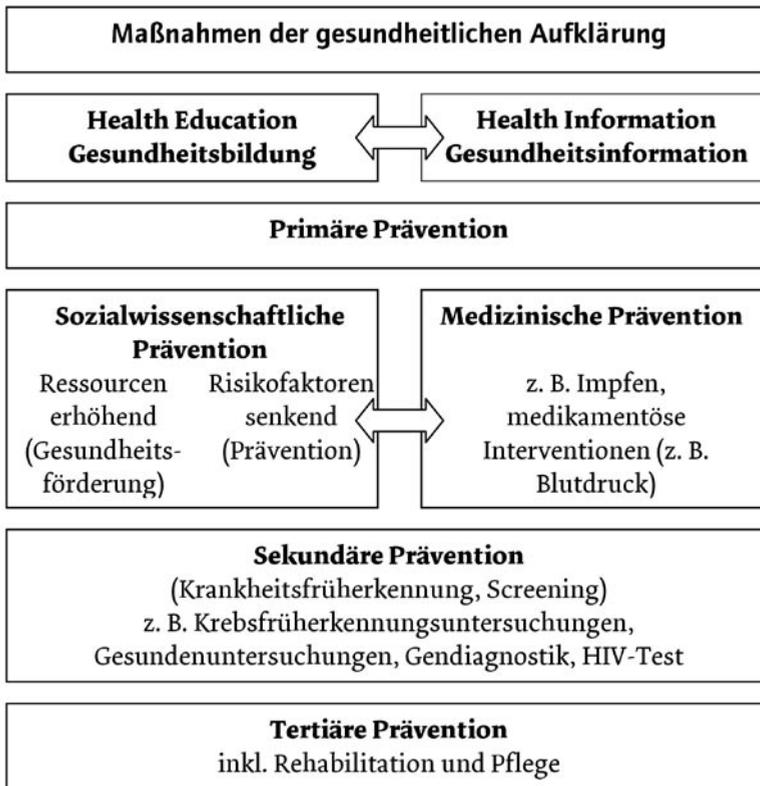


Abb. 1: Definition und Abgrenzung von Präventionsmaßnahmen¹

In Bezug auf Maßnahmen der primären Prävention sind medizinische Maßnahmen, wie beispielsweise Impfen oder die medikamentöse Senkung des Blutdrucks, von sozialwissenschaftlichen Präventionsmaßnahmen zu unterscheiden. Bei den sozialwissenschaftlichen Präventionsmaßnahmen sind weiterhin Maßnahmen der primären Prävention von solchen der Gesundheitsförderung abzugrenzen. Beide arbeiten häufig mit ähnlichen Instrumenten

Ein Präventionsprogramm ist der gezielte und effektive Einsatz von wirksamen Maßnahmen unter Verwendung definierter Ressourcen zur Erreichung definierter und möglichst quantifizierter gesundheitlicher Ziele, die ein bestehendes und klar beschriebenes Problem vermindern oder beseitigen sollen. Diese gesundheitlichen Ziele können sein:

- Senkung der Prävalenz von Risikofaktoren in einer Population (Primäre Prävention)

- Erhöhung der Prävalenz von Ressourcen in einer Population (Gesundheitsförderung)
- Senkung der Krankheitsinzidenzen

Nach Rosenbrock lassen sich sechs Strategietypen der Primärprävention unterscheiden, die Maßnahmen der Information und Beratung mit Maßnahmen der Kontextbeeinflussung kombinieren (vgl. Tab. 1). Letzteres meint dabei, dass es den Zielgruppen der Prävention ermöglicht oder erleichtert wird, die Informationen in ihre Lebenswirklichkeit zu integrieren und umzusetzen.²

auch gesundheitlich begründeter präventiver Normierungen z. B. im Arbeits-, Umwelt- und Verbraucherschutz und auch im Straßenverkehr. In Bezug auf die spätere Analyse der Evaluation von Maßnahmen ist allerdings jenen Präventionsstrategien besondere Aufmerksamkeit zu schenken, die freiwillige Maßnahmen mit einer Preispolitik (z. B. Tabakpreiserhöhung) oder Bonus-Malus-Regelungen kombinieren, da hier von deutlich höheren Effekten ausgegangen werden kann.

Präventionskampagnen können in Anlehnung

Ebenen	Maßnahmen	
	Information, Aufklärung, Beratung	Kontextbeeinflussung
Individuum	Ärztliche Gesundheitsberatung	Präventive Hausbesuche
Setting	Schule, Krankenhaus, Betrieb	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)/ Kantineessen
Bevölkerung	z. B. Esst mehr Obst, Rauchen gefährdet die Gesundheit	HIV/Aids-Kampagne, Trimm Dich

Tab. 1: Strategien der Primärprävention

Primäre Präventionsprogramme lassen sich auch dahingehend unterscheiden, welche Instrumente sie zur Änderung von Verhalten oder Verhältnissen verwenden:

- Verbote, gesetzliche Normen, Sanktionen
- Zwangsmaßnahmen
- Kriminalisierung
- Stigmatisierung
- Preispolitik (Steuern)
- Anreize, Incentives, Bonus-Malus-Regelungen
- Lebensmittel- bzw. Produktanreicherung (z. B. Jod, Folsäure)
- Information, Aufklärung
- Beratung
- Kontextmaßnahmen

Primäre Präventionsstrategien können prinzipiell alle genannten Instrumente verwenden oder auch kombinieren, in demokratisch verfassten Gesellschaften werden i. d. R. aber eher die Instrumente der Freiwilligkeit verwendet. Allerdings gibt es bei genauerer Betrachtung ein erhebliches Maß

an Bonfadelli wie folgt definiert werden:

Konzeption, Durchführung und Kontrolle von systematischen, langfristig angelegten und zielgerichteten Kommunikationsaktivitäten zur Förderung von Problembewusstsein und Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser Zielgruppen in Bezug auf gesundheitliche Risiken mit dem Ziel der Risikosenkung und Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheit.³

2. Voraussetzungen von primärpräventiven Programmen und Kampagnen

2.1 Epidemiologische Datenlage und Evidenz

Aus der obigen Definition der Primärprävention ergibt sich, dass Präventionsmaßnahmen nicht aus beliebigen oder zufälligen Instrumenten bestehen, diese vielmehr wirksam sein müssen, um die angestrebten gesundheitlichen Ziele zu erreichen. Dieser Wirksamkeitsnachweis ergibt sich aus der epidemiologischen Forschung.

Folgende Bedingungen müssen hierbei erfüllt sein:

- Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren von Krankheit(en) müssen epidemiologisch bekannt sein.
- Die Assoziationsmaße (ODDS-Ratios, relative Risiken) müssen hoch sein, oder die Faktoren müssen eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung aufweisen.
- Die Faktoren müssen prinzipiell intervenierbar sein.
- Die Interventionen müssen von der Bevölkerung (aller Schichten!) akzeptiert und mehrheitlich umgesetzt werden.
- Die Interventionen müssen dauerhaft und langfristig im Sinne der Senkung von Risikofaktoren oder der Erhöhung protektiver Faktoren wirksam sein.
- Die Kosteneinsparungen müssen größer sein als die nicht selten gewaltigen Investitionen in die Intervention.

miologische Evidenz zu den häufig multifaktoriellen Entstehungsbedingungen der Krankheiten oder Gesundheitsstörungen besteht. Der Anteil an genetisch/hereditären Komponenten der Krankheitsgenese ist oft noch unklar, mit der Folge bisher fehlender, unzureichender oder unwirksamer Interventionsmöglichkeiten. Die Assoziationsmaße fehlen oder sind unsicher, und es liegen Schwachstellen in der theoretischen Fundierung der Gesundheitsförderung in der Salutogenese vor. Nach Antonovsky entwickelt sich der sense of coherence (SOC) in den ersten beiden Lebensdekaden und bleibt ab dem frühen Erwachsenenalter konstant.⁴ Gesundheitsförderung über die Intervention des SOC wäre damit nur im Kindes- und Jugendalter machbar. Weiters ist festzuhalten, dass Maßnahmen in Bezug auf sportliche Aktivierung und gesunde Ernährung in ihren Wirkungen eher unspezifisch und bei der Ernährung oft auch nicht belastbar untersucht sind.

Kranheiten/ Outcomes	Risikofaktoren (Beispiele)
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Rauchen - Alkohol - Kein Sport - Übergewicht - Falsche Ernährung - Hoher Blutdruck - Stress
Diabetes Typ 2	Kein Sport - Übergewicht - Falsche Ernährung
Frühgeburten	Rauchen - Alkohol - Kein Sport - Übergewicht - Falsche Ernährung - Hoher Blutdruck - Vaginalinfektion - Stress
Infertilität	CT (Chlamydia trachomatis)-Infektionen
Fehlbildungen	Ernährung/ Folsäure
Übergewicht	Kein Sport - Falsche Ernährung
Gebärmutterhalskrebs	Humane Papillomviren (HPV)
Diverse	Rauchen - Alkohol - Kein Sport - Übergewicht - Falsche Ernährung

Tab. 2: Gesicherte Risikofaktoren und protektive Faktoren aus der epidemiologischen Forschung (Beispiele)

Das Spektrum möglicher epidemiologisch basierter primärpräventiver Interventionen ist somit durch unseren aktuellen epidemiologischen Wissensstand limitiert. Und dieser ist zwar nicht gering, aber auch nicht überwältigend, wie Tab. 2 zeigt.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass bei vielen Krankheiten eine unzureichende epi-

2.1 Gesundheitspolitische Reaktion

Prävention hat in der Gesellschaft und auch in der Medizin eine lange Geschichte mit auch unterschiedlichen Konjunkturen:

Die Zeit der Industrialisierung kann als Hochzeit von Bevölkerungsmedizin und Hygiene bezeichnet werden, was sich auch an einer engen Zusammen-

arbeit zwischen Medizin und Politik zeigt. Als das Gesundheitssystem nach der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland neu geordnet wurde, war dies mit einer nahezu vollständigen Ausrichtung der Medizin auf die kurative Individualmedizin verbunden und einem entsprechenden Bedeutungsverlust der Bevölkerungsmedizin sowie einem Funktionsverlust des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In den 1950er und 1960er Jahren beschränkte sich Prävention nur noch auf wenige Maßnahmen: Tuberkulose, Impfen, Überwachung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen sowie Schwangeren. Von Gesundheitsförderung im heutigen Sinne war in dieser Zeit noch nicht die Rede, allenfalls von gesundheitlicher Aufklärung. In den späten 1970er Jahren lässt sich eine stärkere Hinwendung zu Maßnahmen der Primärprävention beobachten, die v. a. von der Suchtprävention ihren Ausgang nimmt und Mitte der 1980er Jahre in der AIDS-Prävention fortgesetzt wird.

Bei der zweifellos zu konstatierenden Bedeutungszunahme der Prävention im Gesundheitswesen industrialisierter Staaten in den letzten drei Jahrzehnten muss aber von einer erheblichen Diskrepanz zwischen allgemeiner Präventionsrhetorik und tatsächlicher Präventions- und Gesundheitsförderungs politik gesprochen werden. Nach einer Untersuchung der OECD in den 30 Mitgliedstaaten aus dem Jahr 2005 beträgt der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Durchschnitt 3,1%. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hiervon ca. 80% bis 90% auf die sekundäre Prävention entfallen.⁵

Ist die Konzeption, Durchführung und Evaluation von primären Präventionsprogrammen eine wissenschaftliche und organisatorische Aufgabe, so ist Etablierung eines primärpräventiven Programms ein politischer Akt bzw. Prozess, der:

- gesundheitliche Risiken, gesundheitliche Outcomes oder Krankheiten als erhebliches gesellschaftliches Problem begreift
- einen breiten parteipolitischen und gesellschaftlichen Konsens zum Handeln erfordert

- zu dem es keine wesentlichen instrumentellen Alternativen gibt.

Neben dieser Grundvoraussetzung der Etablierung primärpräventiver Programme bestehen gerade in Deutschland weitere Restriktionen, die hier kurz angesprochen werden sollen. Bis Mitte der 1980er Jahre herrscht eine völlig defizitäre epidemiologische Datenlage, es gibt keine inhaltlich und final auf Gesundheitsziele orientierte Gesundheitspolitik. Ein wesentliches Charakteristikum deutscher Gesundheitspolitik liegt in der Delegation von Zuständigkeiten an Dritte, z. B. §20 SGB V⁶ (Krankenkassen), doch das Interesse der Krankenkassen an Präventionsprogrammen ist nur verhalten: Sie haben auch nur einen eng begrenzten rechtlichen Handlungsspielraum, und es gibt nur ein geringes Budget der Krankenkassen für primäre Prävention.

Darüber hinaus fehlt es an einer breiten Rechtsgrundlage für Maßnahmen (fehlendes Präventionsgesetz), die Investitionen für community approaches sind gewaltig, die öffentlichen Haushalte müssen sparen. Das Dilemma der Prävention: Die Kosten fallen heute an, die möglichen Erträge liegen in der fernen Zukunft.

Es gibt keine breite Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Ärzteschaft (Ausnahme: Kinderärzte und Gynäkologen), und die Etablierung primärpräventiver Programme leidet unter den Interessenkonflikten der Stake-Holders und Akteure.

Vor dem Hintergrund der abgeleiteten Probleme in Bezug auf die epidemiologische Evidenz von Präventionsprogrammen und der politischen Umsetzungsprobleme muss man annehmen, dass breit angelegte Präventionsprogramme und Präventionskampagnen mit Kontextbezug in Deutschland eher die Ausnahme als die Regel darstellen. Rosenbrock sieht in Deutschland nur drei Programme, die diese Kriterien erfüllen:

- die Kampagne zum Sicherheitsgurt aus den 60er Jahren
- die Trimmaktionen beginnend in den 70er Jahren

- die HIV/AIDS-Kampagne beginnend Mitte/Ende der 80er Jahre⁷

Auch wenn ich diese Einschätzung – wie zu zeigen sein wird – nicht ganz teilen, ist ihr allerdings in folgender Einschätzung zuzustimmen. „Kampagnen ohne relevanten Kontextbezug (Esst mehr Obst, Sport tut gut, Rauchen gefährdet die Gesundheit) richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung, indem sie gesundheitsrelevante Botschaften transportieren, ohne jedoch auf die fördernden und hemmenden Bedingungen ihrer Annahme bzw. Umsetzung einzugehen oder diese gar zu verändern. Solche Kampagnen sind unaufwändig zu organisieren, haben aber einen, wenn überhaupt nur sehr geringen Impact und gehören regelmäßig in die Kategorie „symbolische Politik“. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert.“⁸

3. Evaluation von primärpräventiven Programmen und Kampagnen

Die Evaluation entsprechender Programme ist eine Aufgabe der Programmevaluation. Wir definieren diese als: Anwendung sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Methoden zur Analyse von Organisations- und Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen und der zu ihrer Lösung vorgeschlagenen und/oder eingesetzten Programme mit dem Ziel, die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Intervention wissenschaftlich zu bewerten.

Programmevaluation verläuft dabei in einer Evaluationsschleife (vgl. Abb. 2).

Die Evaluation von Interventionsmaßnahmen gehört zu den schwierigsten Tätigkeitsfeldern in der empirischen Forschung. Aufgrund der Komplexität der Aufgabenstellung erfolgt die Evaluation in der Regel in 4 Phasen:

1. Ex-ante Evaluation (Interventionsplanung)
2. Strukturevaluation
3. Produkt- und Prozessevaluation
4. Ergebnisevaluation

Zentrales Ziel der Interventionsplanung ist

es, z. B. in einem Fall-Kontrollansatz zufällige, möglichst nicht selektierte Interventionsgruppen zu generieren, wobei Selektionen nach soziodemographischen, sozialen, gesundheitlichen und auch motivationalen Faktoren möglichst weitestgehend auszuschließen sind. Mit der Struktur-, Produkt- und Prozessevaluation wird überprüft, ob das Programm entsprechend seiner Vorgaben läuft und die intendierten Ergebnisse überhaupt erwartet werden können. Die Ergebnisevaluation untersucht die gesundheitlichen Wirkungen zu einem Zeitpunkt, zu dem diese überhaupt sichtbar werden können.

Evaluationsforschung beinhaltet in allen Phasen eine Fülle von Fehlermöglichkeiten, die dazu führen können, dass die Schlussfolgerungen der Ergebnisevaluation selbst fehlerhaft sind.

Wenn von der Evaluation einer Intervention erwartet wird, dass sie in Grenzen des Konfidenzintervalls (üblicherweise 95%) auf der Grundlage eines Hypothesentests statistisch gesicherte Bewertungen der Wirksamkeit liefert, so muss hier zunächst darauf hingewiesen werden, dass auch die Evaluation analog der 4-Felder-Tafel folgende Outcomes und die damit verbundenen zwei Fehlermöglichkeiten beinhaltet:

1. Der Intervention wird Wirksamkeit attestiert und sie ist in Wirklichkeit auch wirksam (richtig positive Entscheidung).
2. Der Intervention wird Wirksamkeit attestiert, sie ist in Wirklichkeit aber nicht wirksam (falsch positive Entscheidung).
3. Der Intervention wird keine Wirksamkeit attestiert, sie ist in Wirklichkeit auch nicht wirksam (richtig negative Entscheidung).
4. Der Intervention wird keine Wirksamkeit attestiert, sie ist in Wirklichkeit aber wirksam (falsch negative Entscheidung).

Logischerweise sind die Evaluationsergebnisse 2 und 4 kritisch, da sie ggf. zum Angebot unwirksamer oder zur Vorenthaltung wirksamer Maßnahmen führen. Evaluationsforschung ist jedoch nicht nur methodisch komplex, sondern regelmä-

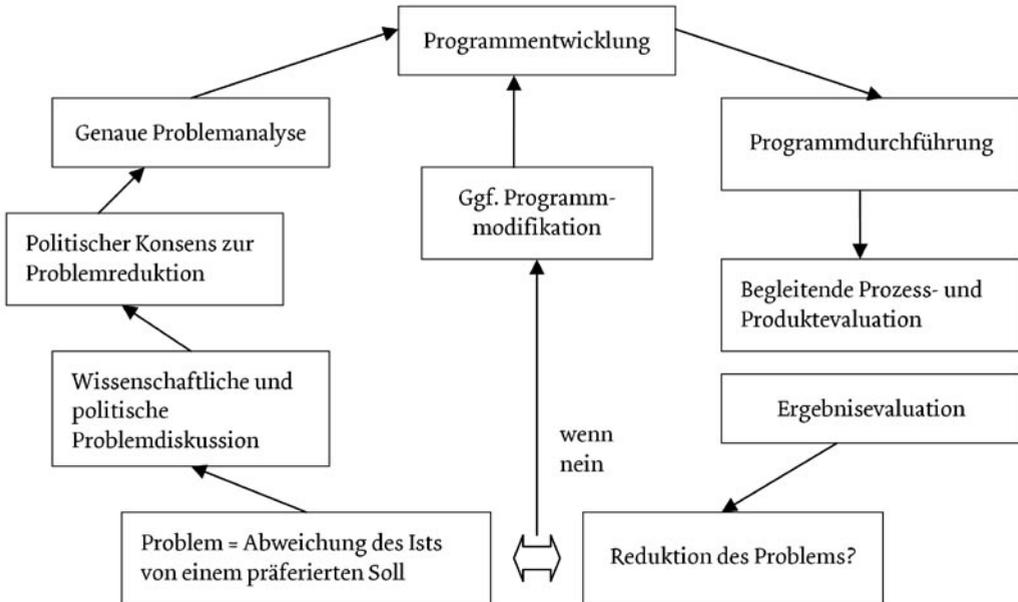


Abb. 2: Die Evaluationsschleife

ßig auch aufwändig und teuer. Letzteres führt oft zu fragwürdigen Designs und nicht selten auch zu bloß „symbolischen Evaluationen“. Gerade in der Vergangenheit wurden Präventionsprogramme überhaupt nicht belastbar evaluiert. Dies gilt z. B. auch für die genannten Trimmaktionen in Deutschland.⁹ Weit verbreitet ist in der Evaluationsforschung auch nach wie vor die „Selbstevaluation“, die prinzipiell Zweifel an Objektivität und Unabhängigkeit der Analysen aufwirft. Belastbare Evaluationen sind für die Akteure der Prävention aber auch nicht ungefährlich, denn bei einem negativen Befund führen sie nicht selten zum Abbruch der Programme.

4. Evaluationspraxis und -ergebnisse einer Auswahl von Interventionen und Kampagnen im deutschsprachigen Raum – Was bringen Kampagnen?

Der Beantwortung dieser zentralen Frage kann man sich methodisch auf zweierlei Art nähern. Einmal könnte man versuchen, die Evaluationen durchgeführter Interventionen und Kampagnen metaanalytisch zu untersuchen. Dies ist z.B. in den

USA auch gemacht worden.¹⁰ Dieser Ansatz stellt allerdings ein eigenständiges und aufwändiges Forschungsprojekt dar, dessen Ergebnisse vermutlich widersprüchlich sein werden und sich dabei neben vielen anderen Fragen v. a. auch die Frage nach dem impact des publication bias stellt. Bonfadelli und Friemel fassen die Ergebnisse derartiger Metaanalysen wie folgt zusammen: „Die potentielle Wirksamkeit von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich kann somit als gesichert betrachtet werden.“¹¹

Die Alternative besteht darin, eine Auswahl von Kampagnen mit Kontextbezug unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisse der Evaluation zu untersuchen. Wir wollen uns im Folgenden exemplarisch auf Kampagnen mit sichtbarem Kontextbezug beschränken, an denen wir in der Durchführung oder Evaluation oder in anderer Weise selbst beteiligt waren. Folgende Interventionen und Kampagnen sollen näher betrachtet werden:

1. Die Deutsche Herzkreislaufpräventionsstudie
2. Die HIV/AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
3. Die Hautkrebskampagne

4. Die Kampagne Obst mal 5 / Tirol
5. Die rauchfrei-Jugendkampagne der BZgA

Die Deutsche Herz-Kreislaufpräventionsstudie (DHP)¹² (1982-1994)

Problem: Zunahme von Herz-Kreislaufkrankungen in den 70er Jahren

Ziele: Verhaltensänderung, Senkung von Risikofaktoren, Senkung des Mortalitätsrisikos für Koronare Herzerkrankungen in der Bevölkerung im Alter von 40-64 Jahren

Träger: Bundesministerium für Forschung und Technologie

Die Deutsche Herz-Kreislaufstudie (DHP) (1984 bis 1994) zählt zu den weltweit größten primärpräventiven Interventionen zur Verhütung kardiovaskulärer Erkrankungen. Sie wurde in Weiterentwicklung einer Vielzahl US-amerikanischer „Coronary Heart Disease“-Interventionsstudien durchgeführt und basierte auf einer medialen Basiskampagne, die durch eine Vielzahl

personaler Interventionen und weiterer Angebote und Maßnahmen ergänzt wurde. In den sechs Studienregionen der DHP mit einer halben Million Einwohnern gelang es innerhalb von knapp sieben Jahren, im Sinne der primären Prävention, Bluthochdruck und zu hohe Cholesterin-Blutspiegel, aber auch den Anteil an Rauchern deutlich zu senken: Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland war der Anteil der Hochdruck-Kranken bei den Studienteilnehmern um 20 Prozent niedriger. Der Anteil der Probanden mit Bluthochsterinwerten über 250 mg/dl sank um 11%, der der Raucher um 7%. Statistisch gesicherte Präventionseffekte dieser Größenordnung wurden bisher in einer so großen Bevölkerungsgruppe noch nicht erreicht (vgl. Tab. 3).

Die Evaluation wurde auf der Basis des dafür geschaffenen Bundesgesundheits surveys durchgeführt, der zu drei Zeitpunkten durchgeführt wurde (1984, 1987, 1990), indem die Daten in den Studienregionen mit den Daten des Bundesge-

	Intervention	Referenz	Nettoeffekt
Systolischer Blutdruck (x) To	132,2	131,7	
Systolischer Blutdruck (x) T2	131,0	133,2	-2,0%
Diastolischer Blutdruck (x) To	81,9	81,8	
Diastolischer Blutdruck (x) T2	80,3	81,8	-2,0%
Unkontrollierte Hypertonie (%) To	17,9	17,5	
Unkontrollierte Hypertonie (%) T2	14,3	17,7	-21,3%
Cholesterin (x) To	232,7	233,5	
Cholesterin (x) T2	231,8	236,9	-1,8%
Cholesterin (>250mg/dl) % To	33,0	34,2	
Cholesterin (>250mg/dl) % T2	31,3	36,2	-11,0%
BMI (x) To	25,8	26,1	
BMI (x) T2	26,2	26,5	0,0%
BMI (>25) % To	53,9	57,6	
BMI (>25) % T2	56,6	59,4	1,9%
Rauchen % To	35,4	34,0	
Rauchen % T2	32,5	33,5	-6,7%

Tab. 3: Ergebnisse der DHP. To ... Juni 1984 - April 1986, T2 ... April 1990 - Mai 1991

sundheitssurveys in einem Fall-Kontrollansatz verglichen wurden.

Vergleichbare Ergebnisse zeigen andere Interventionsstudien, z. B. das Nordkarelienprojekt. Viele US-amerikanische Untersuchungen zeigten jedoch nur moderate oder keine Effekte, was jedoch teilweise auch auf Mängel bzw. Fehler in der Evaluation zurückzuführen war. Eine abschließende Schlussfolgerung auf Wirksamkeit lässt sich so nicht ableiten.

Die HIV/ AIDS-Kampagne (ab 1987)

Problem: Neue Infektionskrankheit zunächst ohne Behandlungsmöglichkeiten

Ziele: Wissenserhöhung, Verhaltensänderungen, Senkung von Risikofaktoren, Kontrolle und Verhinderung von Neuinfektionen

Träger: Bundesministerium für Gesundheit/ BZgA

Seit 1987 wird in Deutschland die HIV/AIDS-Kampagne durch die BZgA in Kooperation mit einer Vielzahl weiterer Institutionen (z. B. Deutsche AIDS-Hilfe) durchgeführt. Es handelt sich um eine multizentrische, multimediale Intervention in der Gesamtbevölkerung, einzelnen Zielgruppen mit auch personalen Beratungs- und HIV-Testangeboten. Auch wenn einzelne Elemente der Kampagnen immer wieder aktualisiert werden, bleibt die Kam-

pagne im Grundsatz unverändert.

Eine Evaluation der Kampagnen und der Maßnahmen erfolgt durch:

- jährliche Repräsentativerhebungen in der Bevölkerung (AIDS im öffentlichen Bewusstsein) im Auftrag der BZgA
- Analyse der epidemiologischen Daten zu AIDS und HIV in Deutschland durch das Robert Koch Institut, i. w.
 - AIDS-Fallregister
 - Labormeldungen über HIV-positive Tests.

In Deutschland leben nach Schätzungen des RKI im Jahr 2010 ca. 70.000 HIV-Infizierte. Die Leiterin der BZgA Pott bezeichnet die AIDS Präventionsstrategie als „ein Erfolgsmodell im westeuropäischen Vergleich“.¹³ Die im folgenden wiedergegebenen Daten soll dies untermauern.

Nun mag es stimmen, dass Deutschland im europäischen Vergleich eine sehr geringe Neuinfektionsrate aufweist (vgl. Abb. 3), über die Wirksamkeit der Kampagne kann damit aber nichts belastbares ausgesagt werden.

Zur Abschätzung der Wirksamkeit werden Ergebnisse der Repräsentativbefragungen und andere Datenquellen verwendet. So soll die steigende Kondombenutzung von Singles das steigende Risikobewusstsein und zunehmende Schutzverhalten

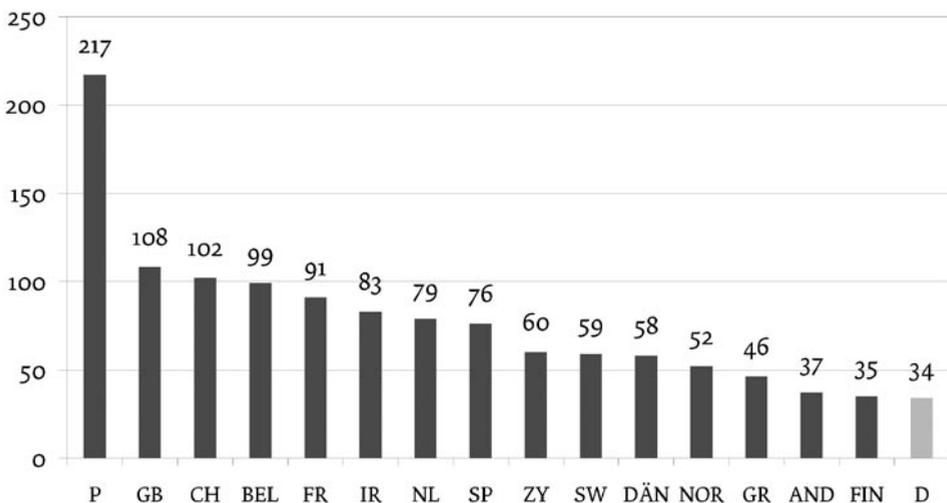


Abb. 3: HIV-Neuinfektionen in ausgewählten Ländern Westeuropas¹⁴(2007)/(Pro Million Einwohner)

indizieren, die auch durch den zunehmenden Kondomabsatz plausibilisiert werden (vgl. Abb. 4-6).

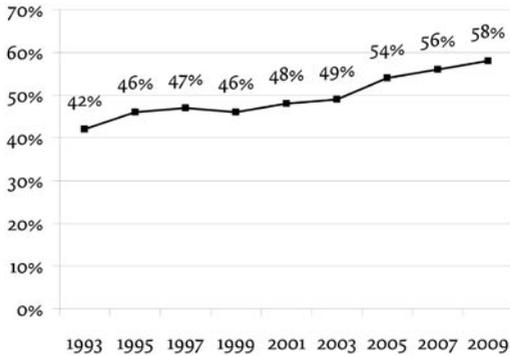


Abb. 4: Kondombenutzung von Singles < 45 Jahre (immer, häufig)⁵

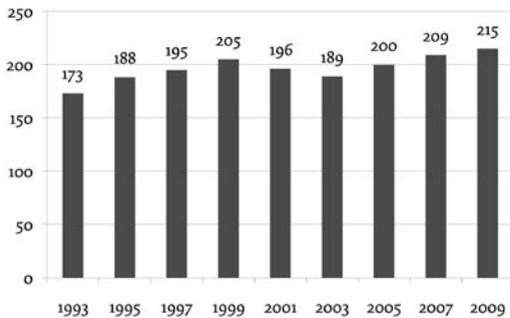


Abb. 5: Kondomabsatz in Deutschland in Mio.¹⁶

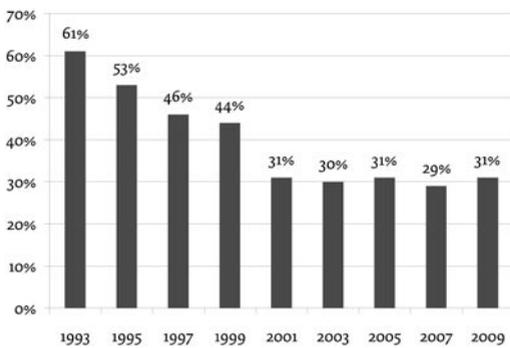


Abb. 6: AIDS eine der gefährlichsten Krankheiten¹⁷

Dass nach Auffassung der Bevölkerung die Krankheit Aids an Gefährlichkeit seit 2001 einbüßt, passt nicht so ganz ins erfolgreiche Bild und bleibt uninterpretiert.

Während die Leiterin der BZgA vom Erfolg der AIDS-Prävention spricht, zeigen die Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) ein ganz anderes Bild. Während die neudiagnostizierten Infektionen bis zum Jahr 2001 abnehmen, steigen sie von 2002 bis 2009 auf das Doppelte an, wobei diese Zunahme nahezu ausschließlich auf die Gruppe der homo- und bisexuellen Männer zurückzuführen ist (vgl. Abb. 7).

Seit 2001 kann von einem Erfolg der AIDS-Kampagne in der Hauptbetroffenengruppe keinesfalls mehr gesprochen werden. Diese Schlussfolgerung gilt auch dann, wenn man die Mängel und Defizite der HIV-Surveillance in Deutschland berücksichtigt.

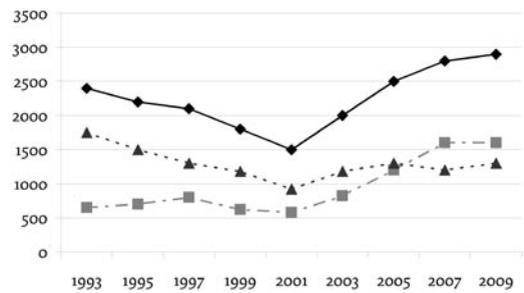


Abb. 7: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland¹⁸

Doch es gibt auch Zweifel, ob der bis 2001 zu beobachtende Rückgang der Neuinfektionen überhaupt in relevantem Maße auf die Kampagne zurückzuführen ist. Durch die kombinierte antiretrovirale Therapie wird die Viruslast und damit die Kontagiosität deutlich verringert. Das RKI selbst kommt in einer Stellungnahme zu folgendem Fazit:

„Es ist sehr wahrscheinlich, dass durch eine effektive ART (=Viruslast unter der Nachweisgrenze) die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit (auf Bevölkerungsebene!!) deutlich gesenkt wird. Der Einsatz der HIV-Therapie trägt wahrscheinlich erheblich zu einer Senkung der HIV-Inzidenz in einer Population bei.“¹⁹

Auch wenn ich diese Einschätzung letztlich teile, ist natürlich einschränkend darauf hinzuweisen, dass epidemiologisch betrachtet durch die Verlä-

gerung der Lebenserwartung unter ART auch die Expositionswahrscheinlichkeiten zunehmen. Geht man davon aus, dass in Deutschland mindestens 50% der HIV-Infizierten eine ART erhalten,²⁰ ist die Wirkung der Kampagnen umso zweifelhafter und der Anstieg der Neuinfektionen seit 2001 geradezu als dramatisch zu bezeichnen.

Die Hautkrebskampagne (1990-1994)²¹

Problem: Stark steigende Hautkrebsinzidenz

Ziele: Wissenserhöhung, Verhaltensänderungen, Senkung von Risikofaktoren (Sonnenexposition), Nutzung von Sonnenschutzmitteln

Träger: Universität Hamburg

Die Intervention wurde 1990 bis 1994 bundesweit durchgeführt. Basis waren regelmäßige, ganzseitige, hervorragend gestaltete Anzeigen in Zeitschriften des Gruner + Jahr Konzerns sowie Plakatierungen. Ein Kontextbezug wurde durch Angebote zur Hautkrebsdiagnostik in mobilen Untersuchungseinheiten hergestellt. Die Evaluation wurde in den Regionen München, Hamburg und Würzburg vom

Institut EFB durchgeführt. Es handelte sich um eine T₀/T₁/T₂ Untersuchung ohne Fall-Kontrollansatz. Befragt wurde die Bevölkerung ab 18 Jahren.

Gegenstand der Befragung war u. a.:

- Bräunungsverhalten:
 - gezielte Sonnenexposition, um braun zu werden
 - Verwendung von Sonnenschutzmitteln
 - Solariumnutzung
- Image der braunen Haut als gesunde Haut
- Einschätzung der Therapiemöglichkeiten des Hautkrebses
- Kenntnis von Warn- und Hinweiszeichen auf Hautkrebserkrankungen
- Kenntnis des Programms.

Die Evaluation zeigt signifikante Veränderungen im Wissen und im berichteten Verhalten (vgl. Tab. 4). Am deutlichsten veränderte sich die Verwendung von Sonnenschutzmitteln mit einem hohen Lichtschutzfaktor. Auch wird braune Haut wesentlich seltener mit gesunder Haut assoziiert.

	T0	T1	T2	T-Test
Jahr	1989	1992	1994	
n	1773	1805	1800	
Gezielte Sonnenexposition				
Nie	49,8%	56,4%	56,4%	3,96
Länger als 6 Wochen pro Jahr	8,6%	5,1%	5,6%	3,49
Verwendung von Sonnenschutzmitteln				
Immer	36,9%	37,7%	49,9%	7,91
Lichtschutzfaktor (LSF) 10+	5,9%	5,9%	16,9%	10,52
(Fast) nie	27,1%	26,9%	20,6%	4,57
Assoziation Braune Haut = Gesunde Haut	35,5%	19,8%	21,7%	9,23
Therapiemöglichkeiten				
Sehr gut, gut	52,1%	55,0%	60,1%	4,83
Hinweiszeichen auf mögl. Hautkrebserkrankung bekannt?				
Ja, Veränderungen an Warzen und Muttermalen	19,2%	25,2%	28,3%	6,43
Kenntnis des Programms (T1/T2)		17,6%	28,7%	7,7

Tab. 4: Hautkrebskampagne / Evaluationsergebnisse

Obst mal 5 (2000 bis 2005)

Problem: Fehlernährung der Bevölkerung/ Übergewicht / steigende Inzidenz z. B. von Diabestes Typ 2

Ziele: Verbesserung des Informationsstandes und des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung im Land Tirol (Bezirke Imst und Landeck) hinsichtlich der täglichen Verzehrmenen von Obst und Gemüse

Träger: avomed - Arbeitskreis für Vorsorge-medicin und Gesundheitsförderung in Tirol und Weitere (teilfinanziert durch den Fonds Gesundes Österreich).

Es handelt sich um ein multizentrisches und multimediales Maßnahmenprogramm, das von Flyern, Broschüren, Plakaten, Internetauftritten²² bis zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Informationsveranstaltungen reicht. Nicht uninteressant ist die niedrigschwellig ausgerichtete und kontextbezogene Informationsübermittlung durch die Beteiligung eines regionalen Discounters und die entsprechende Schulung des Verkaufspersonals.

Das Projekt basiert auf dem aktuellen ernährungswissenschaftlichen Kenntnisstand zur gesunden Ernährung. Es wird durch eine begleitende Telefonumfrage evaluiert, in deren Mittelpunkt die Veränderung des Wissens und erfragten Ernährungsverhaltens steht. Das Projekt wurde durch das Institut für klinische Epidemiologie der Tiroler Landeskrankenhäuser u. a. im Rahmen von fünf Telefoninterviews zwischen 1999 und 2004 evaluiert.²³

Auch bei dieser Intervention zeigen sich deutliche Verbesserungen im Wissen und berichteten Verhalten (vgl. Tab. 5).

Rauchfrei-Jugendkampagne der BZgA (seit 2003)

Problem: Steigende Raucherprävalenzen unter Jugendlichen

Ziele: Reduktion des Rauchens

Träger: BZgA

Die Kampagne wird seit April 2003 von der BZgA durchgeführt. Es handelt sich um eine multimediale und multizentrische Kampagne.

Die verschiedenen Maßnahmen und Kampagnen der BZgA zum Nichtrauchen werden seit den 70er Jahren u. a. auf der Grundlage repräsentativer Befragungen der Bevölkerung evaluiert. Die aktuellste Untersuchung stammt aus dem Jahr 2010.²⁵

Der Bericht enthält folgendes Fazit:

„Die Bemühungen, die in Deutschland im Laufe der letzten Dekade zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen und zur Förderung des Ausstiegs aus dem Rauchen unternommen wurden, zeigen Erfolge. Der Anteil rauchender 12- bis 17-jähriger Jugendlicher ist in der neuesten Untersuchung aus dem Jahre 2010 so niedrig wie noch nie seit 1979. Gegenüber dem letzten Höchstwert im Jahr 2001 hat sich der Anteil rauchender Jugendlicher innerhalb von neun Jahren mehr als halbiert.“²⁶

	T0	T3	Signifikant
Jahr	1999	2004	
n	300	296	
Tägliche Obst/Gemüseportionen x	3,4	4,4	*
Konsum von mehr als 5 Portionen täglich	14,0%	33,8%	*
Konsum von 5 Portionen ist machbar ja	69,5%	82,4%	*
Informationen zu Obst mal 5 erhalten	9,8%	56,8%	*
Programm Obst mal 5 bekannt	17,0%	46,6%	*
<i>Quelle: TILAK Bericht 2004/FGÖ</i>			

Tab. 5: Obst mal 5 (Tirol) / Evaluationsergebnisse

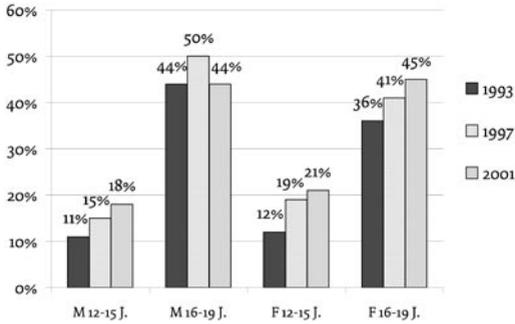


Abb. 8: Raucherprävalenzen unter Jugendlichen (1993, 1997, 2001) (Quelle: BZgA)²⁴

Ob die insgesamt deutliche Abnahme der Raucherprävalenzen unter Jugendlichen (vgl. Abb. 9) tatsächlich auch eine Wirkung der Kampagnen darstellt oder nicht eher und stärker ein Ergebnis der Zunahme der Preise, die von 2003 bis 2010 um 56% gestiegen sind, muss letztlich offen bleiben (vgl. Tab. 6). Mag dies im Rahmen einer Politik der Tabakkontrolle letztlich auch zweitrangig sein, so kann die Entwicklung jedenfalls nicht allein und primär als Erfolg der Kampagnen bewertet werden.

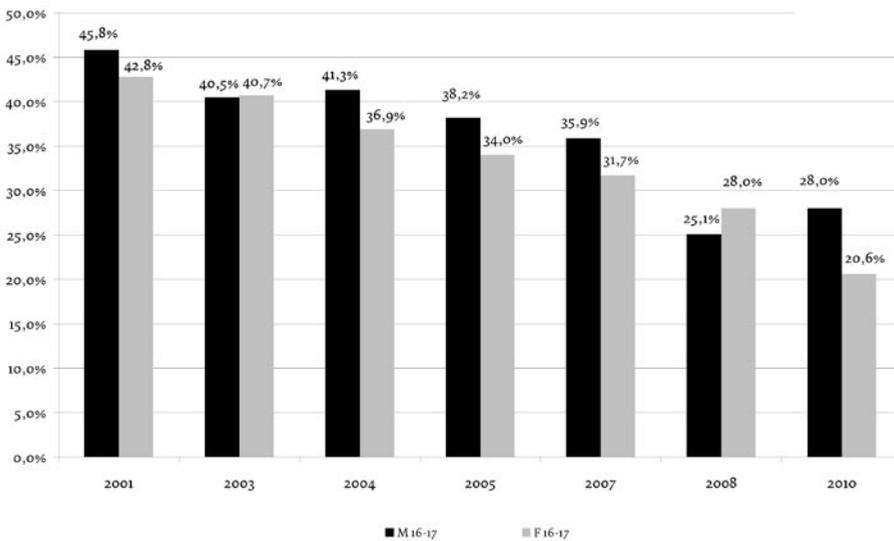


Abb. 9: Raucherprävalenzen unter 16- bis 17-Jährigen in Deutschland (2001 - 2010) (Quelle: BZgA)

	Preis/ Zigarette in Cent	WR %	Kosten/ Packung (Euro)
2003	16,67		3,33
Mrz 04	19,05		3,81
Dez 04	21,05		4,21
2005	22,22		4,44
2007	23,52		4,70
2010	26,31	58%	5,26

Tab. 6: Entwicklung der Zigarettenpreise (2003 - 2010)²⁷

5. Fazit

Spätestens seit der Ottawa-Charta 1986 wird in den entwickelten Ländern eine viel stärker gesundheitsfördernde und präventive Gesundheitspolitik gefordert, und dies wird nicht nur ethisch, vielmehr oft auch ökonomisch begründet. Eine präventiv-gesundheitsfördernde, mit Gesundheitszielen unterlegte und auch finanziell und strukturell gut ausgestattete Gesundheitspolitik lässt sich bisher nirgendwo finden. Dies erklärt die relativ geringe Zahl primärpräventiver Programme (auch) in Deutschland. Ob Kampagnen mit Kontextbezug wirksam sind, kann bisher abschließend nicht be-

antwortet werden. Ob dies jemals der Fall sein wird, ist m. E. fraglich, denn primärpräventive Gesundheitsprogramme und -kampagnen sind keine hoch standardisierbaren klinischen Studien, sie sind vielmehr soziale Experimente mit zeitlich, örtlich, strukturell und instrumentell-methodisch äußerst heterogenen Voraussetzungen und Bedingungen.

Mit Ausnahme der DHP, die als finanziell sehr gut ausgestattetes Forschungsprojekt, theoretisch gut fundiert, interventiv professionell umgesetzt und nach dem state of the art auch evaluiert wurde und auch Wirksamkeit zeigte, weisen die anderen untersuchten „Interventionen“ folgende Probleme auf:

- Sie sind interventionstheoretisch weit weniger gut abgesichert.
- Sie verwenden einfache, oft einfachste Evaluationsdesigns in Form von Befragungen ohne Einsatz komplexerer Methoden (bei Obst mal 5 z. B. Ernährungsprotokolle).
- Die Befragungen weisen zahlreiche methodische Limitierungen und Probleme auf (z. B. Selektionen, sozial erwünschtes Antwortverhalten (Obst mal 5, Kondombenutzung).
- Die Befragungen weisen oft zeitliche Limitierungen auf und erlauben keine Abschätzung der Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit von Änderungen im berichteten Verhalten.
- Die Stichproben sind für die oft erforderlichen Kleingruppenanalysen oft viel zu klein.
- Bei multiinstrumentellen Interventionen können die erzielten Effekte häufig nicht den einzelnen Maßnahmen zugeordnet werden.
- Bei der HIV/AIDS-Prävention sind erhebliche Defizite und Mängel in der epidemiologischen Surveillance festzustellen.²⁸ Die zwischen 1989 und 1996 etablierten ergänzenden Systeme wurden zwischenzeitlich eingestellt,^{29,30,31} was u. a. auch ein geringer werdendes politisches Interesse an der Regulierung des AIDS-Problems deutlich macht.
- Bei HIV/AIDS und der Tabakrauchkampagne zeigt sich die Problematik von stark politisch-

administrativ gesteuerten Evaluationen und Selbstevaluationen.

- Die erkennbaren Änderungen im Wissen und berichteten Verhalten werden häufig allein unter dem Gesichtspunkt ihrer statistischen Signifikanz und nicht auch nach ihrer gesellschaftlichen Relevanz bewertet.

Damit lässt sich abschließend tautologisch formulieren:

Präventionskampagnen können wirken. Der Nachweis dafür kann nur durch deutlich bessere Interventionen und Evaluationen geführt werden.

Referenzen

- 1 Kirschner R. et al., Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich 1998-2001, Wien (2003), S. 14, www.fgoe.org/hidden/downloads/Evaluationsberichtdeutsch.pdf
- 2 Rosenbrock R., *Primärprävention - Was ist das und was soll das?*, WZB discussion papers, Berlin (2008), S. 16
- 3 vgl. Bonfadelli H., *Medienwirkungsforschung II: Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur* (2. überarb. Auflage), UVK, Konstanz (2004)
- 4 vgl. Bengel. J. et al., *Was erhält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*, BZgA Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln (2001)
- 5 vgl. OECD 2005: Health at a glance, OECD Indicators 2005, www.oecd.org/dataoecd/24/825.pdf [Stand: 02.05.2011]
- 6 www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html [Stand: 02.05.2011]
- 7 a.a.o., S. 26
- 8 a.a.o., S. 24
- 9 vgl. Mörath V., *Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994*, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin (2005)
- 10 Hornik R. (Hrsg.), *Public Health Communication. Evidence for Behavior Change*, Mahaw, New Jersey (2002)
- 11 Bonfadelli H. et al., *Konzeption und Einsatz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich*, Management Summary, Universität Zürich (2006), S. 8
- 12 Forschungsverbund DHP (Hrsg.), *Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse*, Verlag Hans Huber, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle

- (1998)
- 13 Pott E., *AIDS-Präventionsstrategien in Deutschland – Ein Erfolgsmodell im internationalen Vergleich*, Hamburg (2009), www.hamburg.de/.../data/AIDS-praeventionsstrategien-in-deutschland.pdf [Stand: 29.04.2011]
 - 14 Europe Center for Disease Prevention and Control 2007, www.ecdc.europa.eu/.../o812_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf [Stand: 29.04.2011]
 - 15 Pott E., siehe Ref. 13
 - 16 Pott E., siehe Ref. 13
 - 17 Pott E., siehe Ref. 13
 - 18 vgl. Robert Koch-Institut: *HIV/AIDS Folien 2009/2010*, www.rki.de/.../HIVAIDS/.../HIV-AIDS-Folien.../HIV-AIDS-Folien.pdf [Stand: 17.05.2011]
 - 19 Robert Koch-Institut: *Zum HIV-Übertragungsrisiko unter antiretroviraler Therapie*, www.hiv-fortbildung.net/.../hivuebertragungsrisikohaart/index.html [Stand: 02.05.2011]
 - 20 Rosenbrock R., *Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden in Berlin*, Oktober 2010, S. 8, www.berlin.de/imperia/.../rosenbrock_entwicklungskonzept_komplett.pdf [02.05.2010]
 - 21 Breitbart E. W. et al., *Ziele und Ergebnisse der Hautkrebskampagne*, DÄ (1992); 89: A2 1199-A2 2000
 - 22 www.fgoe.org/projektfoerderung/.../FgoeProject_228668 [Stand: 17.05.2011]
 - 23 Lau M. et al., *Obst mal 5 – Evaluationsbericht (2004)*
 - 24 www.bzga.de/botpresse_159.html [Stand: 02.05.2011]
 - 25 BZgA: *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010*, Februar 2011, www.berlin-suchtprevention.de/.../Tabakkonsum_Jugendlicher_2010.pdf [Stand: 02.05.2011]
 - 26 siehe Ref. 25, S. 29
 - 27 www.rauchfrei.de/tabaksteuer.htm [Stand: 17.05.2011]
 - 28 Kirschner W., *HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme der Bestimmung der Ausbreitung von HIV-Infektionen*, edition sigma, Berlin (1993)
 - 29 Kirschner W. et al., *Sentinel-Surveillance von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Ergebnisse der ANOMO-Studie 1988 bis 1994*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 63, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (1996)
 - 30 Kirschner W. et al., *Umfang und Struktur von i. v. Drogenabhängigen in Deutschland (1995). Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte*, Reihe „Empirie der Gesundheitswissenschaften“, Band 1. Profil Verlag, München, Wien (1997)
 - 31 Kirschner W., Kunert M., Nagel M., Huber T., *Episentinel – sozialstatistische Kreistypologien in Deutschland als statistische Grundlage epidemiologischer Surveillanceme-*

thoden, Reihe „Empirie der Gesundheitswissenschaften“, Band 2, Profil Verlag, München/ Wien (1997)

e-card auch im Spital



e-card: Spitäler fit für die e-card

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die e-card bereits unentbehrlicher Teil des Alltags. Nun werden schrittweise auch die Spitäler und ihre Ambulanzen quer durch Österreich für die e-card fit gemacht. Das gestaltet Abläufe rascher und sicherer und verringert den Verwaltungsaufwand. Selbstverständlich gelten auch hier die gleichen Anforderungen an Sicherheit für Ihre persönlichen Daten, wie sie für den Einsatz der e-card in den Ordinationen vorgeschrieben sind.

Sicher, modern, immer dabei: Ihre e-card.



Thomas Czypionka

Public Health in der Gesundheitsökonomie

Public health in health economy

Zusammenfassung

Dieser Beitrag setzt sich mit gesundheitsökonomischen Erkenntnissen zu Public Health auseinander. Auf individueller Ebene wird das niedrige Ausmaß an präventiven Aktivitäten oft mit den Konzepten „Externe Effekte“ und „ex-ante Moral Hazard“ erklärt, welche allerdings keine ausreichende Erklärungskraft haben. In der jüngeren Literatur wird das Konzept der „Prudence“ dem der Risikoaversion entgegengestellt, welches erklärt, wie auch risikoaverse Individuen zu wenig Prävention neigen können. Neben diesen neoklassischen Erklärungsversuchen spielt auch der homo-institutionalis-Ansatz eine bedeutende Rolle und untermauert die Wichtigkeit, gesundes Verhalten gesellschaftlich als das normale Verhalten zu etablieren, anstatt die Bemühungen nur auf Individuen zu konzentrieren. Auf gesellschaftlicher Ebene verdeutlicht die fundierte (ökonomische) Evaluation von Public Health Maßnahmen mittels Kosten-Nutzen Analyse die Schwierigkeiten, eindeutige Ergebnisbewertungen über ihren Nutzen vorzunehmen.

Schlüsselwörter: public health, prudence, Risikoaversion, Kosten-Nutzen Analyse, homo institutionalis

Abstract

This article sheds light on health-economic perspectives of public health. On the individual level little preventive activity is often explained by the concepts of “external effects” and “ex-ante moral hazard”, which albeit do not have sufficient explanatory power. Only recently, the concept of “prudence” has gained ground in the literature, which accommodates rational choice interpretations of low prevention levels, as opposed to risk-aversion, which at first sight implies high prevention levels. Institutional theories emphasize the importance of changing society as a whole rather than trying to influence individual behavior through incentives. On the society level, rigorous (economic) evaluation of public health measures by cost-benefit analysis underlies troubles providing conclusive evidence of the fruitfulness of prevention. Methodical shortcomings and problems with data availability need to be overcome in order to provide the necessary evidence base.

Keywords: public health, prudence, risk-aversion, cost-benefit analysis, homo institutionalis

Dr. Thomas Czypionka
Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien
thomas.czypionka@ihs.ac.at

Einleitung

Public Health gilt in der Medizin als Bereich, der an Bedeutung gewinnen soll, während die Gesundheitsökonomie bislang eine eher skeptische Haltung eingenommen hat. Immerhin ist empirisch eine eher zurückhaltende Einstellung der Bevölkerung bzgl. gesunden Verhaltens festzustellen, und öffentliche Eingriffe erfordern den Nachweis von „Marktversagen“. Auf individueller Ebene gibt es Ansätze, das menschliche Verhalten bzgl. Prävention zu erklären. Jedoch konnten innerhalb der neoklassischen Modellwelt des *homo oeconomicus* erst jüngste Erkenntnisse eine befriedigende Erklärung für den mangelnden Eifer hinsichtlich gesunden Verhaltens erbringen. Die heterodoxe Welt des *homo (oeconomicus) institutionalis* liefert dabei ergänzende Erkenntnisse.

Auch aus der gesellschaftlichen Perspektive tat sich die Gesundheitsökonomie bislang schwer mit Maßnahmen aus dem Bereich public health. Die Anforderungen an Methoden und Daten sind ungleich höher als bei kurativen Maßnahmen, so dass ihr Kosten-Nutzenverhältnis häufig zu ihren Ungunsten verzerrt ist.

Individuelle Perspektive

Ausgangspunkt für die gesundheitsökonomische Analyse von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sind oft die (neo-)klassischen Verhaltensannahmen über das (repräsentative) Individuum, die durch das Modell des „homo oeconomicus“ dargestellt werden: Aufbauend auf der methodologisch-individualistischen Grundannahme der Handlung des Einzelnen agiert der Homo Oeconomicus *erstens* eigennutzorientiert. *Zweitens* entscheidet er zweckrational, d. h. rational im Sinne eines systematischen Abwägens der möglichen Handlungsalternativen gepaart mit der Ausrichtung auf ein bestimmtes Ziel (der Zweck). Dieses Ziel ist *drittens* die Nutzenmaximierung bei gleichzeitiger Minimierung der Kosten, die abhängig vom Untersuchungsgegenstand verschiedene Ausprägungen haben können. *Viertens* reagiert

der Homo Oeconomicus auf Restriktionen aus der Umwelt.¹ Dies beschränkt die (rational wählbaren) Handlungsalternativen. *Fünftens* hat er fixe exogene Präferenzen, die also als unbeeinflussbar gegeben angesehen werden und dem Menschen als Leitlinie für sein rationales Verhalten dienen. Um nun zweckorientiert und damit nutzenmaximierend unter gegebenen Restriktionen entscheiden und handeln zu können, braucht der Homo oeconomicus *sechstens* vollständige Information. Das bedeutet, dass er alle relevanten Handlungsalternativen kennt und auch die Wahrscheinlichkeiten deren Auswirkungen einschätzen kann.² Zusätzlich wird die Annahme der Risikoaversion oft bei Verhaltensentscheidungen angenommen.

Diese Eigenschaften lassen zunächst die Vermutung aufkommen, dass in Anbetracht der erwartbaren positiven Effekte von Gesundheitsförderung und Prävention ein höheres Ausmaß dieser von Individuen bevorzugt werden sollte. Allerdings sprechen Beobachtungen der Realität eher dagegen: Prävention und Gesundheitsförderung sind eher wenig nachgefragte Güter. Gründe hierfür werden in der (gesundheits-)ökonomischen Diskussion oft mit den Begrifflichkeiten von „externen Effekten“ und „moral hazard“ beschrieben. Zur Illustration, was externe Effekte sind, eignet sich die Überlegung zur gesundheitspolitischen Relevanz von Impfungen.

Die Immunisierung gegen eine bestimmte (Infektions-)Krankheit führt nicht nur zu einem Schutz des „Impf-Konsumenten“, sondern senkt auch mit jeder geimpften Person die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung *anderer*; ein externer Effekt liegt vor. Der gesamtgesellschaftliche Nutzen steigt mit jeder Impfung, während der individuelle Nutzen (aufgrund der niedrigeren Ansteckungsgefahr, wenn sich andere impfen) sinkt. Das Ergebnis wäre ein marktwirtschaftliches Gleichgewicht, welches unter der gesellschaftlich optimalen Durchimpfungsrate liegen würde.³ Dies lässt sich auf Prävention in einem Versicherungssystem übertragen. Persönliche Bemühungen, gesundheitsbewusstes Verhalten an den Tag zu legen, senkt das individuelle Risiko,

krank zu werden, aber auch das Risiko der Versicherungsgemeinschaft, für auftretende Krankheiten anderer zu bezahlen. Wiederum ist der individuelle marginale Nutzen durch mehr Prävention niedriger als der gesellschaftliche, da die gemeinschaftlichen Kosten sinken, sie für die versicherte Person aber gleich hoch bleiben (Versicherungsprämien). Das Individuum ignoriert somit die (externen) Effekte in seinem Rationalkalkül, die sein gesundheitsbezogenes Verhalten auf die Prämienhöhe der anderen Versicherungsmitglieder hat.⁴

Durch den Abschluss einer Krankenversicherung besteht die Gefahr von verringerten Anreizen für das Individuum, präventive Maßnahmen zu ergreifen, was als Moral-Hazard Problem bezeichnet wird. Präziser formuliert handelt es sich um ex ante Moral Hazard, da die Versicherung Einfluss auf das Verhalten haben könnte, bevor eine Krankheit überhaupt eintritt.⁵ Einige frühe empirische Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen steigenden Preisen für Gesundheitsleistungen und dem Anstieg der Nachfrage für Prävention.⁶ Krankenversicherungen, die das individuelle Risiko von steigenden Preisen verhindern, könnten daher als Substitute für Prävention interpretiert werden. Diesem Ergebnis ist aber mit Vorsicht zu begegnen, da Prävention die Wahrscheinlichkeit von Krankheit senkt, Versicherungen jedoch nur die individuellen Kosten für Gesundheitsdienstleistungen abdecken, also kein vollständiges Substitut ist.

Als Ansatz zur Lösung des Moral-Hazard-Problems schlägt Shavell eine unvollständige Versicherung vor, die nur einen Teil der Kosten abdeckt.⁷ Prävention würde in diesem Fall (natürlich in Abhängigkeit der relativen Preise) mehr nachgefragt werden. In Zusammenhang mit Krankenversicherungen kann in jedem Fall von einer unvollständigen Versicherung ausgegangen werden. Zwar können die monetären Kosten von Behandlungen sowie Einkommensverluste durch Arbeitsunfähigkeit abgedeckt werden, nicht jedoch die Nutzeneinbußen durch Krankheit. So werden Schmerzen, die oft mit Krankheiten einherge-

hen, nicht entschädigt, obwohl die Zahlungsbereitschaft (willingness to pay) hierfür die Kosten der medizinischen Behandlung weit überschreiten können.⁸ Gründe für die Unvollständigkeit der Absicherung durch Krankenversicherungen liefern Cook und Graham mit dem Konzept der „Unersetzlichkeit“ von Gesundheit.⁹ Da schlechte Gesundheit nicht kompensierbar ist, entscheiden sich auch risikoaverse Personen gegen einen vollen Versicherungsschutz. Moral Hazard ist aus dieser Perspektive betrachtet wahrscheinlich gar nicht so bedeutsam, wie oft vermutet, da auch trotz Versicherung ausreichend Anreize für Prävention vorhanden sind. Dabei darf aber nicht auf den Fortschritt in der Medizin vergessen werden. Je besser die Aussichten auf vollständige Gesundheit, desto eher spielt Moral Hazard eine Rolle.

Ein bedeutender theoriegeschichtlicher Streit entbrannte auch darüber, ob Suchtverhalten generell rational sein könne. Es wurden einige Ansätze entwickelt, um die Annahme des homo oeconomicus auch beispielsweise mit Rauchverhalten in Einklang zu bringen. Myopischen Präferenzen, bei denen der Gegenwartswert zukünftiger Schäden (z. B. Krankheiten) zu niedrig eingeschätzt wird, da das Individuum eine zu hohe Diskontrate hat, implizieren nicht-rationales Verhalten. Diese Personen sind gegenüber zukünftigen Ereignissen „kurzsichtig“ und setzen zu niedrige Kosten für diese in der Gegenwart an. Das Versagen, optimale Ergebnisse in diesem Fall zu generieren, führt aus ökonomischer Sicht zur Rechtfertigung meritorischer Eingriffe.

Anders verhält es sich bei der Annahme rationalen Verhaltens: Ein Beispiel hierfür ist Becker und Murphys „Theorie der rationalen Abhängigkeit“,¹⁰ in der angenommen wird, dass Individuen ihren Nutzen über ihre Lebenszeit maximieren. Die Diskontierungsrate kann zwar höher sein als bei normalen Gütern angenommen, die Entscheidung zu heutigem „ungesundem Verhalten“ kann aber trotzdem rational sein, wenn der Nutzen durch intertemporale Abhängigkeit der Präferenzen größer ist als der Nutzen aus „gesundem Verhalten“. Der

Konsument weiß also, welchen Schaden er haben wird und inkludiert diesen in den Gegenwartswert zukünftiger Kosten. Meritorische Eingriffe sind aus dieser Sichtweise *nicht* gerechtfertigt.

Die den rationalen Verhaltensmodellen oft innewohnenden Annahmen von Gewissheit über die Zukunft und vollständiger Information sind durchaus problematisch, da Unsicherheit über Gesundheitsrisiken und über deren Ausmaß herrscht. Darüber hinaus ist unklar, welchen Nutzen und welche Möglichkeiten präventive Bemühungen mit sich bringen.

Risikoaversion vs. Prudence (Klugheit)

Risikoaverse Individuen sind in der Ökonomie Personen, die bei gleichen durchschnittlich erwarteten Auszahlungen jene vorziehen, die die niedrigste Varianz (d. h. Risiko) aufweisen. Je höher das Risiko, desto niedriger ist ihr marginaler Nutzen durch Aussichten auf höhere Auszahlungen. Abb. 1 zeigt die Nutzenfunktion eines risikoaversen Individuums. Dabei gilt, dass der Nutzen aus dem erwarteten Ergebnis streng höher ist als der erwartete Nutzen aus dem Ergebnis:

$$U(EV(W)) > EU(W) = EV > CE$$

Die Differenz ist die sogenannte Risikoprämie (π), die ein Individuum bereit wäre zu zahlen, um eine sichere Auszahlung zu erhalten. Umgelegt auf den Gesundheitsbereich würden nur Präventionsmaßnahmen gesetzt, deren Kosten unter der Risikoprämie liegen.

Ein Standardmaß für die Risikoeinstellung eines Individuums ist das sogenannte Arrow-Pratt-Maß der absoluten Risikoaversion, welches die Steigung (1. Ableitung) und Krümmung (2. Ableitung) einer individuellen Nutzenfunktion ins Verhältnis setzt:

$$APM(x) = -\frac{u''(x)}{u'(x)}$$

Hat das Arrow-Pratt-Maß einen positiven Wert, ist das Individuum risikoavers, und die Funktion hätte graphisch betrachtet eine konkave Form wie in Abb. 1.

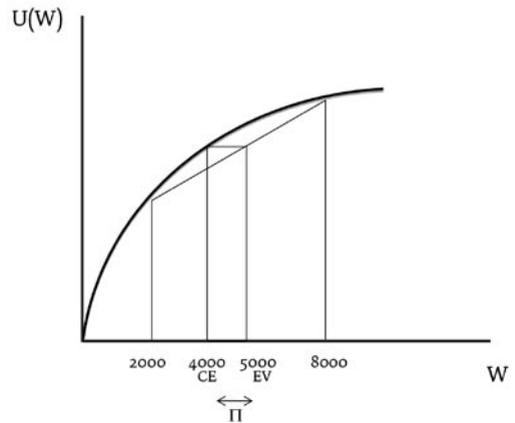


Abb. 1: Nutzenfunktion eines risikoaversen Individuums. Anmerkung: $U(W)$ steht für Nutzen der Auszahlung, W für die Auszahlung, CE für das Risikoäquivalent, EV für den Erwartungswert und π für die Risikoprämie.

Vordergründig – und so auch historisch geschehen – würde die gesundheitsökonomische Theorie nun annehmen, dass risikoaversere Individuen mehr in Prävention investieren. Dionne und Eeckhoudt konnten zeigen,¹¹ dass dieser intuitiv angenommene positive Zusammenhang nicht notwendiger Weise existiert. Für das risikoaverse Individuum ist die Varianz der Auszahlung bzw. des Gesundheitsergebnisses entscheidend, welche durch Prävention nicht klar reduziert werden muss. Abb. 2 zeigt zwei Situationen, deren Mittelwerte und Varianzen identisch sind. Anhand des Kriteriums der Risikoaversion lässt sich hier keine Entscheidung treffen, welche Alternative gewählt werden würde. Allerdings gibt es einen Unterschied im dritten Moment der Verteilung, der Schiefe. Empirisch lässt sich ermitteln, dass die meisten Individuen die Situation 1 der Situation 2 vorziehen, obwohl die Varianz identisch ist.

Die Einbeziehung der Schiefe in entscheidungstheoretische Überlegungen wurde von Kim-

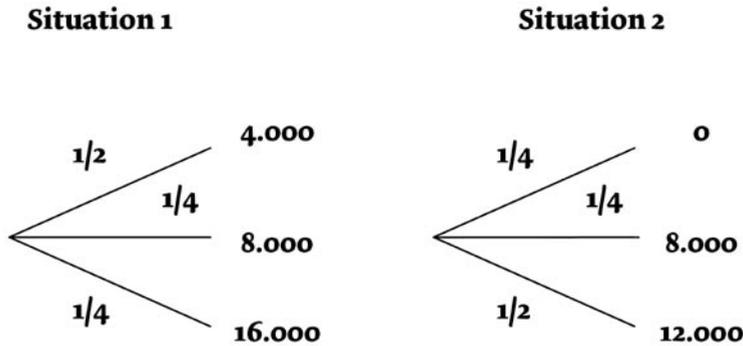


Abb. 2: Entscheidungsalternativen. Quelle: Eigene Abbildung nach Eeckhoudt/Gollier/Schlesinger¹²

ball unter dem Namen „Prudence“ in die ökonomische Diskussion eingeführt.¹³ Das Konzept der Prudence (Klugheit) dient dabei der Analyse von monetären Vorsorgeentscheidungen bei unsicherem zukünftigem Einkommen. Ein Individuum ist demgemäß „prudent“, wenn es bei größerem Risiko bezüglich des zukünftigen Einkommens mehr in der Gegenwart spart. Formal betrachtet ist die Messung von absoluter Prudence analog zum Arrow-Pratt-Maß, wobei hier Krümmung (2. Ableitung) und Schiefe (3. Ableitung) miteinander in Beziehung gesetzt werden:

$$P(x) = -\frac{u'''(x)}{u''(x)}$$

Wenn $P(x) \geq 0$ ist, wird das Individuum als prudent bezeichnet, d. h. bei gleicher Varianz wird eine rechtsschiefe Verteilung der unsicheren Situation in der Zukunft bevorzugt, wie es etwa in Situation 1 gegeben wäre.

Eine Übertragung des Konzeptes der Prudence auf Lifestyle-Entscheidungen wurde von Eeckhoudt und Gollier vorgenommen,¹⁴ die einen negativen Zusammenhang von Prudence und Prävention postulieren. Grund dafür ist, dass Prudence die Neigung eines Individuums beschreibt, mehr Geld in der Gegenwart für eine risikobehaftete Zukunft zu sparen und es daher auch weniger Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Gegenwart tätigt. Mit

anderen Worten: Prävention und Gesundheitsförderung bieten keine Garantie, dass ich in Zukunft gesund bleibe. Erkrankte ich in Zukunft, so habe ich nicht nur mit der Krankheit zu leben, sondern habe auch (ex-post gesehen) sinnlos in meine Gesundheit investiert.

Ein banales Beispiel soll dies aus der abstrakten Denkwelt des Erwartungsnutzens lösen: Kasteie ich mich zwanzig Jahre, indem ich auf den Genuss von Schweinebraten verzichte, und erleide dennoch einen Herzinfarkt, so ist in dieser Realisation der Zukunft mein Verlust maximiert, denn ich habe mit den Folgen des Herzinfarkts zu leben und mit dem Verzicht auf zwanzig Jahre Schweinebratenkonsum. Investiere ich nicht in meine Gesundheit, so ist die schlimmste zukünftige Realisation, dass ich einen Herzinfarkt erleide, aber dennoch zwanzig Jahre Schweinebraten genießen konnte. Dabei wird offensichtlich, dass die Entscheidung zu gesundem Verhalten von der Wirksamkeit der Prävention und meiner Furcht vor dem Herzinfarkt beeinflusst werden wird.

Ein interessantes Präventionsentscheidungsmodell stammt von Courbage und Rey,¹⁵ die individuelle Risikoeinstellungen zu potentieller zukünftiger Krankheit (fear of sickness) mit Prudence verknüpfen, um das Ausmaß an Prävention zu bestimmen.

Gegeben sei der erwartete bivariate Nutzen eines Individuums, der durch Vermögen W und einem Gesundheitsmaß H bestimmt wird:

$$E[U^i] = (1-p)U^i(W_o - L, H_o)$$

Anmerkung: p ist die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden. W_o ist das Ausgangsvermögen, H_1 steht für Gesundheit, H_o für Krankheit und L sind monetäre Ausgaben, die aufgrund von Krankheit anfallen.

Die Maximierung des erwarteten Nutzens von Prävention ist durch das optimale Ausmaß an präventiven Maßnahmen, die vom Individuum ergriffen werden, gegeben. Dabei verringern präventive Aktivitäten die Wahrscheinlichkeit von Krankheit, d. h. die Krankheitswahrscheinlichkeit nimmt bei vermehrten präventiven Aktivitäten ab (bspw. $p'(x^i) < 0$). Die Kosten von Prävention werden durch $C(x^i)$ dargestellt:

$$\begin{aligned} & \text{Max}_{x^i} (1-p(x^i))U^i(W_o - C(x^i), H_1) \\ & + p(x^i)U^i(W_o - L - C(x^i), H_o) \end{aligned}$$

Daraus folgt: Der erste Term der Ableitung ist der Grenznutzen, der durch präventive Aktivitäten geschaffen wird, während der zweite Term die Grenzkosten der Prävention darstellt:

$$\begin{aligned} & -p'(x^i)[U^i(W_o - C(x^i), H_1) - U^i(W_o - L - C(x^i), H_o)] \\ & C'(x^i)[p(x^i)U^i(W_o - L - C(x^i), H_o) \\ & + (1-p(x^i))U^i(W_o - C(x^i), H_1)] = 0 \end{aligned}$$

Der Grenznutzen von Prävention ist abhängig von der Risikoeinstellung der Individuen zu potentiellen zukünftigen Krankheiten (fear of sickness). Je größer die fear of sickness, desto größer wird der Nutzenverlust durch eine eventuell eintretende Krankheit. Das hat negative Auswirkungen auf den erwarteten Gesamtnutzen (inklusive des Vermögens) bei Krankheit (H_o) und steigert den Grenznutzen von präventiven Maßnahmen. Die Grenzkosten von Prävention sind positiv abhängig von der Prudence der Individuen: Je höher die Prudence, desto schwerer wiegt, dass die Präventionsbemühungen im Krankheitsfall umsonst waren.

Bestätigung finden diese Ergebnisse in einer empirischen Studie mit experimentellem Design:

In der Studie waren 51,3% der Probanden prudent, während nur 13% als nicht-prudent identifiziert wurden. Die als prudent klassifizierten Individuen wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, niedrigere Präventionsniveaus zu wählen.¹⁶

Theorie der endogenen Präferenzen

In einer rein neoklassischen Modellwelt haben also Prävention und Gesundheitsförderung einen schweren Stand. Die Natur der Präferenzen ist jedoch in der ökonomischen Theorie keinesfalls unumstritten. Endogene Präferenzen sind eine wichtige Neuerung in der jüngeren Geschichte der Mikroökonomie. Das Konzept geht auf die Institutionsökonomie zurück und lehnt zu rigide Vorstellungen von Präferenzen als exogen gegeben ab. Institutionen sind dauerhafte, in die Gesellschaft eingebettete Systeme sozialer Regeln, die soziale Interaktionen strukturieren.¹⁷ Menschen werden in diese Systeme hineingeboren, sodass deren Präferenzen durch Institutionen geprägt werden (*homo (oeconomicus) institutionalis*). Diese Sichtweise hat mehrere Implikationen für den Bereich Public Health: So kann ungesundes Verhalten für Individuen rational sein, da es den gesellschaftlich geprägten Präferenzen entspricht. Änderungen des Gesundheitsverhaltens sind dadurch nur schwer über kurzfristige Anreizsetzungen möglich, da die Individuen Gewohnheiten (*habitus*) entwickelt haben, die in Wechselwirkung mit dem institutionalen Umfeld entstehen. Daher gilt es, einen soziale Praktiken und Denken verändernden Wandel herbeizuführen. Es sind Konzepte vonnöten, die gesundes Verhalten nach und nach als das „normale“ Verhalten etablieren.

Gesellschaftliche Perspektive

Ökonomische Evaluationen von Prävention und Gesundheitsförderung auf Gesellschaftsebene werden oft durch Kosten-Nutzen Analysen (*cost-benefit analysis, CBA*) durchgeführt, welche Kosten als auch Nutzen in monetären Einheiten messen.

Ein einfaches Modell für die positive Bewertung einer Präventionsmaßnahme sieht wie folgt aus:

$$N \cdot P < i \cdot N \cdot C$$

Anmerkung: N steht für Personen, P für den Preis der Prävention pro Person, i für die Krankheitsinzidenz ohne Prävention und C für die medizinischen Interventionskosten.

Die linke Seite misst die Kosten für die Prävention, die rechte Seite die Kosten der medizinischen Intervention, die ohne Prävention anfallen würden. Sind die Präventionskosten niedriger als die „verhinderbaren“ medizinischen Interventionskosten – also dem Nutzen der Prävention, sollte die Prävention forciert werden. Prävention und Gesundheitsförderung haben in dieser Modellwelt einen schweren Stand. In dieser engen und unpräzisen Betrachtung von Kosten und Nutzen werden Public Health Bemühungen schnell verworfen. Empirische Studien zeigen daher nur wenige positive Kosten-Nutzenverhältnisse der Prävention wie etwa bei Impfungen oder bei der Raucherentwöhnung.

Tatsächlich ist das obere Modell viel zu vereinfacht. Mehr der Realität entspricht z. B. die folgende Spezifikation:

$$s \cdot N \cdot (P + SP \cdot e^{-1}) < GW (p(i \cdot N) \cdot C) + GW (p(i \cdot N) \cdot SC) + GW (p(i \cdot N) \cdot INTC)$$

Anmerkung: s ist der Anteil der stratifizierten (von Prävention profitierenden) Personen, für N , P und C siehe oben. SP steht für die sozialen Kosten der Prävention z. B. durch falsch positive Ergebnisse, e ist die Effizienz der Präventionsmaßnahme z. B. der Vermeidung von falsch positiven Ergebnissen, GW steht für den (abdiskontierten) Gegenwartswert der Kosten, SC und $INTC$ für die sozialen bzw. intangiblen Kosten von Krankheit. $p(i \cdot N)$ ist die survival-korrigierte Funktion erkrankter Personen, da sich in einer Längsschnittbetrachtung diese Werte in jeder Zeitperiode ändern.

Um Prävention (gesundheitsökonomisch) attraktiver zu gestalten, muss bei den Einflussfaktoren der Präventionskosten angesetzt werden:

- Die Stratifizierung könnte verbessert werden, indem die Identifikation von profitierenden Bevölkerungsgruppen verbessert wird.
- Kosten von Präventionsinterventionen können

durch Technologie (etwa durch verbesserte Screenings) oder auch durch Einstellungsänderungen (Sport und gesunde Ernährung nicht als notwendiges Übel) gesenkt werden.

- Soziale Kosten der Prävention wären durch beispielsweise niederschwellige Verfügbarkeit reduzierbar.
- Effizienzerhöhung ist etwa durch Vermeidung falsch positiver Ergebnisse möglich.

Einfluss auf die Kosten-Nutzen Analyse hat aber auch die kurative (rechte) Seite des oberen Modells. Prävention wird relativ günstiger, wenn die kurativen Interventionskosten steigen:

- Die Diskontrate könnte niedriger werden, d. h. der Gegenwartswert zukünftiger krankheitsbedingter Kosten steigt. Hierbei stellt sich die Frage, welche Diskontierung als „korrekt“ anzunehmen ist.
- Intangible Kosten von „verhinderbaren“ Krankheiten könnten verstärkt in die Kosten-Nutzen Rechnung einbezogen werden. Zu diesen zählen insbesondere die Kosten der „Unersetzlichkeit“ von Gesundheit.
- Ein höheres Pensionsantrittsalter, auf das sich die Gesellschaft einstellen müssen, erhöht die sozialen Kosten beim Eintritt von „verhinderbarer“ Krankheit.
- Produktinnovation und technologischer Fortschritt im medizinischen Bereich lässt die kurativen Kosten steigen. Demgegenüber stehen allerdings Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen, die diesem entgegen wirken können.

Die Evaluation von präventiven Maßnahmen bzw. die Bewertung ihrer Effektivität ist oft ungleich schwerer als bei kurativen Interventionen. Dies hängt u. a. mit der Schwierigkeit zusammen, eindeutige Kausalitäten zwischen Interventionen und Ergebnissen festzustellen, da komplexe Wirkungsketten der Präventivmaßnahmen sowie exogene Einflüsse zu beachten sind. Dies gilt im Speziellen, wenn es sich um „Maßnahmenbündel“ handelt. Zieht man beispielsweise Maßnahmen zur

Rauchprävention heran, ist es schwierig, die Partialeffekte von Kampagnen, Rauchtelefon, Preiserhöhungen etc. einzeln zu eruieren. Die Durchführbarkeit von randomisierten Kontrollstudien (RCTs), wie sie im kurativen Sektor üblich sind, ist oft nicht möglich. Meist umfassen präventive Aktivitäten auch größere Teile der Bevölkerung, sodass nur aggregierte Daten für die Feststellung von Kausalbeziehungen zur Verfügung stehen. Des Weiteren entfalten Präventionsbemühungen oft erst nach längeren Zeiträumen eine Wirkung, was die Erfassbarkeit erschwert, und soziale Faktoren spielen eine weitaus größere Rolle als im kurativen Sektor. Dies zeigt sich auch durch Nicht-Linearitäten und „Thresholds“ der Reaktion auf präventive Bemühungen: Wirkungen werden oft erst ab einer gewissen Intensität festgestellt und führen zu starken Veränderungen nach einem gewissen Schwellenwert. Darüber hinaus sind Trends, die unabhängig von den Präventivinterventionen existieren, und Spillovers aus anderen gesellschaftlichen Sphären in der Analyse zu beachten.¹⁸

Die Erfassung von Präventionskosten ist aufwändig, und Kostenaufstellungen sind des Öfteren nicht verfügbar – so gibt es beispielsweise keine Krankheitskostenrechnung in Österreich. Berechnungen sind insbesondere bei sozialen und intangiblen Kosten methodisch anspruchsvoll und häufig mit Limitationen behaftet, die etwa aus der Abhängigkeit von anderen Datenquellen, die ihrerseits schon schlecht verfügbar sind, herühren.

Ein Beispiel zur Modellierung der Mehrkosten durch Rauchen soll dies illustrieren:¹⁹

Zuvorderst ist eine Abschätzung der Zahl erkrankter bzw. gesundheitlich beeinträchtigter oder verstorbener Personen, welche auf die gesundheitsschädlichen Konsequenzen des Rauchens zurückzuführen ist, durchzuführen. Dies geschieht in der epidemiologischen Literatur häufig durch die Berechnung des Rauchen-attributablen Anteils (smoking-attributable fraction, SAF) an mit Rauchen assoziierten Krankheitsgruppen k :

$$SAF_{a,k} = \frac{p_a^N + p_a^{EX} \cdot RR_{a,k}^{EX} + p_a^R \cdot RR_{a,k}^R - 1}{p_a^N + p_a^{EX} \cdot RR_{a,k}^{EX} + p_a^R \cdot RR_{a,k}^R}$$

Anmerkung: p ist die altersabhängige Prävalenzrate von Nicht-Rauchern, Ex-Rauchern und Rauchern und RR das relative alters- und krankheitsspezifische Risiko von Rauchern und Ex-Rauchern gegenüber den Nicht-Rauchern zu erkranken bzw. zu sterben.

Die (direkten) medizinischen Kosten des Rauchens werden über den Lebenszyklus hin aggregiert.²⁰ Hierbei setzen sich die Kosten aus der Personenanzahl einer bestimmten Altersgruppe sowie dem abdiskontierten Term der Gesundheitskosten von Rauchern und Ex-Rauchern (nach Alterskohorten) multipliziert mit ihren Überlebenswahrscheinlichkeiten zusammen:

$$MK = \sum_{a=0}^T Pop_a \cdot \sum_{i=a}^T \beta^{-r(i-a)} (\bar{c}_i \bar{S}_{i,a} - c_i^N S_{i,a}^N)$$

$$c_i^N = \bar{c}_i - \sum_{k \in \{ICD^8\}} c_{i,k} SAF_{i,k}$$

$$MK = \sum_{a=0}^T Pop_a \cdot \sum_{i=a}^T \beta^{-r(i-a)} \Delta c_i \Delta S_{i,a}$$

Anmerkung: Pop ist die Personenanzahl einer bestimmten Alterskohorte, β der Diskontierungsfaktor sowie c und S die Gesundheitskosten bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten.

Die sozialen bzw. Produktivitätskosten werden zumeist mit einem „Humankapital-Ansatz“ (value-of-labour) berechnet. Dabei wird der (erwartete) zukünftige Produktivitätsverlust eines Erwerbstätigen durch Rauchen abgeschätzt und dem (erwarteten) zukünftigen Produktivitätsverlusts eines Nichtraucher gegenübergestellt:

$$PK = \sum_{a=0}^T Pop_a \cdot \sum_{i=a}^T \beta^{-r(i-a)} w_i \Delta EQ_i \Delta h_i \Delta S_{i,a}$$

Anmerkung: EQ steht für die Erwerbsquote, h für die Anwesenheitsquote, für Pop , β und S siehe oben.

Die oben thematisierte Modellierung der Mehrkosten des Rauchens weist Schwächen in der Methodik als auch in der Datenverfügbarkeit auf:

- Für die Berechnung der SAF wären Inzidenzraten notwendig, häufig stehen aber nur Prävalenzraten zur Verfügung, die eine ungenaue Näherung darstellen.
- Beim Humankapitalansatz wird von Vollbeschäftigung ausgegangen. Diesem Problem könnte man mit der Friktionskostenmethode begegnen, die jedoch wiederum Nachteile bei der Datenverfügbarkeit mit sich bringt.
- Daten zur Morbidität sind nur unzureichend verfügbar. Mortalitätsraten, die zur Verfügung stehen, sind schlechte Annäherungen für Morbidität, da Arbeitsausfall, Invalidität, etc. auf letztere zurückzuführen sind.
- Invaliditätsdaten sind de facto unbrauchbar, da sie auf Neuzugängen zur Invaliditätspension beruhen, welche stark konjunkturell und politisch geprägt sind.

Die Messung von intangiblen Kosten ist mit einem „Zahlungsbereitschafts-Ansatz“ (value-of-life) möglich. Hier wird der Wert eines Individuums über seinen Lebenszyklus-Nutzen berechnet und erfasst analog zum Humankapitalansatz die Differenz zwischen Rauchern, Ex-Rauchern und Nicht-Raucher:²¹

$$ZB = \sum_{a=0}^T Pop_a \cdot \sum_{i=a}^T \beta^{-r(i-a)} u(c_i, l_i) \Delta H_i \Delta S_{i,a}$$

Anmerkung: u ist der individuelle Nutzen aus Konsum c und Freizeit l , H steht für den Gesundheitszustand, für alle anderen Notationen s. oben.

Tatsächlich müsste die monetäre Bewertung des Nutzens aber durch Befragungsdaten ermittelt werden, wohingegen in konkreten Anwendungen zumeist nur Daten aus der Literatur oder dem Opportunitätskostenansatz dem Einkommen folgend verwendet werden.

Conclusio

Auf der individuellen Ebene zeigen sich komplexe Zusammenhänge und verschiedenste Einflussfaktoren, die die Nachfrage nach Prävention bestimmen und das Gesundheitsverhalten steuern.

Für das (gesellschaftlich betrachtet zu) geringe Ausmaß an Prävention ist ex-ante Moral Hazard wahrscheinlich weniger bedeutend, als über viele Jahre in der Literatur vermutet wurde. Jüngere Erkenntnisse legen nahe, dass Prudence und nicht Risikoaversion das entscheidende Moment für die Höhe des Präventionsniveaus darstellt. Aus entscheidungstheoretischer Perspektive sind geringe Präventionsaktivitäten als durchaus rational zu betrachten, wenn die Krankheitswahrscheinlichkeit durch Prävention nicht ausreichend verkleinert wird. Erkenntnisse über endogene Präferenzen bieten darüber hinaus neue Ansätze und sollten in Zukunft stärker Beachtung finden: Anstatt in einer „ungesunden“ Gesellschaft Individuen nachträglich zu gesundem Verhalten anzuhalten, sollten langfristige Bemühungen erfolgen, gesundes Verhalten als „normal“ zu etablieren.

Die Kosten-Nutzen Bewertung von Präventionsmaßnahmen auf Gesellschaftsebene ist ungleich schwieriger als die Beurteilung der Nützlichkeit von kurativen Interventionen, was sich zu Ungunsten ersterer auswirkt. Investitionen in den Präventionssektor sind daher schwieriger zu rechtfertigen, insbesondere können oft nicht die geforderten eindeutig positiven Nachweise der Wirkungen erbracht werden. Um die Wirkungen von Public Health Maßnahmen relativ zu kurativen Interventionen besser beurteilen zu können, müssen neben den medizinischen auch die sozialen und intangiblen Kosten von Krankheit in die Evaluationen einbezogen werden. Dafür braucht es einen erweiterten und qualitativ höherwertigen Datenstock, will man politikrelevante Entscheidungsunterstützung durch die Wissenschaft erreichen.

Referenzen

- 1 Hier im Sinne von außerhalb des Menschen gemeint, d. h. auch die soziale Umwelt inkludierend.
- 2 vgl. Franz S., *Grundlagen des ökonomischen Ansatzes. Das Erklärungskonzept des Homo Oeconomicus*, Working Paper, Universität Potsdam, Potsdam (2004)
- 3 vgl. Kenkel D. S., *Prevention*, in: Culyer A. J., New-

- house J. P., *Handbook of Health Economics Volume 1b*, Elsevier, Amsterdam [u. a.] (2000), S. 1675-1720
- 4 Gravelle H. S. E., *Insurance and corrective taxes in the health care market*, Journal of Economics (1986); Supplement 5: 99-120
 - 5 vgl. Zweifel P., Breyer F., *Health Economics*, Oxford University Press, New York (1997)
 - 6 z. B. Phelps C. E., *Illness prevention and medical insurance*, J Health Econ (1978); 13: 183-207
 - 7 Shavell S., *On moral hazard and insurance*, Q J Econ (1979); 93: 541-562
 - 8 vgl. Tolley G. S. et al., *Valuing Health for Policy: An Economic Approach*, University of Chicago Press, Chicago (1994)
 - 9 Cook P. J., Graham D., *The demand for insurance and protection. The case of irreplaceable commodities*, Q J Econ (1977); 91: 143-156
 - 10 Becker G. S., Murphy K. M., *A theory of rational addiction*, J Polit Econ (1988); 96: 675-700
 - 11 Dionne G., Eeckhoudt L., *Self-insurance, self-protection and increased risk aversion*, Econ Lett (1985); 17: 39-42
 - 12 Eeckhoudt L., Gollier C., Schlesinger H., *Economic and Financial Decisions under Risk*, Princeton University Press, New Jersey (2005)
 - 13 Kimball M. S., *Precautionary saving in the small and in the large*, Econometrica (1990); 58: 53-73
 - 14 Eeckhoudt L., Gollier C., *The impact of prudence on optimal prevention*, Econ Theory (2005); 26: 989-994
 - 15 Courbage C., Rey B., *Prudence and optimal prevention for health risks*, Health Econ (2006); 15: 1323-1327
 - 16 Shafrin J., Wiesen D., *Why Aristotle didn't get his flu shot. Experimental measures of Prudence and Prevention*, (2009) <http://jasonshafrin.com/papers/Prudence.pdf> [22.07.2011]
 - 17 Hodgson G. M., *What are institutions?*, Journal of Economic Issues (2006); Vol XL, 1: 1-25
 - 18 vgl. s. a. Schmidhauser S. et al., *Returns on Investment in Prevention and Health Promotion Measures in Switzerland. Review of methodological literature on economic evaluation of health promotion and prevention with focus on cost-benefit analysis*, Zurich University of Applied Sciences Winterthur, Winterthur (2008)
 - 19 vgl. Pock M. et al., *Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens. Eine ökonomische Analyse für Österreich*, Institut für Höhere Studien, Wien (2008)
 - 20 Um den Lebenszyklus der jeweiligen Personengruppen zu bestimmen, lässt man die derzeitige Bevölkerung hypothetisch mit der aktuellen Sterblichkeit bis zum ihrem Tod weiterleben und erhält somit eine Längsschnittbetrachtung von Querschnittsdaten. Diese Betrachtung hat den Vorteil gesundheitliche Effekte von Rauchen akkurater ausmachen zu können als eine Momentaufnahme bei Querschnittsdesign.

21 vgl. Murphy K., Topel R., *The Value of Health and Longevity*, J Polit Econ (2006); 114: 871-904

Public Health: Wissenschaftler fordern Zusatzsteuern auf ungesunde Nahrungsmittel

Regierungen weltweit müssen der Zunahme von Übergewicht (Body Mass Index von 25-29,9 kg/m²) und Fettleibigkeit (BMI > 30 kg/m²) mit radikalen Schritten entgegenzutreten. Das fordern Wissenschaftler im Editorial von *The Lancet*. Die Vereinten Nationen müssten ähnlich wie im Fall des Tabakkonsums eine Rahmenkonvention zur Kontrolle von Adipositas verabschieden. Anstoß für die drastischen Forderungen liefern unter anderem neue Zahlen: Einer Studie der Universität im australischen Melbourne zufolge sind mittlerweile mehr als 1,5 Milliarden erwachsene Menschen auf der Welt übergewichtig. Hinzu kommen 500 Millionen Fettleibige sowie 170 Millionen Kinder, die entweder übergewichtig oder fettleibig sind. Während in Japan und China beispielsweise nur eine von 20 erwachsenen Frauen adipös sei, feie in den USA eine von dreien in diese Kategorie.

Um der Zunahme von Fettleibigkeit Einhalt zu gebieten, müssten Regierungen unter anderem Zusatzsteuern auf ungesundes Essen und Trinken erheben, fordern Forscher der Harvard School of Public Health im US-amerikanischen Boston. Außerdem müsse ähnlich wie beim Rauchen die Werbung für ungesundes Essen kontrolliert werden, vor allem, um Kinder zu schützen. Bei einem Treffen der Vereinten Nationen im September müsse das Thema dringend behandelt werden. Ohne staatliche Führung sei die Epidemie des Übergewichts nicht mehr zur kontrollieren, warnen die Wissenschaftler.

The Lancet (2011); 378(9793):741, doi:10.1016/S0140-6736(11)61356-1

Studie: Reproduktionsärzte klären Paare nicht hinreichend auf

Viele Paare in Deutschland werden vom Arzt nicht ausreichend über die Risiken der künstlichen Befruchtung und ihre psychischen Belastungen aufgeklärt. Viele Frauen wagen es trotz hoher emotionaler Belastung nicht, erfolglose Therapien zu beenden; Reproduktionsmediziner würden von sich aus auch kaum dazu raten. Dies zeigt eine Untersuchung des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum, die im *Journal Human Reproduction* veröffentlicht wurde. Die Nachwuchsgruppe „Gerechtigkeit in der modernen Medizin“ unter der Leitung von Oliver Rauprich hatte 1.500 Patienten, 230 Reproduktionsmediziner sowie 66 Psychosoziale Berater befragt. Die wichtigsten Ergebnisse: Reproduktionsmediziner klären ihre Patienten deutlich besser über die Erfolgchancen und die unmittelbaren körperlichen Risiken

künstlicher Befruchtungen auf, als über die Risiken und Belastungen durch mögliche Mehrlingsschwangerschaften oder über die emotionalen Risiken und Belastungen künstlicher Befruchtungen.

Dreiviertel der Befragten gaben einen überwältigenden Kinderwunsch an, der andere Lebensziele in den Hintergrund treten lässt. Jeder zweite hatte das Gefühl, die Kontrolle über die Situation zu verlieren.

Vor diesem Hintergrund sollte nach Ansicht der Autoren eine Strategie zur Beendigung der Behandlung bei Erfolglosigkeit fester Bestandteil jeder ärztlichen Betreuung von Kinderwunschpaaren sein. Die Paare müssen frühzeitig und wiederholt auf die Probleme unrealistischer Erwartungen, überwältigender Kinderwünsche und Kontrollverluste aufmerksam gemacht werden. Alternative Bewältigungsstrategien von Kinderlosigkeit, etwa durch eine unabhängige psychosoziale Beratung, sollten in Anspruch genommen werden.

Pressemitteilung Ruhr-Universität Bochum, 3. August 2011
Human Reproduction, doi: 10.1093/humrep/der207

Geriatric: Menschenwürdige Pflege älterer Patienten im britischen Akut-Krankenhaus noch lückenhaft

Werden ältere Patienten in öffentlichen Akut-Krankenhäusern mit Würde und Respekt behandelt? Nur bedingt, sagen der Medizinsoziologe Michael Calnan von der *University of Kent* und der Geriater Win Tadd an der *Cardiff University*. Im Rahmen ihres umfassenden, 256-seitigen Forschungsberichts *Würde in der Praxis* stellen die Autoren fest, dass der Mangel an würdevoller Pflege eine der Hauptquellen für Patientenbeschwerden ist.

Die Studie untersucht die Erfahrungen älterer Menschen mit ihren Betreuern und den Verhaltensweisen und Praktiken der Pflegeanbieter. Dabei wurde die Praxis auf 16 Stationen in vier britischen Akut-Spitälern analysiert sowie Patienten, Familien, Personal und Führungskräfte interviewt. Laut Studienautoren wollte die Mehrheit der betroffenen Mitarbeiter zwar älteren Menschen eine würdevolle Pflege bieten, die Versorgung wich in der Praxis allerdings davon ab.

Zum einen lag dies an strukturellen Problemen: Die 16 Stationen waren räumlich schlecht konzipiert und konnten den Bedürfnissen ihrer wichtigsten Nutzer, den älteren Menschen, nicht genügend entsprechen. Viele fühlten sich bei der Aufnahme ins Krankenhaus desorientiert: Die physische Umgebung wurde häufig als verwirrend und unüberschaubar empfunden. Es gab kaum Gemeinschaftsräume oder gemeinsame, strukturierende Aktivitäten. Etliche ältere Menschen klagten darüber, dass sie sich auf der Station entmachtet, ohne Mitspra-

cherecht sowie unnütz und gelangweilt fühlten.

Die Mehrheit der älteren Befragten äußerte sich besorgt darüber, dass die Mitarbeiter in Bezug auf ihre Kenntnisse und Fähigkeiten schlecht ausgerüstet waren, um sich um ältere Menschen zu kümmern, insbesondere, wenn eine akute Erkrankung vorlag, die durch physische und psychische Komorbidität noch verschärft wurde.

Die Untersuchung zeigte auch, dass NHS-Mitarbeiter zwar motiviert seien, die Interessen der Patienten zu vertreten, allerdings wurden sie häufig durch systemische und organisatorische Faktoren frustriert. Häufig kamen sie so zum Schluss, dass die ältere Person in einem Akut-Krankenhaus eben am „falschen Ort“ sei. Die Arbeitsbelastung auf den beobachteten Stationen zeigte, dass es für den zwischenmenschlichen Kontakt mit dem Patienten wenig Zeit und Gelegenheit gab.

In ihren Schlussfolgerungen zeigen die Autoren ausführlich, dass die Achtung vor der Würde jeden im Spital Tätigen angeht – vom ärztlichen Direktor bis zum Raumpfleger, dass es klare Maßnahmen zur Umsetzung geben muss und dass man sich nicht auf den Kostenfaktor ausreden sollte. Klagen der Patienten seien teurer als würdevolle Pflege.

Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts, Juni 2011, http://www.bgs.org.uk/pdf/cms/reference/Tadd_Dignity_in_Practice.pdf

Studie: US-Geistliche haben positiven Einfluss im Krankenhaus

Welchen Nutzen stiften die rund 10.000 Geistlichen in den Krankenhäusern der USA für Patienten, ihre Angehörigen und das medizinisch-pflegerische Personal? Diese Frage stand im Mittelpunkt einer weitgehend qualitativen Pilotstudie über die Rolle von Geistlichen in Palliativ-Behandlungsteams für Kinder – aus der Sicht von Ärzten und den Geistlichen selbst. Die im *Journal of Palliative Medicine* publizierte Studie wurde im Auftrag des The Hastings Center und des Rush University Medical Center in Chicago durchgeführt.

Im Fokus der durchgeführten Erhebung standen 8 von 28 USA-weit verbreiteten Programmen zur kindbezogenen Schmerzbehandlung (so genannte „pediatric palliative care“), in die Geistliche strukturell eingebunden waren. Laut der befragten Chefarzte erleichterten sie erstens das geistig verursachte Leiden der jungen Patienten und ihrer Familien. Zweitens verbesserten Gespräche mit den Geistlichen die Kommunikation zwischen den Familien und dem Behandlungsteam über die Ziele der Behandlung.

Drittens vermitteln Geistliche auch den anderen

Teammitgliedern eine etwas andere oder aufmerksamere Sichtweise der Behandlung und Behandelten. Umso wichtiger ist daher die Erkenntnis der Untersuchung, dass Geistliche in der Regel zu den gut integrierten Mitgliedern der PPC gehörten.

Die interviewten Geistlichen berichteten, dass sie sich dabei aber mehr auf den Prozess ihrer Arbeit als darauf konzentrierten, wie sie zu besseren Ergebnissen führt. Beide Gruppen waren sich einig, dass es darauf ankommt, gemeinsam im Team zu lernen, wie man den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen nach seelischer Unterstützung besser entgegen kommt und ihre Erwartungen an Geistliche genauer zu erkennen lernt. Zudem müssen die bei Angehörigen verbreiteten Vorurteile beseitigt werden, nämlich dass Geistliche nur dann präsent wären, wenn der Tod des Kindes kurz bevor stünde, oder dass sie nur als Missionare ihrer eigenen religiösen Überzeugung auftreten würden.

Journal of Palliative Medicine (2011); 14(6): 704-707

Studie: Multiple Sklerose kein Risiko bei Schwangerschaft

Schwangere mit Multipler Sklerose brauchen sich einer kanadischen Studie zufolge in der Regel keine Sorgen über negative Auswirkungen der Erkrankung auf sich oder ihren Nachwuchs machen. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass MS zu keinen Problemen bei der Schwangerschaft oder bei der Geburt führt, und das sollte an MS erkrankte Frauen, die eine Familie gründen wollen, ermutigen“, sagt Helen Tremlett von der *University of British Columbia in Vancouver* und Co-Autorin einer jüngst veröffentlichten Studie über MS-Patientinnen und Mutterschaft.

MS ist eine chronisch entzündliche neurologische Erkrankung und die häufigste Ursache für nicht-traumatische neurologische Behinderungen bei jungen Erwachsenen in der westlichen Welt. Fast 75% der MS-Patienten sind Frauen, die Krankheit bricht oft zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr aus, einer Zeit, in der viele an die Gründung einer Familie denken. Während früher aufgrund ungünstiger Einzelbeobachtungen Frauen mit MS fast ausschließlich von einer Schwangerschaft abgeraten und sogar Empfehlungen zum Schwangerschaftsabbruch geäußert wurden, hat sich diese Einstellung inzwischen völlig geändert – mit gutem Grund, wie Studien belegen.

Das MS-Forscherteam unter der Leitung von Mia van der Kop an der kanadischen *University of British Columbia and Vancouver Coastal Health Research Institute* analysierte nun Daten von insgesamt rund 3.400 Geburten aus den Jahren 1998 bis 2009, die aus der British Columbia-MS-Kliniken-Datenbank und der BC Perinatal-Datenbank Registry stammten. Dabei wurden 432 Geburten bei

Frauen mit MS verglichen mit jenen von 2975 Frauen ohne MS, wobei Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht, Art der Geburt (vaginal versus Kaiserschnitt), Alter bei MS-Beginn, Dauer der Erkrankung sowie Grad der Behinderung verglichen wurden.

Die Ergebnisse zeigten, dass es keine Unterschiede für Babys von MS-Müttern gab, weder in Hinblick auf den Geburtstermin noch auf das Geburtsgewicht im Vergleich zu Babys gesunder Mütter. Auch die Variante vaginale Geburt oder Kaiserschnitt war statistisch nicht signifikant höher, ebenso wenig das Risiko einer Missbildung. Wohl aber sei ein erhöhtes Komplikationsrisiko während der Schwangerschaft und Geburt aufgrund von Übergewichtigkeit festzustellen – bei Frauen mit MS ein häufiger Faktor. Die Wissenschaftler schließen, dass diesen Frauen möglicherweise empfohlen werden sollte, ihr Gewicht in Hinblick auf eine mögliche Schwangerschaft zu optimieren – ein Zusammenhang, der laut van der Kop in weiteren Studien untersucht werden sollte.

Annals of Neurology (2011 DOI: 10.1002/ana.22483)

Großbritannien: Immer mehr Raucher unterstützen „rauchfreies Gesetz“

Vier Jahre nach der Einführung der strikten Anti-Raucher-Gesetze in Großbritannien zeigt eine aktuelle Umfrage der *Action on Smoking and Health (ASH)*, dass die Unterstützung für die Maßnahme in der Bevölkerung mit 78% hoch ist. Überraschend dabei: Inzwischen unterstützen auch fast die Hälfte aller Raucher (47%) das Gesetz.

In Großbritannien herrscht in England, Wales und Schottland in allen gastronomischen Einrichtungen, Pubs wie Restaurants ein generelles Rauchverbot. Ebenso ist auch in öffentlichen Gebäuden sowie am Arbeitsplatz das Rauchen nicht erlaubt.

Laut der jüngsten Online-Befragung, die unter 10.238 Erwachsene über 18 Jahren durchgeführt wurde, unterstützen 78% der Erwachsenen das Gesetz, 13% sind dagegen. Unter den „rauchenden“ Unterstützern halten 72% das Gesetz für gut in Hinblick auf die Gesundheit der Arbeitnehmer, 59% in Hinblick auf die öffentliche Gesundheit und 55% in Hinblick auf ihre eigene Gesundheit.

Diese Ergebnisse stünden in krassm Gegensatz zu den Behauptungen der *Save Our Pubs*-Kampagne – eine von der Tabakindustrie finanzierte Lobbygruppe –, die behauptet, dass das Anti-Raucher-Gesetz in Lokalen für das Schließen von Pubs verantwortlich sei. Hintergrund dieser Kampagne sei es, das Gesetz dahingehend zu ändern, das Rauchen in Pubs wieder zu erlauben.

Die Umfrage ergänzt eine unabhängige, von der Regierung im März 2011 in Auftrag gegebene Überprüfung

der Auswirkungen der Anti-Raucher-Gesetze auf die Gästeanzahl und den Umsatz in Pubs und Restaurants. Dabei wurde festgestellt, dass diese nach der Einführung der Gesetzgebung nicht signifikant abgenommen hatten – im Gegenteil: Umsätze bei Essen und Alkohol stiegen, ebenso die Netto-Zahl der Lokalgäste.

Dazu meint Deborah Arnott, Geschäftsführerin der 1971 vom *Royal College of Physicians* gegründeten ASH: „Pubs wurden wie alle kleinen Unternehmen hart von der Rezession getroffen. Dass aber, wie die Tabak-Lobby behauptet, Tausende von Pubs in England und Wales wegen des Rauchverbots gefährdet sind, geschlossen zu werden, darf man nicht so stehen lassen. Die britische Öffentlichkeit genießt die Vorteile der rauchfreien Trink- und Essräumlichkeiten. Es gibt offenbar wenig Lust auf eine Rückkehr zu den schlechten alten Tagen der rauchigen Pubs.“

Pressemitteilung von Action on Smoking and Health (ASH), 9. Juni 2011

Public Health: Gesunder Lebensstil senkt Risiko für plötzlichen Herztod

Vier gesunde Lebensweisen senken das Risiko, einen plötzlichen Herztod zu erleiden, um 92 Prozent. Dies zeigt eine Analyse der *Nurses' Health* im *Journal of the American Medical Association*. Auf den plötzlichen Herztod entfällt mehr als die Hälfte aller kardialen Todesfälle, allein in den USA sind dies zwischen 250.000 und 310.000 Fälle jährlich.

Ein gesunder Lebensstil könnte dies in den meisten Fällen vermeiden, wozu vier wichtige Lebensregeln zählen: Nicht rauchen, schlank bleiben (Body-Mass-Index unter 25), täglich eine halbe Stunde Sport und sich mediterran ernähren mit viel Obst und Gemüse, Nüssen, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten und Fisch sowie Alkohol in Maßen.

In der *Nurses' Health Study*, die 81.722 Krankenschwestern über 26 Jahre begleitete, nahm das Risiko für einen plötzlichen Herztod um so stärker ab, je mehr der vier Regeln eingehalten wurden. Von den insgesamt 321 Todesfällen entfielen nur 3 auf Frauen mit dem vorbildlichen *Low Risk Lifestyle*, der alle Kriterien erfüllte, heißt es in der Pressemitteilung von *JAMA*.

Stephanie Chiuve vom *Brigham and Women's Hospital* in Boston errechnet eine Risikominderung um 92 Prozent (relatives Risiko 0,18; 95-Prozent-Konfidenzintervall 0,07-0,49). Wenn alle Frauen in den USA sich an die Regeln hielten, könnten 81 Prozent aller Todesfälle an plötzlichem Herztod vermieden werden, wie den Angaben zum attributablen Risiko zu entnehmen ist.

JAMA 2011; 306: 62-69

Fehlerkultur: Vermeidungsstrategien zu wenig bekannt

Knapp 17 Prozent der angehenden Ärzte kennen Wege zu mehr Patientensicherheit und zur Vermeidung von Behandlungsfehlern. Das berichtet die *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* auf Basis einer Umfrage unter Medizinstudierenden. Von 799 anonym befragten Jungmedizinerinnen haben 345 geantwortet: Knapp 17 Prozent der Studierenden im Praktischen Jahr und knapp zwölf Prozent der Studierenden gaben an, Empfehlungen zur Patientensicherheit zu kennen, wie diese Mittel in der Praxis aussehen, war den meisten Studierenden jedoch unbekannt, so etwa Armbänder zur eindeutigen Identifizierung von Patienten. Ebenso wie anonyme Meldesysteme für Fehler oder Beinahe-Fehler oder auch das „Team-Time-Out“, wobei das OP-Team vor dem ersten Schnitt innehält, um sich der korrekten Vorbereitungen zu vergewissern und den Eingriff zu vergegenwärtigen.

„Sicherheitskultur beginnt damit, den chirurgischen Nachwuchs umfassend darin zu qualifizieren“, sagte Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Dazu gehörten neben dem offenen Umgang mit Fehlern, Falldiskussionen und Konferenzen über Komplikationen auch methodische Kenntnisse des Risk-Managements, beispielsweise durch den Einsatz von Checklisten zur Vermeidung von Seitenverwechslungen oder des Zurücklassens von Fremdkörpern.

Deutsches Ärzteblatt (online, 12.8.2011), Zentralblatt für Chirurgie (doi 10.1055/s-0031-1271469)

Euthanasie: Holländische Hausärzte immer öfter unter Druck

Hausärzte in den Niederlanden fühlen sich bei Euthanasiegesuchen immer öfter von Patienten und Angehörigen unter Druck gesetzt. Die ergab eine Erhebung der niederländischen Fernsehsendung *EenVandaag*, bei der insgesamt 800 Hausärzte in Zusammenarbeit mit der Plattform für Ärzte und medizinische Angestellte *HuisartsVandaag* zu ihren Erfahrungen und Erkenntnissen zum Thema Euthanasie befragt wurden.

Laut Umfrage fühlen sich zwei von drei (rund 65 %) Hausärzten von Patienten und ihren Angehörigen bei Euthanasiegesuchen unter Druck gesetzt. Der Druck sei in den letzten Jahren gestiegen. Etliche der befragten Ärzte gaben an, Euthanasie durchgeführt zu haben, obwohl sie nicht zu 100 Prozent hinter der Entscheidung gestanden hätten, sich aber gezwungen fühlten, es zu tun. Familien und Patienten würden oftmals zu einfach über diese Art zu sterben denken und entscheiden, so die Befragten. Die Entscheidung für eine Euthanasie sei jedoch alles andere als einfach und die Durchführung für den behandelnden

Arzt „heftig“, wie eine Ärztin aus Amsterdam erklärte: „Es ist sehr emotional. Denn dadurch, was ich tue, hört jemand auf zu leben.“ Des Weiteren erläuterte die Ärztin: „Rational weiß ich, dass es etwas Gutes ist, was ich tue, aber emotional gesehen, frage ich mich doch, warum ausgerechnet ich es tun muss.“

Seit 2002 ist die Zahl der Euthanasiepatienten um ein Vielfaches gestiegen. Laut *EenVandaag* wurden 2004 noch 1.886 Euthanasiegesuche durchgeführt, im Jahr 2009 belief sich diese Zahl bereits auf 2.636, was eine Steigerung um mindestens 10 Prozent jährlich ausmacht. Darüber hinaus kam in den letzten Jahren von immer mehr Menschen die Forderung auf, dass Euthanasie kranken Patienten gewährt werden sollte, die Angst vor unerträglichem Leiden haben oder dement sind. Derzeit darf Patienten in den Niederlanden Euthanasie nur dann gewährt werden, wenn ein „körperlich unerträgliches Leiden“ nachweisbar ist. Nur 36 Prozent der befragten Ärzte sind laut Umfrage dazu bereit, Patienten, die an Demenz leiden, Euthanasie gewähren zu wollen. Nur 14 Prozent würden eine Euthanasie bei Patienten, die Angst vor körperlich unerträglichem Leiden haben, durchführen.

Pressemitteilung Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 1. August 2011

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 23, Heft 2, 2011

Editorial: Bettina Schöne-Seifert:
Wissenschaftsethik für Mediziner
– Lehren aus der Causa zu Guttenberg?;

Originalarbeiten:

Stella Reiter-Theil, Marcel Mertz,
Heide Albisser Schleger, Barbara
Meyer-Zehnder, Reto W. Kressig,
Hans Pargger: Klinische Ethik
als Partnerschaft – oder wie eine
ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann;

Angelika Hüppe, Heiner Raspe:
Mehr Nutzen als Schaden? Nutzen- und Schadenpotenziale von Forschungsprojekten einer Medizinischen Fakultät – eine empirische Analyse;

Sigrid Graumann: Zulässigkeit später Schwangerschaftsabbrüche und Behandlungspflicht von zu früh und behindert geborenen Kindern – ein ethischer Widerspruch?.

Band 23, Heft 3, 2011

Editorial: Claudia Wiesemann: 25 Jahre Akademie für Ethik in der Medizin;

Daniel Strech: Zur Ethik einer restriktiven Regulierung der Studienregistrierung;

Christof Breitsameter: Probleme der transparenten Kommunikation medizinischer Risiken am Beispiel „Mammographie-Screening“ – eine ethische Perspektive;

Wolfgang Strube, Mona Pfeiffer,
Florian Steger: Moralische Positionen, medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums – Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Ludwig-Maximilians-Universität München;
Sabine Salloch, Christof Breitsame-

ter: Selbstbestimmung bis zuletzt – Möglichkeiten und Grenzen der Autonomieausübung im stationären Hospiz aus der Perspektive haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 2, 2011

Leitartikel:

Hans J. Münk: Stellt uns die Synthetische Biologie (SB) vor neue Fragen?;

Uta Bittner, Dominik Baltes, Ilona Szlezák, Oliver Müller: Der Krankheitsbegriff und seine Grenzen – Implikationen für die ethische Bewertung von Techniken der assistierten Fortpflanzung;

Franz Josef Illhardt: Handeln verstehen oder regeln? Eine „Wissenschaft des Handelns“ (Maurice Blondel) – dargestellt am Beispiel der Euthanasiedebatte.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 3, 2011

Wilhelm Bergthaler, Eva Schulev-Steindl, Ferdinand Kerschner:

Editorial;

Paul Lewis: Multinationale Unternehmen und Umwelt: Normativer Rahmen und freiwillige Anreize;
Veronika Bräuer: Genehmigung der 380-kV-Salzburgleitung, Erdverkabelung vs Freileitung.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 4, 2011

Christian Kopetzki: Editorial;

Manuela Stadler: Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Fortbildung von angestellten Spitalsärzten;

Reinhard Resch: Herstellung des Einvernehmens mit Ärztevertretern beim Abschluss der Betriebsverein-

barung nach KA-AZG;

Thomas Kramer: VfGH zur Auflösung der außerordentlichen Rücklage im Ausgleichsfonds zugunsten der WGKK.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

57/3, 2011

Abhandlungen:

Wolfgang Hien: Public-Health-Praxis braucht Berufsethik. Plädoyer aus historischer Perspektive;

Heinrich Schmidt-Wilcke/ Michael Fischer: Stellenwert der Medizin- und Unternehmensethik im Leitbild eines Krankenhauses;

Judith Steinhardt: Umgang mit Liminalität. Collagen von Eltern frühgeborener Kinder des Universitätsklinikums Köln;

Santiago Ewig: Der Tod der Konsulin Buddenbrook. Über das Sterben des eigenen Todes.

**Lebensentstehung und künstliches Leben.
Naturwissenschaftliche, philosophische und
theologische Aspekte der Zellevolution**

Volker Herzog (Hg.) mit Beiträgen von Wolfgang Alt,
Ulrich Eibach, Volker Herzog, Stephan Schleim, Gunter
Schütz
Die Graue Edition, Zug/ Schweiz 2010
410 Seiten, 32 Abb.
ISBN 978-3-906336-56-5

Wenn fünf anerkannte Wissenschaftler unterschiedlicher Prägung zu heiklen Fragen Stellung nehmen, ist das hohe Niveau einer Diskussion vorgegeben, bei der es um die Frage des Lebens schlechthin geht:

Der Zellbiologe fragt nach dem Wann und Wie der Genese der ersten Zelle, der Systemtheoretiker nach dem bestimmenden Umfeld der Netzwerke und Strukturen auf seiner (theoretischen) Ebene, der Physiker legt die erforschten und noch zu erforschenden Aspekte der Naturgesetze dar, der Philosoph fragt nach dem Warum und Wozu der Zellentstehung und letztlich des Menschen und der Theologe zeigt auf, wie vorteilhaft es für ein Konzept der Naturwissenschaft ist, wenn diese nicht krampfhaft eine Schöpfungskontinuität ausschließen möchte.

Die mehrheitlich in Bonn tätigen Autoren der fünf Beiträge sind Prof. Volker Herzog (Zellbiologe), Prof. Wolfgang Alt (Systemtheoretiker), Prof. Gunter Schütz (Physiker) und der junge Dr. phil. Stephan Schleim, derzeit Groningen (Philosoph), sowie Prof. Ulrich Eibach (Theologie, Biologie und Philosoph).

Die Beiträge sind in sich geschlossen, wenngleich es viele gegenseitige Kreuzverweise gibt, die aber – wie beabsichtigt – dem systematischen Lesen zugute kommen. Jedem Beitrag ist eine knappe Diskussion (zwei bis drei Fragen mit ausführlichen Antworten) zugeordnet, geführt von den Mitautoren untereinander, sehr vorteilhaft redigiert und zur Vertiefung des gelesenen Beitrages durchaus geeignet.

Die Reihe der Beiträge wird von V. Herzog er-

öffnet (Der Weg vom Molekül zur Zelle) und geht von den historischen Konzepten der Cytogenese eines R. Virchow, F. Böhler (Harnstoff-Synthese) und L. Pasteur aus (Absage an eine Urzeugung, *Generatio spontanea*), um sich in die Definition der Konstituenden (strukturell und funktionell) der lebenden Zelle zu vertiefen.

So erscheint die erste lebende Zelle etwa vor vier Milliarden Jahren, also schon eine halbe Milliarde nach Entstehung der Erde. Die eigentliche Evolution der Cytogenese fällt mit dem Beginn der Sauerstoffatmosphäre zusammen (1 bis 1,5 Milliarden Jahre später). Die ersten multizellulären Tiere mussten nochmals über eine Milliarde Jahre warten, die Wirbeltiere entstanden überhaupt erst vor 0,6 Milliarden Jahren.

Im Vergleich zur Kosmogense gibt es demnach keinen biologischen Urknall, sondern das über Milliarden Jahre wirkende Prinzip eines eingeschränkten Zufalls, der durch molekulare Selbstorganisation an der Schwelle der Evolution des Lebens zu stehen scheint und den Vitalismus (transzendente Lebenskraft) ablöst, der noch bis in die Zeit Darwins sehr populär gewesen war.

V. Herzog diskutiert dann die „Welt der RNS“ in Bezug auf die Lebensentstehung, und ob diese wohl der Cytogenese vorausgegangen sei (präbiotisch als Vorstufe von zellulär). Er setzt sich gründlich und bestens durch Literatur gestützt mit der Genese und Funktion von Makromolekülen auseinander, die in Zellen höherer Tiere angereichert werden (z. B. Mauseythrozyten).

Faszinierend legt der Autor dar, wann und unter welchen Bedingungen Cyanobakterien vor 3,4 Milliarden Jahren auftauchen konnten, um Schritt für Schritt zur Etablierung des „Drei-Domänen-Modells“ zu gelangen (Bakteria, Eukarya, Archaea). An dieser Stelle seien auch die überaus prägnanten und instruktiven Abbildungen gelobt, die dem Leser die Hypothesen der Genese des Zellkerns, des Plasmas und der Zellmembran nahe bringen. Kurz wird die Epigenetik gestreift – vielleicht etwas zu kurz, was ihre Konsequenzen auf die unterschiedli-

che phänotypische Prägung bei Zwillingen bzw. auf die unmittelbar folgenden Generationen betrifft.

Ein spannendes Kapitel widmet Herzog der sogenannten synthetischen Biologie bzw. dem „artificial life“, über das bereits Charles Darwin mit seinem „kleinen warmen Teich“ sinniert hat, und das von Stanley Miller in den 1930er Jahren in dessen Ursuppenexperimenten weiter beforscht wurde (erste Schritte der Entstehung von Zellkonstituenten im Labor). Aber trotz gelungener Selbstorganisation bakterieller Ribosomen (*E. coli*) und von Viren (Tabakmosaikviren) verschließen sich andere, insbesondere makromolekulare Strukturen dem labortechnischen Recycling (Zilien, Myofibrillen und andere mehr). Wenn es auch gelang, aus 7.500 Basenpaaren das Poliovirus vollständig und sogar vermehrungsfähig zu synthetisieren, handelt es sich dennoch um ein Nachbauen und kein Neuschöpfen des Virus, das – seinen Charakteristika nach – noch mit einem Fuß in der Probiotik steckt. Ähnlich verhält es sich mit sogenannten Protobionten (Ribosomen, Membranvesikel, Mikrosphären), die vielleicht einst wichtige Zwischenstufen bei der Biogenese der durch Nukleinsäuren instruierten Zelle waren.

Aufsehen erregte die Konstruktion des Genoms von *Mycoplasma mycoides* aus 106 Basenpaaren, die J. C. Venter und seine Gruppe (2008) veröffentlichten, wobei in eine leere Zelle von *M. capricolum* das genannte Genom eingeschleust wurde, sodass das Produkt sich in der Folge als vermehrungsfähiges *M. mycoides* entpuppte. Auch hier ist aber – wenn auch sehr erfolgreich – nur das künstliche Genom in einer bereits fertigen Zelle zum Leben gekommen.

Auch die Bedeutung des Zufalls wird ausführlich erwogen, wobei J. Monod mit seinem apodiktischen „Zufall und Notwendigkeit“ stark relativiert wird (1965), wengleich M. Eigen 1975 erlaubt, dass Naturgesetze den Zufall durchaus steuern können. Gerade nicht zufällig und für die Evolution von größter Bedeutung sind die spontan und durch Selbstorganisation entstandenen,

molekularen Motoren, die für den intrazellulären Transport verantwortlich sind (Myosin, Dynein, Kinesin) und von einem biochemischen Zyklus mit Energie gespeist werden. Hier postuliert der Autor einen Determinismus (vorgegebene Reaktionswege für biochemische Abläufe), der wie Geleise eine zielgerichtete, nichtstochastische Gesamtbewegung ermöglicht.

Herzog – wiewohl offensichtlich von den sich überstürzenden Erfolgen der Experimentation beeindruckt – bleibt skeptisch: Die Forschung nach dem Ursprung des Lebens ähnelt dem Kampf des Herakles mit der Hydra: Jede gelöste Frage eröffnet den Blick auf viele neue Fragen. Konkret sei es strittig, eine Zelle in all ihren Bestandteilen (also inklusive Membran, Plasma, Kern, Organellen etc.) synthetisieren zu können. Vielmehr wird es wohl möglich sein, immer wieder die eine oder andere funktionsfähige Komponente zu schaffen, wengleich auch dies nur nach Vorlage (und nicht nach eigenem Plan). Die unausweichliche Schwierigkeit bestehe schließlich in der schier unmöglichen Vernetzung von synthetischen Einzelfunktionen (Systemtheorie). Dieses Sackgasenphänomen ruft nach einer übergeordneten „Lebenskraft“, wie sie Galen von Pergamon bereits in der Antike geahnt hat, als Wurzel des Vitalismus im 19. Jahrhundert bzw. eines Neovitalismus der jüngsten Zeit, vertreten unter anderem durch das genannte Institut von J. C. Venter.

Die Lektüre dieses Beitrages von Herzog – etwa ein Drittel des Buches – ist ein Genuss und bestätigt einmal mehr, wie auch komplizierte Grundlagenforschung lesbar und – für deren Verbreitung wichtig – auch von Laien zitierbar gemacht werden kann.

Nicht ganz so einfach ist die Sache beim folgenden Beitrag von Wolfgang Alt, Mathematiker, Philosoph und – letztlich – Professor für theoretische Biologie. Ähnlich umfassend ist sein Beitrag angelegt. Zunächst greift er vier Begriffe auf und erläutert sie als Einstieg in die Systemtheorie des Lebendigen: Funktion, Theorie, Information und Innovation.

Er bekennt sich zu dem Zirkelschluss, dass

(auch) die Beschreibung von Leben ein Teil unseres je eigenen intellektuellen Lebens ist – wie sich Leben wesentlich in Funktionskreisen realisiert. In einem historischen Kontinuitätsprinzip gilt, dass Leben – so es entstanden ist – mittels Funktion und Schicksal jeder Zelle in jeglicher Zelllinie zu persistieren vermag, selbst wenn (immer wieder) eine ganze Spezies dabei ausgelöscht werden sollte. Unter den Merkmalen von Leben nimmt die Bewegung einen besonderen systemtheoretischen Rang ein, wie z. B. aus dem Agieren (nicht bloß Reagieren) von geißelgetriebenen Colibakterien ersichtlich wird. Noch aufregender sind innere Determinismen, die einen evolutionären Algorithmus vorgeben, quasi als „induzierter Zufall“.

Emergenz – darunter versteht der Autor die Entstehung von abiotischen Pseudozellsystemen, wie sie z. B. in unterseeischen Vulkanschloten vorkommen (schwarze bzw. weiße Raucher oder Hydrothermalquellen). Was diesen Substraten fehlt, sind die Prinzipien des sog. halboffenen Innenraums, wenngleich etwas wie Membran (Doppellipidschichten) und Stoffwechsel (lateraler Transport von Elektronen, Chemi-Osmose) erkennbar sind. Der Systemtheoretiker Alt kommt zu dem Schluss, dass halboffene und bewegliche Systeme vernetzte Funktionskreise ausbilden und auch nützen können, und zwar im Sinne einer physikalisch-chemischen Selbstorganisation, was wieder den induzierten Zufall nicht mehr ausschließt.

Etwas unvermittelt – aber wohl zu Recht – plädiert Alt am Ende seines Beitrags dafür, dass sich Biologen einer gemeinschaftlichen Theoriebildung mit Philosophen und Theologen öffnen sollten.

Gunter M. Schütz, Professor für statistische Physik, widmet sich in seinem folgenden kritischen Artikel dem Intelligent Design (ID). Gleich zu Beginn ein interessanter Vergleich: Auf dem Mars eine Uhr zu finden (die dort zufällig entstanden ist) wäre viel wahrscheinlicher als die Entdeckung eines zufällig durch Selbstorganisation entstandenen Bakteriums. Das Uhrenbeispiel stammt übrigens von W. Paley und ist über 200 Jahre alt und für

die Protagonisten von ID ein hochwillkommenes Argument z. B. gegen J. Monod und sein „Zufall und Notwendigkeit“.

Die herausragende Leistung Darwins sei es gewesen, erst Informationen über Geologie, Ökonomie und Vererbungslehre mit seinen eigenen biologischen Beobachtungen zusammenzuführen und die viel zu kurzen biblischen Zeitspannen der Schöpfung entsprechend auszuweiten. Die Formierung eines Kreationismus basierte dennoch auf einem von Grund auf falschen Konzept, das dazu mit untauglichen Mitteln propagiert wurde.

Der in den 1990er Jahren in den USA entwickelte Denkansatz eines ID gründet nun auf den drei zentralen Behauptungen der messbaren spezifischen komplexen Information, der Unhaltbarkeit von reinem „Zufall und Notwendigkeit“, aber der evidenten irreduziblen Komplexität, also jener Information, die ein intelligenter Planer einfließen lässt: Alles im System sei notwendig, bei Reduktion um einen Teil bricht das gesamte System auseinander.

Diese Prinzipien werden nun eingehend und sachlich, fern aller Polemik diskutiert und ihre Unhaltbarkeit als Begründung für ein ID dargelegt. So sei dem ID eine Falsifizierbarkeit (nach Popper) zwar nicht abzusprechen, aber das Postulat der Unmöglichkeit des Zufalls (der Kontingenz?) machten eine solche weitgehend unplausibel. Hingegen trügen die für eine ID vorausgesetzten Naturgesetze bereits eine „metaphysische Grundierung“. Gerade an der Forderung nach einer Kohärenz von Naturgesetz, Zufall und Design scheitere das ID-Konzept.

Auch G. M. Schütz verbreitert sich unter anderem über den Begriff der Emergenz, welche er als das Hervortreten von Gesetzmäßigkeiten aus einem vierteiligen, in sich wechselwirkenden System beschreibt, aus welchem sich Strukturen mit höherer Komplexität bilden können, allerdings mit sehr kleinen Wahrscheinlichkeiten. Diese a priori leugnen zu wollen, sei einer der wesentlichen Trugschlüsse von ID, wenn Information mit Zufall einerseits und völliger Unvorhersehbarkeit

andererseits vermengt würde. Es sei ja nicht die Frage, ob Evolution auf der Realisation von geringen Wahrscheinlichkeiten basiere, da auch Anlass dafür bestehe, eine Gleichverteilung der Wahrscheinlichkeiten für das Zustandekommen eines Evolutionsprozesses anzunehmen.

Interessant auch, wie G. M. Schütz das ID in die Nähe eines Evolutionismus drängt, also hin zu einem „explizit-atheistischen Welterklärungsmodell“, woraus sich die breite Popularität des ID in unterschiedlich geprägten Kreisen erkläre. Wenn die Welt also ein sich selbst organisierender Automat sei, wird Gott als Erklärungsmodell schlechthin denkunmöglich, worin sich diese ID-Protagonisten im Schulterschluss mit den Naturalisten sehen und dabei übersehen, dass Zufall und Naturgesetz noch immer metaphysische Interpretationen und keine wissenschaftlichen Fakten seien. Das eigentliche Wesen des ID – so G. M. Schütz – zeige sich in dem mit modernen Mitteln geführten Versuch, einen Gottesbeweis mit naturwissenschaftlichen Mitteln zu führen – ein, wie sich zeigt, fruchtloses Unterfangen. Er zitiert Wittgenstein mit dem Wort, dass selbst ausgefeilte mathematische Modelle die Natur nur beschreiben, aber nicht erklären können.

Stephan Schleim, mit knapp 30 Jahren der Jüngste im Bunde, Philosoph, Neurophysiologe und Publizist (derzeit Groningen, Niederlande) geht die Evolution in seinem Beitrag philosophisch an. Zunächst diskutiert er Aspekte der Entstehung von Leben vor über drei Milliarden Jahren, dann widmet er sich den Überschneidungen von Weltanschauungen und Evolution und schließlich der modernen Spielart des evolutionären Humanismus (Julian Huxley 1964 bis zu M. Schmidt-Salomon 2006). Die Entstehung des Lebens – auch in den Versuchen der synthetischen Biologie – sei aber weder historisch (seit wann?), noch prinzipiell (welche Art?) festzumachen, da es an einer einheitlichen Definition von Leben mangle. Paradoxerweise konnten gerade die naturtechnischen Versuche, Leben zu erzeugen, die philosophische

Diskussion zur Klärung der anstehenden Begriffe anregen. Die Lücken im naturwissenschaftlichen Konzept der Evolution können nicht mit Gott gefüllt werden, auch darf es keine Ausschließlichkeit Glauben contra Naturwissenschaft geben. Wo apodiktische Standpunkte zu finden seien, müssen Motive wie Machtansprüche und Erregung von Aufmerksamkeit im Spiel sein.

Hier fügt sich nahtlos das Menschenbild des evolutionären Humanismus ein, der bei Huxley eine kulturelle Evolution (Verbesserung des Daseins) impliziert. Für Schmidt-Salomon besteht diese Evolution in der Abkehr von Göttern, Dämonen, Hexen und Kobolden, wobei der Mensch als Zufallsprodukt der biologischen Evolution zu begreifen sei – eine tendenziöse Fehlsicht, die von Stephan Schleim mit einigen prägnanten Sätzen und gut gewählten Zitaten ad absurdum geführt wird. Er selbst schließt mit dem „ignorabimus“ von du Bois-Reymond (1872), das für soche unlösbaren Welträtsel gilt, wie Empfindendes aus Nicht-Empfindendem und Denkendes aus Nicht-Denkendem entstanden sei (siehe auch die „explanatorische Lücke“ von Levine, 1983). Der Stand der Forschung schließt den Glauben nicht aus, doch dürfen Erkenntnislücken nicht als Gottesbeweis gelten. Es ist naturwissenschaftlich keine Schande, sich zu „ignoramus“ oder unphilosophisch zu „ignorabimus“ zu bekennen.

Bleibt der letzte Beitrag: Er stammt von Ulrich Eibach, Biologe, Philosoph und Theologe in Bonn, und widmet sich der Frage nach dem Schöpfergott bei der Entstehung und Evolution des Lebens. Eingangs verweist er darauf, dass wir Menschen als einzige Lebewesen in der Lage sind, nach dem eigenen Gewordensein zu forschen und zu fragen nach dem Warum, wie es kam und wozu es uns gibt. In einer materialistischen Weltsicht wird Gott einerseits als überflüssig andererseits immerhin als metaphysische Hypothese betrachtet (H. v. Helmholtz 1877), im Sinne des Paradox einer atheistisch-materialistischen Metaphysik. Darwin setzt immerhin Leben voraus, ohne seine Entstehung erklären zu wollen. Was sind aber die Kräfte, die Leben schaffen? Ist es

die immer komplexer werdende unbelebte Materie, die zur Selbstorganisation evolviert oder gibt es doch einen Gott, der – gemäß dem Deismus des 19. Jahrhundert – die Welt wie ein Uhrmacher konstruiert und dann sich selbst überlassen hat?

Mit dem Schlagwort „Selbstorganisation“ als Übergang von toter Materie zum Leben gehen materialistische Atheisten recht selbstherrlich um, indem sie damit die letzte Lücke schließen wollen, in der sich Gott noch verbergen könne, übersehen jedoch, dass die Vielfalt der Anfangsbedingungen nur weltanschauliche Spekulationen zulassen. Wenn Leben im Labor synthetisiert werde, dann handle es sich doch nur um einen Nachbau nach exakter Vorlage. Dies gilt auch für das neue Virus aus Venters Laboratorium. Damit wird – einem Zitat Karl Poppers zufolge – nur aufgezeigt, wie Leben theoretisch entstanden sein könne. In welchem Ausmaß auch „geistige Prinzipien“ mitbestimmend seien, wurde ausgerechnet von Quantenphysikern und Kosmologen vom Range eines Heisenberg, Plank, Schrödinger, Thirring etc. erörtert, weit ab von der Gefahr eines neuen Vitalismus. In der Physik wie in der Biologie gibt es offenbar keine letzten Erklärungen, sondern nur immer neue Teilerklärungen (siehe *ignoramus-ignorabimus*). Was das Wozu und Ziel einer Entwicklung betrifft, ist das Kapitel über Teleologie (ausgerichtet auf das Fernziel) und Teleonomie (gesetzmäßige Entwicklung der kleinen Schritte) auch für den philosophischen Laien höchst informativ, besonders wenn in der Natur trotz Naturgesetzen und Determinismus keine blinde Entwicklung waltet. Nur können wir dies – leider- immer erst *post festum* sehen und a posteriori würdigen: Lebewesen agieren als weitgehend offene Systeme, die eine eigene Lebensdynamik entfalten. Bezogen auf die christliche Schöpfungslehre wäre evident, dass sich Neues unableitbar aus Vorhandenem bilden könne. Je größer dieser qualitative Sprung sei, desto mehr wird eine *creatio ex nihilo* innerhalb einer *creatio continua* ersichtlich (Beispiel: Zeugung), wobei sich in dieser „*creatio continua ex nihilo*“ die Ange-

wiesenheit der Schöpfung auf die Gabe des Geistes Gottes zeige (schöpferische Information). Gott als Schöpfer könne demnach in den Gesetzmäßigkeiten der Natur, wie auch in allem nicht oder noch nicht Erklärbarem gefunden werden. Er sei nicht „arbeitslos geworden“ in seiner Schöpfung.

Die Positiva dieses Buches sind zahlreich und für den Gesamteindruck mehr als bestimmend: Die Autoren sind nicht nur für den aktuellen Wissensstand hochkompetent, sie rekrutieren sich auch generationenübergreifend, sparen in ihren Beiträgen nicht mit klugen Querverweisen auf die Mit-herausgeber und – eine hochrühmliche Eigenheit des Buches – stellen sich am Ende ihres jeweiligen Beitrags der Fachdiskussion mit den Kollegen. Das gibt unter anderem Ulrich Eibach die Gelegenheit zur abschließenden Feststellung, dass der Glaube an Gott den Schöpfer keinen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen widerspricht und dass der Atheismus keine notwendige Konsequenz naturwissenschaftlicher Forschung sei.

Das Buch sollte in vielen privaten Regalen von Naturwissenschaftlern, Philosophen und Theologen seinen Platz finden!

F. Kummer

Gene sind kein Schicksal

Jörg Blech
S.Fischer Verlag, Frankfurt/Main 2010
286 Seiten, 10 Abb.
ISBN 978-3-10-004418-1

„...Weil wir unsere Erbanlagen und unser Leben steuern können“, verspricht der Autor, Molekularbiologe, Wissenschaftsjournalist („Der Spiegel“) und mehrfacher Buchautor – und zieht die Leser in seinen Bann, gleich ob neugierige Laien, vorgebildete Biologen, Mediziner oder Epidemiologen.

Denn dies ist – gleich vorweggenommen – seine Botschaft: Die Theorie der Vererbbarkeit von Krankheiten steht auf schwachen Beinen und verblasst vor dem Einfluß, den wir durch unser (kluges, unkluges) Verhalten darauf nehmen können. Viel ist heute von der so genannten personalisier-

ten Medizin die Rede, welche u. a. auf die Genanalyse zurückgreift zwecks Definition eines individuellen Krankheitsrisikos plus therapeutische Konsequenzen.

Hier setzt der Autor an und zerpfückt die mittlerweile bereits populären Konzepte von den „schicksalhaft krankmachenden Genen“. Dieses von Medizinerinnen konzipierte, von diversen Interessensgruppen promulgierte und dabei auch geschäftlich nutzbar gemachte System schillert zwar in verlockenden Farben, die aber das ernste Problem eines Gesundheitsfatalismus verdecken: Was kann denn ich dafür, dass ich solche Gene habe; was nützt es schon, wenn ich meinen Lebensstil ändere!

Jörg Blech geht die Sache systematisch an und zeigt zunächst auf, bei wie vielen Übeln „verantwortliche“ Gene herausgefiltert wurden – sie reichen vom Herzinfarkt über Diabetes und Übergewicht bis zum Schweißgeruch. Tatsächlich geht es aber um die Epi-genetik, also die Summe der Umwelteinflüsse, selbst gewählten Lebensumstände und persönlichen Vorlieben, die tatsächlich Zugriff auf unsere Gene gewinnen, und dies durch das An- bzw. Abschalten von Genen, die für Stoffwechselforgänge, Neurophysiologie und sogar Verhaltensformen prägend wirken. Dies geschieht durch einen einfachen anmutenden Vorgang am Cytosin-Molekül der DNA, nämlich wahlweise einer Methylierung (Blockade des Gens) oder Azetylierung (Anschaltung), was jeweils weit reichende Folgen für das Individuum selbst hat und mittelfristig auf die nächsten Generationen überspringen kann. Damit käme der Lamarckismus wieder zu Ehren – nach J.B. de Lamarck, gest. 1829, der damit als Vordenker dieser „weichen“ Art der Vererbung gelten kann, die nunmehr als Epigenetik zum modernen Schlüssel der genetischen Anpassung geworden ist. Sie bewirkt also eine Prägung der Gene „von außen“, ist daher weitgehend steuerbar, der Selbstverantwortlichkeit nicht entzogen und noch weniger schicksalhaft – es sei denn, das „Schicksal“ besteht in der Unausweichlichkeit von äußeren Bedingungen.

So wurden Pima-Indianer (USA) aus ihrem Ambiente entfernt und in Reservaten angesiedelt, wo sie im Verlauf von wenigen Jahrzehnten zu übergewichtigen Diabetikern und Alkoholikern wurden – wobei der Nachweis einer genetischen Verankerung gelang. Zufällig stieß man später aber auf einen Pima-Stamm in Mexico, der das selbe Genmuster aufwies, aber der „Zivilisation“ entgangen und gesund geblieben war.

Natürlich geht es nicht immer so glatt und plakatativ zu, und echtes genetisches Schicksal (die „harte“ Vererbung von dominanten Genen für schwere Erkrankungen) ist nicht zu leugnen, ebenso wenig wie das Schicksal einer toxischen Schädigung im Mutterleib (embryo-fötales Alkoholsyndrom u. a.), die zwar angeboren, aber nicht geerbt ist.

Das Anliegen des Autors ist aber die Relativierung der boomenden Genanalyse als (neue) Schuldzuweisung, die von Eigenverantwortung ablenken soll.

Die vom Autor angeführten Beispiele sind so zahlreich wie eindrucksvoll, wobei er sich auf seine gediegene Literaturrecherche der letzten 5 bis 10 Jahre stützen kann (Metabolismus, Endokrinologie, Neurophysiologie, Chronobiologie, Psychiatrie etc.). Hier wurden von ehrgeizigen Forschern aus einem beträchtlichen „Hintergrundrauschen“ ganze Serien von vernetzten Gen-Kandidaten nominiert, die krampfhaft als Vererbung (und damit als schicksalhaft) vermarktet wurden. So können Erlebnisse in der frühen Kindheit (Traumata, Verluste, Freiheitsentzug etc.) zu lebens- und schicksalsbestimmenden Prägungen werden, die selbst im Tierversuch nachgestellt werden können. So wurde bei stress-geplagten Ratten die Methylierung des Stress-Abwehr-Gens gefunden. Eine Behandlung mit hier angreifenden Pharmaka (z. B. Trichostatin A) konnte eine Re-azetylierung und damit eine „Ent-stressung“ der Tiere erreichen (die Erprobung am Menschen steht noch aus...).

Es darf – nach Jörg Blech – durchaus bezweifelt werden, dass einem Depressions-, Sucht-, Intelligenz- und AHDS-Gen („Zappelkind“) jene Unaus-

weichlichkeit unterschoben werden kann, mit der diese Befunde vermarktet werden.

Faszinierend zitiert der Autor epigenetische Studien, denen zufolge soziale Einflüsse zu Verhaltensänderungen führen, die wieder eine nachweisliche Prägung der Neurophysiologie, ja Anatomie nach sich ziehen. Hirnzentren, die z. B. an der Verarbeitung von Stress beteiligt sind, weisen eine ungeahnte Plastizität auf (Volumen, Neuronendichte), die durch ein Meditationstraining günstig beeinflusst werden können.

Nicht weit davon ist die Placebo-(Nocebo-)Wirkung anzusiedeln: Hier geht der Weg über den Aufbau einer Erwartungshaltung, bei der der Erfolg von Patient und Arzt einmütig antizipiert wird. Erbarmungslos werden jene Studien zitiert, die Homöopathie, Akupunktur, ja sogar Schmerztherapie und manche chirurgische Eingriffe als Placebo „entlarven“, wenn sie nur mit der nötigen Zuwendung und Überzeugungskraft angeboten werden. Die Neuroplastizität des Gehirns fällt sozusagen auf die überzeugende Empathie des Anbieters herein – ob da nicht die „kaltschnäuzige“ Schulmedizin etwas lernen kann?

Ein ganzes Kapitel (Nr. 9) wird gewidmet „der Intelligenz und wie man sie bekommt“. Der Titel könnte auch heißen: „...und wie sie einem vorenthalten wird“, nämlich durch das soziale Milieu, in welches man hineingeboren oder –adoptiert wird. Der IQ von Kindern scheint demnach überaus abhängig von der Förderung, der Art und Intensität der Freizeit-Stimuli und der Zuwendung zu sein (cross-over-Beobachtungen unterstützen dies). Wieder einmal erweist sich die (dunkle) Hautfarbe als ungerechtfertigter Negativfaktor (nicht nur in USA).

Die Epigenetik macht auch vor der Zwillingsforschung nicht halt. Wenn alle Gene schicksalhaft wären, müsste die Erblast der Geschwister zur Gänze identisch sein. Doch ist dem nicht so: Nur in einem Viertel der Fälle bekommen beide Zwillingsgeschwestern Brustkrebs, und nur 40% der Zwillingsbrüder auch beide Prostata-Krebs. Dar- aus ist zu schließen, dass die An- und Abschaltung

von Onkogenen und Onko-Suppressor-Genen ebenfalls „von außen“ und nicht, unausweichlich, von innen, also von den Genen alleine gesteuert wird. Dies wird unterstrichen durch die bekanntlich geringere Inzidenz von malignen Tumoren z. B. in den Ländern der Dritten Welt. Der Rezensent darf hier ergänzen, dass auch die Sarkoidose (eine verbreitete granulomatöse Erkrankung mit sehr unterschiedlichem Verlauf) gerade bei Afroamerikanern sehr häufig zu finden ist, während sie in Afrika selbst praktisch inexistent ist.

Damit tritt das Umfeld, der Lebensstil und speziell eine (hypothetische?) „Wohlstandsverwahrlosung“ in der Ersten Welt als epigenetischer Faktor Nr. 1 hervor. Die gute Nachricht: Einer Reihe dieser blockierten Gene kann durch Gewichtsabnahme, Bewegung, Nichtrauchen etc. der Wind aus den Segeln und Kurs auf Heilung genommen werden, welche wieder im eigenverantwortlichen Bereich liegt und nicht im Ausgeliefert-Sein an unbarmherzige Vererbungsmuster.

Am Schluss seines Buches vermittelt der Autor sehr überzeugend, dass die Sequenz: Umweltreiz > Epigenetik > Verhalten und Gesundheit wesentlich besser belegt ist, als das bisher kolportierte Modell, bei dem Umwelt und Gene auf getrennten Wegen die Morbiditätsrisiken beeinflussen. Der Rezensent hätte sich hier eine Erwähnung des Werkes von Eva Jablonka (Tel-Aviv) und ihres Konzeptes der „kulturellen Evolution“ gewünscht. Diese Epigenetikerin ortet – selbst bei Tieren – die Sequenz: Gene > Epigenetik > Verhalten > Kultur.

Das Buch ist informativ, dazu witzig, lehrreich und kritisch, gestützt auf in Top-Journalen publizierte Literatur. Ein Buch, das den Laien entzücken und den Fachmann nicht langweilen wird, ein Sachbuch voller Fakten, aber auch Heilungsansätzen, die manchen gutwilligen Biedermann aus der Reserve locken mögen, die Eigenverantwortung für Leben und Gesundheit wieder auf sich zu nehmen.

B. Fröhlich

Du bist nicht dein Gehirn. Eine radikale Philosophie des Bewusstseins

Alva Noë
Piper, München 2010
240 Seiten
ISBN 978-3-492-05349-5

Was ist und wo sitzt das Bewusstsein? Der Autor – kalifornischer Philosoph und Gehirnforscher Jahrgang 1964 – ist unzufrieden, weil die offensichtliche Mehrheit der kompetenten „Neurophilosophen“ und umso mehr die Laien den Sitz des Bewusstseins im Gehirn und nirgendwo anders vermuten.

Die ersten geistigen Klimmzüge des Autors müssen sich schon bei den „Definitionen“ bewähren, wo er mutig Bewusstsein mit Erfahrung gleichsetzt. Das Gehirn selbst denkt nicht, so wie es auch der Computer nicht kann. Also ist das Gehirn nur die Hardware eines Computers? Aber wo kommt die Software für das Leben her? Wer oder was programmiert mein Bewusstsein? Könnte ein isoliertes Gehirn (Hirn im Tank) von außen so programmiert werden, dass es Bewusstsein entwickelt?

Auf einem Nebenschauplatz zeigt der Autor, wie ernst ihm sein Anliegen ist: Die Objektivierung des Bewusstseins scheint beim gefürchteten Locked-In-Syndrom doch besser zu funktionieren als beim tragischen Apallischen Syndrom. Wie weit helfen uns PET, fMRT und Messung des lokalen Sauerstoffverbrauchs über gerade aktiven Hirnarealen?

Im Kapitel „Bewusste Wesen“ geht es um die Frage, wer oder was ein Bewusstsein haben kann, also die Zuschreibung eines „Fremdbewusstseins“. Der Autor verblüfft mit dem Hinweis auf unsere Bereitschaft, Puppen, unbelebten Gegenständen wie Tamagotchis etc. ein Bewusstsein zuzuschreiben. So vertraut wir im Umgang mit Fremdbewusstsein bei Haustieren und Menschen sind, so problematisch wird dies bei wildlebenden Tieren und feindseligen Menschen.

Im Kapitel „Geist ist Leben“ geht es um eine Herausforderung: Einem Lebewesen mit Gehirn kann man leichter einen Geist zubilligen, aber sind

auch die für ein Bakterium günstigen Lebensbedingungen (Sauerstoff, Zucker, Licht etc.) Werte, die in einem Handeln (Hinbewegung, Reaktion auf die Umwelt) gipfeln, also Korrelate eines Bewusstseins der Mikrobe? Dem Autor geht es bei dieser überspitzten Überlegung um den Hinweis, dass Reaktionen des Individuums eben immer außenbestimmt sind – daher besteht das Bewusstsein in der Interaktion mit der Umwelt!

Aber sind Leben, Geist und Bewusstsein wirklich kongruente Begriffe, die sich der Reaktionsfreudigkeit eines rezipierenden Systems (Neuronen) bedienen? Interessant, wenngleich abstrus, muten die Tierversuche an, bei denen der Sehnerv mit der Gehörinde des Gehirns verknüpft wurde. Die neugeborenen Frettchen lernen daraufhin mit der Gehörinde zu sehen, was die große Plastizität von neuronalen Strukturen unterstreicht. Und auf derart schwammigem Terrain kann doch kein Bewusstsein verankert sein! Immerhin: Die Plastizität kann zur Bewältigung von z. B. Blindheit genützt werden, wenn über eine Kamera die Entfernung und Größe von umgebenden Gegenständen in Drucksignale auf der Hautoberfläche umgesetzt werden (Gerät von Paul Bach-y-Rita). Mithin: Wieder ein Befund, dass sich das Bewusstsein auf und durch die Umgebung – sprich: Welt – erweitert, wobei das Gehirn willfährig folgt. Genussvoll widerspricht er hier Nobelpreisträgern wie Francis Crick, dass das Bewusstsein ein Produkt des Gehirns sei.

Diese Plastizität des Gehirns geht auch bis zur visuellen Dominanz am Beispiel des berühmten Gummihand-Versuchs (durch eine geeignete Versuchsanordnung wird man dazu geführt, in einer Hand aus Gummi auf dem Tisch eigene Tastgefühle zu erfahren). Ähnliches passiert wohl auch beim großen Kapitel des Phantomgefühls nach Amputation. Damit ist auch der Weg gebahnt zur „Erweiterung des Körpers“ durch Werkzeuge und künstliche Unterstützung von natürlichen Fähigkeiten, aber auch des Geistes durch Sprache und Denkvermögen.

Alva Noë widmet sich alsbald dem Phänomen

der Erinnerung, die selbst primitive Lebewesen wie Schnecken zu Lernprozessen befähigt. Dabei fehlt aber offenbar ein dafür verantwortliches Lern- oder Koordinationszentrum auf neuronaler Basis. Damit leitet er zwanglos über zu den „Gewohnheiten“ (5. Kapitel). Hier klingt versteckt an, was neuerdings von Neurophysiologen als Determinierung jeder Handlung durch eine präformierte Gehirnaktivität propagiert wird (siehe u. a. Benjamin Libet). So will wohl auch unser Autor verstanden werden, wenn er fordert, man solle „die Vorstellung aufgeben, dass wir autonome Inseln der Entscheidungskraft sind, die auf der Basis von sorgfältigen Analysen und einem gesunden Urteilsvermögen handeln“ (S. 118). Dazu sei unsere Natur zu eng mit unserer Umwelt verwoben. Interessant wieder sind die Befunde, dass der Energiebedarf (Input von Anstrengung) beim Lernenden viel höher ist als beim Könnler (in der Musik, im Sport, Sprachstudium etc.), d. h. die Instrumentalisierung von Erlerntem ist auch mit einer Ökonomisierung des Energiehaushaltes gekoppelt. Das Fazit aus dem Abschnitt: Wir sind Gewohnheitstiere, und Gewohnheiten beziehen die Welt mit ein – so einfach ist das also! Wir müssen in unserem Agieren nur dem schon präformierten, kognitiven Pfad und der Gewohnheit folgen, um eine für uns günstige Welt vorzufinden.

In „Die grandiose Illusion“ (6. Kapitel) geht es fast ausschließlich (und wiederum) um die Sinnesphysiologie und ihre komplexen Phänomene, die belegen, dass unser Sehen nicht alleine das einer 3D-Kamera ist. Dazu kommt (wieder) die disponierende Rolle des Bewusstseins, auch Aufmerksamkeit genannt, die uns manchen Streich spielen kann (Ausblenden von Nichterwartetem, Überbetonung von Gewünschtem). Das Kapitel schließt mit dem durchaus nachvollziehbaren Appell, die Hypothese der „grandiosen Illusion“ fallen zu lassen, weil wir – d. h. unser Bewusstsein – eben offen für das Leben um uns sind, wofür der Sehapparat ein Mittel unter anderen darstellt. Dabei fällt er ein vernichtendes Urteil über die Nobelpreisträger Hubel und Wiesel, die aufgrund ihrer neurophysiologischen Tierex-

perimente versuchen, die zelluläre Interaktion zur Informationsverarbeitung in der Sehrinde schon als „Sehen“ zu werten. Der Autor spricht dem Neuronen-Netzwerk die Fähigkeit ab, aus dem Input des Sehnerven ein Bewusstsein basteln zu können. Dazu braucht es den Geist, den ein Computer nicht hat: Dieser kann rechnen, aber nicht denken, ja nicht einmal selbst sehen oder hören. Daher ist auch der Geist nicht die Software, die vom Computer, sprich Gehirn, erstellt worden ist. Ein Gehirn im Tank (siehe oben), soweit es voll funktionstüchtig erhalten werden könnte, hat keinen Geist. Dazu braucht es Körper und Interaktion mit der Umwelt.

Der Autor hofft (oder fürchtet), dass hochgeschätzte neuro- und kognitionswissenschaftliche Arbeiten grundlegend überdacht werden müssten, um sich von einer Verortung des Bewusstseins in neuronale Netzwerke zu lösen.

Diese Überlegungen werden im leichten Plauderton, untermischt mit gescheiterten Zitaten serviert – und doch scheint etwas zu fehlen. Dem Rezensenten ergeht es wie im sog. Philosophieunterricht in der Mittelschule, der zu 3/4 aus Sinnesphysiologie und 1/4 Geschichte der Philosophie bestand. Echte Anliegen der Philosophie wurden kaum vermittelt. Ähnlich ergeht es einem mit diesem Buch, bei dem das Bewusstsein von Lebewesen der biologischen Interaktion mit der Umwelt gleichgestellt wird und das dabei das Selbstbewusstsein und die Selbstreflexion als humanes Spezifikum unterschlägt. Wengleich der Autor als Philosoph ausgewiesen ist, bleiben diesbezügliche Aspekte weitgehend auf der Strecke. So kommen die Stichwörter „Freiheit“ oder „freier Wille“ nicht vor, obwohl sich eine ganze Reihe von Bezügen zu den dargestellten Phänomenen anbieten würden.

Das Buch ist vornehmlich für anspruchsvolle Laien auf dem Gebiet der Neurophysiologie konzipiert – und bereichert die Szene mit seinen originellen Überlegungen und dem frischen Stil, der mit Vorstellungen, die in prominenten Hirnen festgefahren sind, sehr überzeugend ins Gericht geht.

F. Kummer

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (can be provided by the editor)

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus "et al.", followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from - until)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexualeufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2011: Nr. 1: Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung, Nr. 2: Neurowissenschaft, Nr. 3: Fehlerkultur in der Medizin

2010: Nr. 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3 und 4: AIDS

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

Vorschau

Imago Hominis · Band 18 · Heft 4/2011

Schwerpunkt: Hippokrates heute II

Editorial	155	
Current Issues	158	Susanne Kummer Why PID should remain prohibited by law in Austria
Focus	161	Dietrich v. Engelhardt Rights, duties and virtues in health and disease
	171	Giovanni Maio The limits of self responsibility in the age of prevention
	179	Enrique H. Prat Prevention as moral attitude
	187	Manfred Prisching Education for a "late-modern" lifestyle
	201	R. Horst Noack Justice in a solidarily financed health system
	215	Wolf Kirschner Are primary prevention campaigns effective?
	231	Thomas Czypionka Public health in health economy
News	241	
Journal Review	245	
Book Reviews	246	