

Forum Bioethik

Gesundheitsvorsorge

Rechtliche und ethische Aspekte der Präventivmedizin

Mit den Diskussionen um eine Nährwertampel, das Rauchverbot oder die Bonusssysteme der Krankenkassen für eine gesunde Lebensweise rückt die Präventivmedizin immer mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Es geht darum, einer möglichen Erkrankung durch die Beseitigung der angenommenen Ursachen oder die Verringerung von Risikofaktoren zuvorzukommen und Gesundheit zu fördern. Ziel ist die Erhaltung von Lebensqualität bis ins Alter. Die Stärkung der Eigenverantwortung ist hierbei ein wichtiger Aspekt.

Neben der individuellen Prävention sollen insbesondere Maßnahmen gestärkt werden, die die Rahmenbedingungen in sozialen Brennpunkten, Schulen, Kindergärten und Betrieben verändern können.

Prävention spielt sowohl in Bezug auf die demographische Entwicklung und den damit verbundenen Anstieg chronischer Krankheiten als auch hinsichtlich der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen eine Rolle.

Mit der Prävention sind verschiedene Fragen verbunden, etwa:

- » Welche Möglichkeiten der Einflussnahme gibt es und wen erreichen sie?
- » Wie verhalten sich Eigenverantwortung und staatliche Intervention zueinander?
- » Welche ethischen Bedenken gibt es?
- » Unter welchen Bedingungen sind Präventionsmaßnahmen angemessen und sozial gerecht?

PD Dr. Julika Loss, akademische Oberrätin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, wird in ihrem Vortrag aus medizinischer Sicht in die Thematik einführen, Dr. Harald Schmidt, Assistant Director am Nuffield Council on Bioethics, London, wird auf die ethischen Aspekte eingehen und Prof. Dr. Stefan Huster vom Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts der Ruhr-Universität Bochum wird über die rechtlichen Fragen sprechen. Daran schließt sich eine Diskussion mit Mitgliedern des Deutschen Ethikrates und dem Publikum an.

Durch die Veranstaltung führt Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, Mitglied des Deutschen Ethikrates.

Einladung

Forum Bioethik

Gesundheitsvorsorge

Rechtliche und ethische Aspekte der Präventivmedizin

Mittwoch · 25. Februar 2009 · 18:00 Uhr s.t.

dbb forum berlin, Atrium I + II

Friedrichstraße 169/170 · 10117 Berlin

(U6 Französische Straße)

Anmeldung erforderlich (siehe beiliegende Antwortkarte).

Die Einladungskarte berechtigt zum Eintritt.

Bei Bedarf stehen für Hörgeschädigte während der Veranstaltung
Kommunikationshilfen zur Verfügung.

Vorträge mit anschließender Diskussion

Begrüßung

Prof. Dr. jur. Edzard Schmidt-Jortzig

Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Vorträge

PD Dr. med. Julika Loss

*Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissen-
schaften der Universität Bayreuth*

Dr. phil. Harald Schmidt

Nuffield Council on Bioethics, London

Prof. Dr. jur. Stefan Huster

*Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungs-
recht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts der
Ruhr-Universität Bochum*

Moderation

Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert

Mitglied des Deutschen Ethikrates



Simultanmitschrift

des Hörbehinderten Beratungs- und Informationszentrum HörBIZ Berlin

Niederschrift über das

Forum Bioethik

am 25. Februar 2009

in Berlin

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (Vorsitzender des Deutschen Ethikrates):

Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Namens des Deutschen Ethikrats begrüße ich Sie herzlich zur zweiten Veranstaltung des Forums Bioethik unseres Ethikrates, und bei dieser zweiten Veranstaltung zu einem ganz interessanten Thema, zu dem ich aber nur einige ganz wenige Sätze nachher sagen werde und im Übrigen Frau Kollegin Schöne-Seifert dann die Leitung übernimmt. Ich begrüße speziell unsere drei Redner, unsere drei Referenten heute, Frau Privatdozentin Dr. Loss aus Bayreuth, Herrn Dr. Schmidt - ich gehe hier der Reihenfolge des Programms nach, Herrn Dr. Schmidt aus London und Herrn Professor Stefan Huster aus Bochum. Und natürlich danke ich dem Deutschen Beamtenbund ganz herzlich dafür, dass er uns diesen schönen Saal zur Verfügung gestellt hat, was nicht ganz selbstverständlich ist, zumal die Klientel dort derzeit mit Warnstreiks auch aktiv ist, und wir können hier in aller Ruhe und mit hoher Konzentration uns diesem Thema widmen. Herzlichen Dank also in diese Richtung.

Meine Damen und Herren, dass Vorbeugen besser als Nachsorgen ist, das weiß der Volksmund ohnehin, und das erschließt sich ja auch der natürlichen Logik von selbst, nur ist es eine Frage, ob alle eigentlich wissen, in welcher Form und wogegen man vorbeugen kann, sodass es eine Frage von Information und Aufklärung ist, und wenn man es dann wüsste, ist die zweite Frage, ob man sich auch danach richtet. Auch da sei der Volksmund wieder zitiert, der Geist ist willig, das Fleisch ist schwach, und da ist dann unter Umständen ein gewisser gesellschaftlicher Druck aufzubauen und möglicherweise sogar ein rechtlicher Zwang. Für das Erste, die Aufklärung über die bionomischen Möglichkeiten, ist die Medizin zuständig, und für das Letztere wäre der Gesetzgeber, also die Politik, zuständig. Und die Brücke dazwischen ist die Ethik. Damit habe ich ganz einfach, hoffe ich jedenfalls, den Rahmen für unser sehr viel differenzierteres Thema gezeichnet und würde jetzt gerne Sie, liebe Frau Schöne-Seifert, für die wirklichen Sachausführungen aufrufen und Frau Schöne-Seifert wird auch die Veranstaltung und die Diskussion leiten.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates)

Vielen Dank, Herr Schmidt-Jortzig! Ist mein Mikro - ja, mein Mikrofon ist angeschaltet. Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie sehr zu dieser Veranstaltung und möchte nur ganz wenig vorausschicken, denn nichts ist schlimmer, jedenfalls aus Sicht der Referentinnen und Referenten, als ein Moderator, der schon seine eigenen Theorien deichseln und mit dem man sich dann ins Benehmen setzen muss. Also nur ein paar wenige Worte vorweg:

Im Mittelpunkt unserer Veranstaltung würde in einer englischsprachigen entsprechenden Veranstaltung der Schlüsselbegriff Public Health stehen. Der wird auch im

deutschen Sprachraum als Anglizismus importiert, hat aber bisher - und wahrscheinlich mit vielen guten Gründen - keine adäquate Übersetzung gefunden. Deswegen reden wir alle eben dann in Fachkreisen auch immer von Public Health und meinen sehr Verschiedenes, was sich hinter diesem Begriff versteckt. In anderen Ländern ist Public Health längst Gegenstand eines eigenen Forschungsvorhabens, sehr oft auch eines eigenen Studiengangs, bei uns ist es ein kleiner Teil der sogenannten Gesundheitswissenschaften. Und wenn man sich unseren Titel für den heutigen Abend anguckt, an dem der oder die beteiligten Mitglieder des Deutschen Ethikrats auch eine Zeitlang herumgefremelt haben, dann sehen Sie schon, dass da unterschiedlich weite oder enge Begriffe verwendet werden. Gesundheitsvorsorge sehr eng betrachtet, sozusagen unter dem Blick der Medizin, die dann im Untertitel auftaucht, guckt Präventivmedizin auf die Maßnahmen, die mit medizinischen Mitteln - Beispiel Impfungen, *Screening*-Programme unter Umständen - Gesundheitsvorsorge betreiben kann, oszilliert dann aber auch - und das werden Kritiker nicht müde vorzuführen - in den Bereich der Früherkennung hinein. Früherkennung und regelrechte Vorsorge sind natürlich verschiedene Dinge. Einmal wird verhindert, einmal wird früh erkannt. Und wenn man früh erkennt, ist immer noch eine offene Frage, ob man auch früh und erfolgreich früh behandeln kann, oder ob man nicht vielmehr einfach nur die Sorge nach vorne verlagert, das ist sozusagen eine Schwäche eines sehr undifferenzierten Präventionsbegriffs. Dann gibt es Gesundheitsvorsorge, Public Health, unter einem etwas weiteren Blickwinkel - mittlere Ebene könnte man sagen -, da sind immer noch die Medizin als Disziplin und die Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitswissenschaftler als die Profis angesprochen. Da geht es ganz wesentlich um Gesundheitsverhalten, also um Zähneputzen und Rauchverzicht als ziemlich unstrittige Beispiele, aber auch sonst um das sogenannte Präventionsverhalten, um den gesunden Lebensstil. Da fühlt sich die Medizin in großen Teilen zu Recht zuständig, da geht es um bestimmte *Benchmarks*, die geprüft werden können, Blutzucker und Blutdruck und all solche Dinge, die eine Rolle spielen, bevor es zum Ausbruch von Krankheit kommt. Wenn die Sache gut geht. Und dann gibt es einen ganz weiten Begriff oder bzw. einen ganz weiten, von weit her kommenden Blick auf Gesundheitsvorsorge, und da sind nun Mediziner gar nicht mehr speziell zuständig. Da geht es zum Beispiel um die inzwischen völlig unbestrittene Tatsache, dass es zwischen dem sozioökonomischen Status von Personen und ihrem Gesundheitszustand eine robuste Korrelation gibt, seit man diese Daten erhebt, in allen Ländern, in allen Gesellschaften. Und da natürlich, wenn es um solche Fragen von Gesundheitsvorsorge geht, die mit dem sozioökonomischen Status, mit jemandes Position in der sozialen Hierarchie zu tun haben, geht es gar nicht mehr um medizinische Dinge. Und man sieht nun schon, wenn man den engen Begriff von Präventivmedizin an die Stelle all der anderen Faktoren setzen würde, hat man schon mit diesen verengten Begriff

ethische Probleme, die zu diskutieren sich lohnt. Sie werden sehen – und unsere Referenten werden das vorführen –, es gibt auf all diesen miteinander zusammenhängenden engen, mittleren und weiten Blickwinkeln auf die Gesundheitsvorsorge rechtliche und ethische Fragen. Damit will ich es genug sein lassen. Wir haben dann nach den Referaten, die zusammen ungefähr eine Stunde Zeit in Anspruch nehmen werden, eine weitere knappe Stunde zur Diskussion mit Ihnen. Ich darf also jetzt als erstes und will nicht gleich alle vorstellen, unsere erste Referentin, Frau Privatdozentin Julika Loss, vorstellen und hier gleich ans Mikrofon bitten und Ihnen nur so viel sagen, dass Frau Loss Humanmedizinerin ist, dass sie seit inzwischen fast acht Jahren Akademische Oberrätin in Bayreuth an der Universität, am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, ist, dort eine Arbeitsgruppe zu Fragen der Gesundheitsförderung und Präventivmedizin leitet, aber schon seit Jahren vorher, unter anderem in Australien, auf dem Forschungsschwerpunkt Präventionsforschung gearbeitet und verschiedene Aspekte sehr kompetent bearbeitet hat. Liebe Frau Loss, ich freue mich, dass Sie da sind, und bitte Sie jetzt zum ersten Referat hier hoch, das Ihnen und uns allen gewissermaßen die medizinische faktische Grundlage liefern soll für das, was dann in normativer Hinsicht zu diskutieren und zu referieren ist. Ich freue mich, dass Sie da sind!

PD Dr. Julika Loss (Akademische Oberrätin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth):

Ja, Frau Professor Schöne-Seifert, vielen Dank für die einführenden Worte, liebe Ethikratsmitglieder, liebes Publikum!

(Folie 1)

Wie gesagt, darf ich Ihnen die medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen zu Prävention, Gesundheitsförderung darstellen, um damit Anknüpfungspunkte für die nachfolgende ethische und auch rechtliche Diskussion zu geben, und mir geht es vor allen Dingen darum, dass – was Frau Schöne-Seifert schon angesprochen hat – es ein breites Spektrum in diesem Bereich zu systematisieren gibt, so wie ich vielleicht eine Systematik in diesem Umfeld etablieren würde.

(Folie 2)

Und ich würde mit einer Frage beginnen: Was verstehen wir eigentlich unter Prävention, denn dieser Begriff wird relativ unscharf verwendet. Zum einen verwenden wir den Begriff Prävention, wenn wir von Verhaltensweisen, von Lebensstilen sprechen, von denen wir annehmen, dass sie einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung von Gesundheit, auf die Verbesserung von Gesundheit haben, und das ist eine ganze Bandbreite.

(Folie 3)

Das kann gesunde Ernährung sein, das kann Sonnenschutz sein, Früherkennungsuntersuchung, Safer Sex, Impfung, Zahnpflege, also dieser ganze Bereich, und inwieweit wirklich ein Zusammenhang zwischen dem Verhalten und der Gesundheit besteht, das ist ein Feld, das die Präventivmedizin untersucht.

(Folie 6)

In diesem Angebot an möglichen Verhaltensweisen kann man nochmals differenzieren – Frau Professor Schöne-Seifert hat das eben getan – zwischen der tatsächlichen Primärprävention, also der eigentlichen Prophylaxe von Erkrankungen, das heißt, die Maßnahmen, die das Ziel haben, eine Erkrankung zu verhindern, Impfungen beispielsweise, Nichtraucher, moderater Alkoholkonsum etc. Davon abzugrenzen ist das, was wir in den Gesundheitswissenschaften als Sekundärprävention bezeichnen, die nämlich dann einsetzt, wenn die Krankheit schon angefangen hat, sich aber dem Patienten noch nicht bemerkbar gemacht hat – durch Beschwerden, durch Symptome – und wo man durch Früherkennung hofft, den Zeitpunkt der Diagnose vorzuverlagern, um eine effektivere Behandlung zu ermöglichen. In der Diskussion ist häufig z. B. das Mammographie-Screening oder auch die Dickdarmspiegelung, die mittlerweile zur Früherkennung von Darmkrebs angeboten wird. Wir sprechen auch von Prävention, wenn wir Maßnahmen meinen, mit denen wir die Bevölkerung oder bestimmte Zielgruppen davon überzeugen wollen, sich gesundheitsbewusst zu verhalten.

(Folie 7)

Und auch hier gibt es ein ganzes Spektrum an Maßnahmen, die man einsetzen kann. Rauchverbot ist natürlich allen jetzt im Kopf. Es gibt die Plakate, es gibt die Nährstoffampel, die ja auch immer wieder diskutiert wird, Bonusprogramme von Krankenkassen etc. etc. Diesen Bereich der Prävention könnte man vielleicht mit dem Begriff Präventionspolitik am besten fassen. Und ich denke, dass die ethische und rechtliche Diskussion in beiden Bereichen relevant ist. Zum einen müssen wir schauen, welche Bereiche sind das überhaupt? Wo können wir ethisch vertreten, rechtlich vertreten, Prävention umzusetzen, also was können wir eigentlich machen? Und die zweite Frage ist: Wie können wir Prävention umsetzen? Was ist denn eigentlich zulässig von unseren Vorstellungen?

(Folie 5)

Ich will zunächst darauf eingehen: Was gibt es eigentlich an Information? Hat Prävention einen Effekt auf unsere Gesundheit? Welchen Einfluss, welchen Zusammenhang sehen wir hier?

(Folie 7)

Das ist eine Titelseite des Deutschen Ärzteblatts aus dem Jahr 2006: „Länger leben durch Prävention“ wird da titulierte und tatsächlich kann man sagen, dass das auch so

stimmt. Die Lebenserwartung in Deutschland ist ja seit Jahrzehnten, Jahrhunderten angestiegen, und das kann man im Wesentlichen nicht auf therapeutische, sondern auf präventive Maßnahmen zurückführen. Ganz im Vordergrund stehen dabei hygienische Maßnahmen, die die Prävention von Infektionskrankheiten bewirken, Krebserkrankungen können verhindert werden, aber auch die Zunahme an Verkehrssicherheit bringt hier eine Steigerung der Lebenserwartung.

(Folie 8)

Also insgesamt kann man sagen: Prävention ist wichtig, nicht nur für die Lebenserwartung, auch für das Senken von Krankheitsraten. Denken Sie an Kariesprophylaxe; auch hier kann die Prävention nachweislich effektiv greifen.

(Folie 9)

Unter den Präventivmedizinern gibt es einen ganzen Katalog von Risikofaktoren, den ich hier mal aufgeführt habe. Ihnen werden diese ganzen Begriffe auch alle geläufig sein. Rauchen, Fehlernährung, Übergewicht, mangelnder Sport, Bluthochdruck, Alkoholkonsum, *Unsafe Sex*, aber auch – das ist jetzt der Bereich, der eher nicht auf das Verhalten, sondern auf die Verhältnisse geht – Belastungen am Arbeitsplatz, Giftstoffbelastung am Arbeitsplatz. Für praktisch alle diese Risikofaktoren gibt es gute, fundierte Daten, dass ein Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und Gesundheit besteht, wobei ich derzeit noch am stärksten den Punkt Fehlernährung relativieren möchte, weil es hier sehr viele widersprüchliche, strittige Daten und immer wieder neue Studien gibt – gerade zur Frage rotes Fleisch, weißes Fleisch, Gemüse, Obstkonsum. Also hier wäre ich etwas vorsichtig. Für die meisten anderen Punkte gibt es sehr robuste Daten, die das belegen können. Ich möchte hier drei einfach mal exemplarisch herausgreifen, die Ihnen auch alle aus der Presse immer wieder entgegenkommen, und noch einmal untermauern, was eigentlich das Public-Health-Problem ist und welches Potenzial hier die Prävention hätte.

(Folie 10)

Fangen wir an mit dem Thema Übergewicht.

(Folie 11)

Ich denke, dass ich nicht weiter erwähnen muss, dass Übergewicht und Adipositas, also krankhaftes Übergewicht, in den letzten etwa zwanzig Jahren alarmierend zugenommen haben. Die WHO spricht von einer globalen Epidemie, die eben tatsächlich auch Deutschland betrifft. Und jüngsten Daten zufolge sind etwa 60 % der Frauen und drei Viertel der Männer in Deutschland übergewichtig. Besonders besorgt sind eben viele Gesundheitswissenschaftler über Übergewicht, das schon im Kindesalter vorhanden ist. Da liegen die Raten deutlich drunter, es ist es unterschiedlich von Bundesland zu Bundesland, auch von Altersklassen, sie liegen so zwischen 6 und 20 %, wobei das in den

letzten Jahren einigermaßen stabil geblieben ist.

(Folie 12)

Sehr gut belegt sind die Risiken, die durch Übergewicht gesundheitlicher Art auf die Menschen zukommen können – Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schäden am Gelenksystem, am Skelettsystem durch mechanische Belastung, aber auch einige Krebsarten, Brustkrebs beispielsweise, werden begünstigt. Nicht zu vernachlässigen sind die psychologischen und sozialen Folgen, gerade bei Kindern. Mobbing ist ein ganz zentrales Thema bei Kindern, die übergewichtig sind, aber auch im höheren Alter führt eben eine Diskriminierung zu deutlichen Belastungen. Die Lebenserwartung ist deutlich erniedrigt, so erniedrigt, dass es schon Schätzungen gibt, dass durch das Übergewicht erstmals seit Jahrhunderten die durchschnittliche Lebenserwartung von einigen Bevölkerungen in den nächsten Jahren um etwa fünf Jahre sinken wird.

(Folie 15)

Rauchen ist ja auch das klassische Thema der Prävention. Auch hierzu wissen die meisten schon Bescheid.

(Folie 16)

In Deutschland raucht etwa ein Drittel aller Erwachsenen. Besonders besorgniserregend ist die hohe Raucherquote unter Jugendlichen. Etwa die Hälfte der Teenager zwischen 16 und 19 Jahren raucht. Deutschland ist damit europaweit eines der Länder mit den höchsten Raucheranteilen unter Kindern und Jugendlichen. Die WHO ist sich darüber einig, dass Rauchen das größte Einzelrisiko für die Gesundheit ist, was es derzeit gibt. Bekannt ist natürlich der Zusammenhang zum Lungenkrebs. Das ist auch hervorragend belegt. Aber auch neben dem Lungenkrebs gibt es eine ganze Reihe anderer Folgeerkrankungen, von der Gefäßverkalkung bis hin zu Lungenbeschwerden und einer ganzen Reihe von anderen bösartigen Tumoren, die vom Rauchen ausgelöst werden können. Und auch hier eine deutlich gesenkte Lebenserwartung. Was vielleicht interessant ist für die ethische Diskussion, für die rechtliche Diskussion, ist, dass wir im Unterschied z. B. zum Übergewicht beim Rauchen etwas haben, was wir externe Effekte nennen, nämlich es sind auch Menschen außerhalb desjenigen, der eben raucht, außerhalb des Konsumenten, betroffen.

(Folie 17)

So gibt es schon seit 25 Jahren sehr gute Daten, dass Passivrauchen die Gesundheit schädigen kann, und wir haben das Problem vom Rauchen in der Schwangerschaft. Neuesten Studien zufolge raucht in Mecklenburg-Vorpommern ein Viertel aller Schwangeren im 5. Monat der Schwangerschaft und sorgt damit tatsächlich für erhebliche Probleme, Frühgeburten, Mangelgeburten, also auch hier externe Effekte.

(Folie 18)

Jeder achte Leser dieser Anzeige hat ein ernsthaftes Alkoholproblem. Dies soll auf das Thema Alkoholmissbrauch und die Public-Health-Relevanz, die wir hierfür haben, hinweisen. Die Zahl, die sich hier auf dem Plakat des Blauen Kreuzes findet, ist auch gesundheitswissenschaftlich so nachzuvollziehen.

(Folie 19)

Wir haben in Deutschland zwei Millionen Alkoholabhängige, das sind etwa 2,5 % der Bevölkerung. Darüber hinaus konsumiert 10-12 % der Bevölkerung Alkohol in einem Umfang, der langfristig mit körperlichen, aber auch sozialen Schäden einhergehen kann. Sie kennen die Diskussion über das Komasaufen bei Jugendlichen, das tatsächlich zugenommen hat. Wieder etwas rückläufig ist der Konsum alkoholischer Mixgetränke, der sogenannten Alkopops, aber auch hier wird mit Besorgnis auf die Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen geschaut. Gesundheitliche Folgen sind umfassend: von Leberschäden über Nervenschäden bis hin zu Herzschäden, aber auch die Begünstigung wiederum einer ganzen Reihe von Krebserkrankungen.

(Folie 20)

Ähnlich wie beim Rauchen haben wir auch beim Alkohol das Problem, dass andere Menschen als der Alkohol Konsumierende auf ganz unterschiedlichen Ebenen betroffen sein können. Zum einen ist Alkohol in der Schwangerschaft ein ganz relevanter Faktor für angeborene Schädigungen, er gehört zu den häufigsten Ursachen für angeborene Schädigungen, aber auch auf sozialer Ebene, in den Familien kommt es bei Alkoholabhängigen ganz häufig – Sie wissen das – zu Konflikten, zu Gewalthandlungen und auf gesellschaftlicher Ebene sind alkoholisierte Menschen sehr häufig verwickelt in Kriminalität und an 20 % aller Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang beteiligt. Das heißt also, auch hier Auswirkungen auf andere Menschen.

(Folie 21)

„Das schönste Kompliment, das ich jemals bekommen habe? Sie haben einen super Darm, Frau Berben“, sagt hier die Schauspielerin auf einem Plakat, das für Darmkrebsfrüherkennung wirbt. Das ist der letzte Bereich, den ich vorstellen will, das ist also jetzt die Sekundärprävention, die Früherkennung von Krankheiten.

(Folie 22)

Krebs ist – das wissen Sie alle – ein relevanter Erkrankungsbereich, die zweithäufigste Todesursache in Deutschland nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Man kann davon ausgehen, dass jeder vierte Bürger an einem Krebs erkranken wird und jeder fünfte daran sterben wird.

(Folie 23)

Die gesetzliche Krankenversicherung GKV, verfügt seit den 70er-Jahren über ein Krebsfrüherkennungsprogramm,

das Untersuchungen auf bösartige Tumoren anbietet, die man in einem Stadium entdecken kann, in dem sie noch keine Beschwerden verursachen, und von dem man hofft, dass man dadurch eine verbesserte Behandlung bei den Patienten erreichen kann. Dazu gehören Dickdarmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs, Gebärmutterhalskrebs und die bösartigen Hauttumoren.

Man weiß schon lange, dass die Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchungen, obwohl die Krankenversicherung sie bezahlt, eher enttäuschend ist. Die Raten liegen zwischen 15 und 35 % und gerade die Älteren, für die diese Untersuchung noch wichtiger wäre, gehen kaum noch zu diesen Untersuchungen. Das ist also der Grund dafür, dass viele Kampagnen wie eben beispielsweise die eben gezeigte von der Felix-Burda-Stiftung versuchen, die Leute zu motivieren.

(Folie 24)

Anders als die zuvor gezeigten Verhaltensweisen sehen Gesundheitswissenschaftler die Früherkennung als nicht ganz unproblematisch. Aus Bevölkerungssicht kann man sehr schön einen Nutzen beschreiben: Wenn sich die ganze Bevölkerung auf Darmkrebs testen ließe, könnte wahrscheinlich die Sterblichkeit um 30 % gesenkt werden. Der individuelle Nutzen kann jedoch ganz gering sein. Und ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen, das die Gesundheitswissenschaftlerin Frau Mühlhauser vor einigen Jahren publiziert hat. Nehmen wir das Mammographie-Screening. Sie kennen die Aufrufe zu dieser Untersuchung. Wenn man über zehn Jahre bei 1000 Frauen ein Mammographie-Screening macht, dann sterben in dieser Zeit – und das basiert auf mehreren großen schwedischen Studien – statt vier Frauen nur drei Frauen an Brustkrebs. Das heißt, eine von 1000 Frauen profitiert in zehn Jahren von dieser Screening-Maßnahme, 999 Frauen haben de facto eigentlich keinen Nutzen von dieser Untersuchung, weil sie auch ohne die Mammographie nicht an Brustkrebs gestorben wären. Das heißt, der individuelle Nutzen fällt damit unter Umständen deutlich geringer aus, als wenn ich tatsächlich mein Gewicht reduziere oder aufhöre zu rauchen.

(Folie 25)

Dieser Nutzen wiederum steht gewissen Risiken gegenüber, die die Früherkennungsuntersuchungen haben. Das können ganz konkrete medizinische Risiken sein, beispielsweise bei der Dickdarmspiegelung, einer invasiven Untersuchung. Sie können aber auch durchaus einen falschen Alarm auslösen, einen falschen Krebsverdacht haben, der Patient wird invasiveren diagnostischen Maßnahmen zugeführt, leidet unter Sorgen, unter Angst.

Auf der anderen Seite kann es auch dazu kommen, dass ein Tumor übersehen wird. Das ist ganz normal. Der Patient wiegt sich in trügerischer Sicherheit und übersieht dann vielleicht alarmierende Symptome, die später kommen. Das also nur mal, um zu zeigen, dass wir hier eine

gewisse Problematik haben, wo man dann auch entscheiden muss: Wollen wir das unserer Bevölkerung als Maßnahme zukommen lassen? Wie entscheiden wir? Ist das Datenmaterial belastbar genug, um hier tatsächlich weiterzukommen?

(Folie 27)

Dann ist die Frage: Wie kann ich denn jetzt dieses Gesundheitsverhalten, von dem ich Ihnen einige Beispiele genannt habe, erreichen? Wie kann ich das beeinflussen? Das ist gar nicht so einfach. Wir haben schon gehört: Der Geist ist willig, das Fleisch ist schwach.

(Folie 28)

Rolf Rosenbrock hat das auch mal ganz schön ausgedrückt: Man kann nicht Gesundheitsziele auf die Bevölkerung herabregnen lassen. Wenn man Pech hat, dann macht sie den Regenschirm auf. Und das macht sie ganz gerne, das kennen wir alle von uns selber auch. Es gibt ein ganzes Spektrum an Möglichkeiten, die die Politik, also eine staatliche Institution, eine Krankenkasse, ein Gesundheitsamt in der Gemeinde, eine private Stiftung, einsetzen kann, um die Bevölkerung, um bestimmte Gruppen zu motivieren, sich doch gesundheitsbewusst zu verhalten. Das reicht von Informationen über unterstützende Maßnahmen bis hin zu tatsächlich restriktiven Ansätzen wie Verboten oder Pflichten. Das heißt, wir haben eine ganze Stufe, eine ganze Leiter von Möglichkeiten, die zunehmend in die Entscheidung des Einzelnen eingreifen. Ich gehe ganz kurz die einzelnen Stufen durch, dass Sie sich ein bisschen vorstellen können, was gemeint ist.

(Folien 29 - 33)

Information, Aufklärung, ich denke, das kennt jeder. Die Informationsbroschüren, die z. B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sehr fundiert mit sehr guten Materialien verbreitet werden, sind die häufigste Quelle für Informationen, auch Plakate und zunehmend auch das Internet. Und ich denke, ethisch ist die Information über Gesundheitsthemen eigentlich weitgehend unstrittig, denn sie bildet ja die Basis für die autonome Entscheidung, ist also das Verfahren, was man vielleicht am wenigsten infrage stellen kann aus ethischer, aus rechtlicher Sicht.

(Folie 34)

Gehen wir eine Stufe weiter, denn sehen wir, dass Sie inzwischen nicht mehr viele Beispiele finden, gerade wenn Sie die Plakate sehen – und Plakate sind ja das, was man häufig mit Prävention verbindet –, die sich tatsächlich auf die reine Information begrenzen.

Hier so ein typisches Plakat, ein österreichisches Plakat, was für die Darmkrebsfrüherkennung Werbung macht. Sie sehen auf diesem Plakat außer dem Kleingedruckten keine Information zu Darmkrebs, zum *Screening*, zu den Risiken der Untersuchung, sondern Sie sehen hier die Ausreden, die man gemeinhin hat, um nicht zur Früherken-

nung zu gehen, um die Person zum Nachdenken zu bringen, um sie zu überreden, zu motivieren, die Untersuchung in Anspruch zu nehmen.

(Folie 35)

Das heißt, wir haben kaum noch Plakate, die wirklich informieren. Man sagt, die Leute wissen das eigentlich, wir müssen Sie irgendwie anders dazu bringen, durch Emotionen, durch Furchtappelle, durch Arbeiten mit Prominenten – wir haben Iris Berben gesehen –, durch den Versuch, das Image zu verbessern, um eben ein Verhalten regelrecht zu vermarkten. Das ist das, was man in der Prävention jetzt zunehmend versucht, indem wie hier –

(Folie 36)

Sie kennen alle die „Mach mit“-Plakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – z. B. Kondome ein positives Image bekommen sollen, indem man massiv Furchtappelle einsetzt, wobei Furchtappelle unter den Gesundheitswissenschaftlern sehr umstritten sind und sehr kritisch gesehen werden, meistens kontraproduktiv sind im Übrigen, trotzdem immer noch sehr beliebt sind.

(Folie 37)

Ja, und auch gerade dieses Plakat stand sehr in der Kritik und führt häufig zu Verdrängungen, zu psychologischen Mechanismen, die das Problem eher fortschieben, als es aktiv angehen zu lassen.

(Folie 38)

Aber das ist das, womit wir in der Prävention heute konfrontiert sind. Sicherlich steht hier die Gefahr der Manipulation im Vordergrund und ich finde auch einige Kampagnen hier äußerst bedenklich. Das geht natürlich jetzt ein bisschen in den Bereich der Medienethik, auf den ich nicht eingehen möchte, aber ich denke, man soll natürlich überlegen: Möchten wir so was in Kauf nehmen, wenn wir wissen, es ist vielleicht effektiver? Denn man muss ja eins sagen: Die Konkurrenz ist groß. Denken Sie an die Werbeaktionen der Tabakindustrie, Werbeaktionen für Süßwaren, für Fastfood, die natürlich ganz rücksichtslos mit Images, mit Emotionen arbeiten, und die Frage: Kann man überhaupt etwas erreichen, wenn man nüchterne Information dagegen setzt? Nimmt man Manipulationen in Kauf?

(Folie 39)

Wenn man die ersten beiden Stufen zusammennimmt – und Frau Professor Schöne-Seifert hat es schon angedeutet –, ist es so, so schön das alles ist mit der Information und diesen Broschüren und den Plakaten, die Wirksamkeit ist eigentlich eher gering, zum Teil fast zu vernachlässigen. Warum? Zum einen weiß man, dass die Broschüren eigentlich nur von den Leuten gelesen werden, die sich ohnehin schon für Gesundheitsthemen interessieren. Das sind auch die, die sich die Plakate näher anschauen. Das heißt, man gleicht nicht unbedingt Unterschiede im Gesundheitswissen

aus, möglicherweise vergrößert man sie auch dadurch eher noch. Und der zweite Punkt ist: Selbst wenn alle Menschen perfekt Bescheid wüssten über die Gesundheitsrisiken, über die Möglichkeiten der Vorsorge, ist es einfach schwierig, dieses Verhalten durchzusetzen, wenn die Lebensverhältnisse dem entgegenstehen.

(Folie 40)

Man muss sagen, dass gerade bei sozial Benachteiligten – stellen Sie sich eine alleinerziehende Mutter vor, die in einem sozial schlechten Viertel – viele Hochhäuser, wenig Grünflächen – wohnt: Wie soll die mehr Sport treiben? Sie kann sich das Fitnessstudio nicht leisten etc. etc. Also hier ist ganz klar die Frage: Ist unser Gesundheitsverhalten wirklich ganz klar gewählt oder ist es nicht vielmehr auch bestimmt durch die Rahmenbedingungen? Auf diesen Bereich konzentriert sich eigentlich die Gesundheitsförderung in den letzten Jahren. Man sagt, wir müssen eigentlich die Lebensverhältnisse verbessern, indem man wie hier – ein Beispiel aus Australien –

(Folie 41)

eine Broschüre, die den Gemeinden nahe bringt, wie man denn Schatten für alle in den Gemeinden umsetzen kann, damit eben jeder profitieren kann, jeder Schutz findet vor der in Australien ja wesentlich gefährlicheren Sonne.

(Folie 42)

Dies ist eine klassische kontextbeeinflussende Maßnahme. Die Idee ist, tatsächlich Lebensverhältnisse zu schaffen, die das Gesundheitsverhalten unterstützen. Der Slogan der WHO „*Make the healthier way the easier way*“, also das gesunde Verhalten soll einfacher werden, ist etwas, von dem wir wissen, dass es in der Prävention sehr erfolgreich ist. Wir können das im *Screening* umsetzen – *Screening* ist beispielsweise die Schule, die Gemeinde, der Betrieb – und mit Versuchen,

(Folie 44)

durch gesunde Schulkantinen, durch Abbau von Zigarettenautomaten, durch Ausbau von Fahrradwegen in den Gemeinden, hier das Gesundheitsverhalten zu vereinfachen, oder eben der Sonnenschutz:

(Folie 43)

In Australien finden Sie kein Kinderschwimmbecken ohne ein Sonnendach darüber.

Da wird einem die Entscheidung praktisch abgenommen, weil hier das Gesundheitsverhalten nun einfach wesentlich einfacher ist.

(Folie 45)

Auch in Deutschland werden zunehmend, z. B. für ältere Leute, Fitnessparks angeboten, die leicht zugänglich sind, einfache Übungen ermöglichen und den doch etwas diskriminierenden Namen „Seniorenspielplätze“ tragen; ein

besserer Begriff ist hier offensichtlich noch nicht gefunden worden. Aber das ist eine Idee, die aus China kommt und sich auch bei uns ausbreitet.

(Folie 46)

Der Nachteil ist, dass es eine aufwendige Maßnahme ist: Sie ist teuer und vor allem – wir haben es eben auch schon kurz gehört – es sind in der Regel ganz andere Ressorts zuständig als der Gesundheitsbereich. Sie haben ein engagiertes Gesundheitsamt, das möchte in der Gemeinde etwas bewegen und muss sich dann mit diesen kommunalpolitischen Dingen herumärgern wie dem Bau von Fahrradwegen, der Instandsetzung von Grünanlagen oder – wenn man weiter gehen will – dem Ressort Bildung oder Arbeit. Das heißt, Gesundheit wird auf einmal auf einen so breiten Bereich erweitert, dass es die Gesundheit als Ressort alleine nicht mehr stemmen kann. Und das ist eben die große Problematik, weswegen diese Ansätze sehr häufig scheitern.

(Folie 47)

Anreizsysteme sind Ihnen bekannt durch das Bonusheft für die Zahnpflege.

(Folie 48)

Die Hoffnung, die dahinter steht, ist, materielle Anreize könnten das Gesundheitsverhalten noch stärker motivieren. Die Bonusprogramme von Krankenkassen für gesundheitsförderliches Verhalten haben in den letzten Jahren zugenommen. Auf der anderen Seite kann man aber auch negative Sanktionen setzen, z. B. durch steuerliche Maßnahmen wie die Tabaksteuer oder auch, wie es ja vor einigen Jahren erfolgt ist, eine zusätzliche Besteuerung der alkoholischen Mixgetränke.

(Folie 49)

Wie erfolgreich diese Sanktionen sind, darüber streiten sich die Gesundheitswissenschaftler. Die meisten sehen es eher kritisch. Negative Sanktionen wie Steuererhöhungen treffen vor allen Dingen preissensible Gruppen. Das sind in der Regel Jugendliche. Beim Rauchen ist das ja auch durchaus erwünscht. Was die Bonusprogramme bringen, ist derzeit noch fraglich. Es wird vermutet, dass vor allem Mitnahmeeffekte vorherrschen, d. h. jemand, der ohnehin schon im Fitnessverein ist, lässt sich dann dafür noch die Bonuspunkte gutschreiben. Die Wenigsten aber werden motiviert, wirklich in den Fitnessclub zu gehen. Da muss man die Entwicklung abwarten, ob diese Bonusprogramme wirklich was bringen.

(Folie 50)

Und zu guter Letzt die restriktiven Maßnahmen – wie hier am Beispiel der Gurtpflicht.

(Folie 51)

Die am stärksten diskutierten Maßnahmen, die in letzter

Zeit – siehe Rauchverbot – zugenommen haben, sind die restriktiven Maßnahmen in den westlichen Gesellschaften innerhalb der letzten 20 Jahre. Sie kennen alle natürlich die Gurtpflicht, die schon vor mehreren Jahrzehnten eingeführt wurde, Werbeverbote für Tabakprodukte werden jetzt EU-weit umgesetzt, und Sie kennen alle die Diskussion um die Rauchverbote. Restriktive Maßnahmen gehören zu den wirksamsten präventionspolitischen Strategien, und sie sind auch – das ist ganz interessant – bei den Gesundheitswissenschaftlern beliebt. Gehen Sie auf eine Tagung von Gesundheitswissenschaftlern, und alle freuen sich über das Rauchverbot. Es ist tatsächlich wirklich das Gefühl, wir tun den Menschen was Gutes. Und sie wissen, dass die gesellschaftliche Diskussion eine ganz andere ist.

(Folie 52)

Hier haben wir ganz laut die Kritik der Bevormundung, des Paternalismus, der verordneten Gesundheit. Gestern hörte ich den Begriff „Gesundheitsdiktatur“, „Deutschland wird zur Gesundheitsdiktatur“. Und die Engländer haben dafür diesen ganz charmanten Begriff des „Nanny State“: Der Staat schützt den Bürger vor sich selbst als Kindermädchenstaat oder Gouvernantenstaat. Und ich denke, wir werden nachher von Herrn Dr. Schmidt auch noch ein schönes Beispiel dazu sehen.

(Folie 53)

Also diese Stufen, die ich Ihnen gezeigt habe, ganz klar, die Eigenverantwortung – das ist ja das, was kritisiert wird – wird zunehmend eingeschränkt, aber: Die Gesundheitswissenschaftler sagen: Na gut, das Problem ist aber: Die Wirksamkeit nimmt eben nach unten hin auch zu und die Wirksamkeit bei den sozial Benachteiligten. Das heißt, wenn ich mich auf eine vielleicht ethisch sichere Position zurückziehe und sage, ich belasse es lieber bei den Informationen, erkaufe ich mir das möglicherweise dadurch, dass ich doch wieder nur die erreiche, die ohnehin gesund sind und sich für Gesundheitsthemen interessieren. Das muss man sicherlich ethisch und rechtlich diskutieren. Wirksamkeit – das will ich noch ganz kurz sagen – ist für viele präventionspolitische Maßnahmen nicht belegt. Viele gerade bevölkerungsbezogene Maßnahmen sind im Augenblick noch Experimente auf einer großen Ebene. Was kann ich machen, um eine Bevölkerung insgesamt vom Übergewicht herunterzubekommen? Da gibt es keine fundierten Daten, wie man das eigentlich evidenzbasiert machen kann. Es gibt gute Ideen, kausal begründbare Ansätze, aber hier gilt es tatsächlich, diess weiter zu untersuchen und diese Untersuchungen auch zu bezahlen. Denn das ist ein Punkt, der die Kosten noch mal deutlich erhöht.

(Folie 54)

Zum Fazit: Ich denke, der präventivmedizinische Teil zeigt, medizinisch haben wir durchaus Grund zu sagen, präventives Verhalten ist sinnvoll für die Gesundheit, mit Ausnahme vielleicht der zu diskutierenden Früherkennung.

(Folie 55/56)

Die präventionspolitischen Maßnahmen sollten meiner Meinung nach auf diesem Stufensystem unterschiedlich beurteilt werden und Kriterien wie soziale Ungleichverteilung, wie diese externen Effekte mit einfließen. Und ich glaube auch, dass Kosteneinsparungen kein Argument sein dürfen für Prävention, denn Prävention wird teuer, wenn man sie richtig gut machen will. Vielen Dank!

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates)

Meine Damen und Herren, wir haben das so besprochen und werden auch dabei bleiben, dass Sie jetzt keine Gelegenheit bekommen zu Zwischenfragen, sondern wir das Programm weiter durchziehen und nachher alles gemeinsam diskutieren. Warten Sie also noch einen kleinen Moment. Trotzdem haben wir, liebe Frau Loss, allen Grund, Ihnen jetzt schon einmal zwischenmässig zu danken für diesen wunderbaren Vortrag, und ich würde jetzt gern gleich den nächsten Referenten vorstellen, Herrn Harald Schmidt.

Deutschland ist – das hören wir im Augenblick im Rahmen der Weltwirtschaftskrise immer wieder – ein Exportland. Das gilt aber nicht nur für Autos, sondern auch für Wissenschaftler. Harald Schmidt ist sozusagen Exportphilosoph. Er hat in Münster und Bielefeld studiert, auch in Oxford – das hat ihm wahrscheinlich damals schon den Mund wässrig gemacht –, ist dann eine Zeitlang hier in Deutschland tätig gewesen, am Zentrum für bioethische Forschung, so hieß es damals, heute ist es das Zentrum für Bioethik in Münster. Er war am Europaparlament im Büro für Technikfolgenbewertung und er hat im Bundesministerium für Gesundheit gearbeitet, ist nun aber eben exportiert, seit fast sieben Jahren schon tätig am renommierten *Nuffield Council on Bioethics*. Dieses Gremium ist ein regierungsunabhängiger Ethik-Thinktank, der u. a. – und das macht Harald Schmidt doppelt interessant für den heutigen Abend – im Jahr 2007 eine ausführliche und sehr weit rezipierte Stellungnahme zu Public Health und den rechtlichen und ethischen Fragen und Problemen veröffentlicht hat. Nicht nur bei dieser Stellungnahme, beim Entstehen dieser Stellungnahme war Harald Schmidt ganz maßgeblich in der Betreuung des Projekts beteiligt. Er ist zusätzlich zu seiner Tätigkeit beim *Nuffield Council* auch eigenständig als Wissenschaftler tätig, u. a. an der *London School of Economics*, in deren Zentrum für Gesundheitswissenschaften. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören Fragen von Bonusregelungen, Gerechtigkeitsfragen, Eigenverantwortung von Patienten und Bürgern. Das ist also der zweite Aspekt, der ihn für heute Abend so interessant macht. Lieber Harald Schmidt, ich freue mich, dass Du hier bist, und bitte Dich, das Wort zu nehmen.

Harald T. Schmidt (Nuffield Council on Bioethics, London):

Vielen Dank für die freundliche Einführung und Einladung. Ich sollte vielleicht eines noch kurz klarstellen, nicht, dass Sie jetzt mit den verkehrten Erwartungen hergekommen sind, wenn Sie denken, Harald Schmidt erzählt was über Ethik. Einer der Gründe, warum ich gerne in England arbeite, z. B. ist, dass es da nicht zu Verwechslungen kommt mit dem anderen Harald Schmidt, wenn ich das mal so ausdrücken darf.

(Folie 2)

Gut! Es geht um zwei Hauptteile. Das erste ist zu schauen, welche Präventionsleistungen und -faktoren außerhalb des Gesundheitssystems relevant sind, wenn wir uns um Gesundheitsvorsorge kümmern, und das zweite ist sozusagen der gegenteilige Fall, ob es Fälle gibt, wo wir uns sorgen müssen, dass Menschen Initiativen ergreifen, die das Ziel haben, ihre Gesundheit zu verbessern oder Gesundheitsvorsorge zu betreiben, aber wo es Fragen gibt, ob die besonders sinnvoll sind. Und es geht da insbesondere um über das Internet zugängliche Gentests und bildgebende Verfahren, die in England im Moment besonders im Kommen sind.

(Folie 3)

Der Flyer zu dieser Veranstaltung erwähnt, dass es bei Prävention darum geht, einer möglichen Erkrankung durch die Beseitigung der angenommenen Ursachen oder die Verringerung von Risikofaktoren zuvorzukommen und Gesundheit zu fördern. Historisch – Frau Professor Schöne-Seifert hat es schon angesprochen – sind diese drei Beispiele wahrscheinlich welche, die die signifikantesten Beiträge geleistet haben, Risikofaktoren zu verbessern, insbesondere Gesetze, die die Luftregelung betreffen, Kanalisationsregelungen und Abwasserregelungen und natürlich auch Trinkwasserversorgung. In Berlin ist es passend, Rudolf Virchow zu erwähnen, der sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts darum gekümmert hat, Berlin mit einer Kanalisationsanlage und zentralen Trinkwasserversorgung auszustatten, die 1870 eingeführt wurde. Und er als Arzt und später auch Reichstagsmitglied sagte Folgendes: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.“ Ich glaube, das ist genau einer der Punkte, der wichtig ist in dieser Diskussion, dass wir sehen, es geht nicht nur um den Beitrag, der innerhalb der Medizin geleistet werden kann, sondern eben auch die zahlreichen anderen Faktoren. Der Nachweis über die Tragweite dieser verschiedenen Faktoren ist – das hatte Frau Professor Schöne-Seifert auch schon angesprochen – zusehends eindrucklich und klar.

(Folie 4)

Hier ist eine besonders prägnante Darstellung, die sich auf London bezieht. Sie sehen hier die *Jubilee Line*, eine der Londoner U-Bahnlinien, und wenn Sie hier von West-

minster aus nach *Canning Town* fahren, verlieren Sie pro Station ein Lebensjahr. Nicht, weil das U-Bahnfahren so gefährlich ist, sondern weil in den verschiedenen Gebieten, wo die U-Bahn hält, die Lebenserwartung stark unterschiedlich ist. Also wir haben in Westminster eine männliche Lebenserwartung von 77 Jahren und acht Stationen weiter haben wir 71 Jahre, also bei einem sehr kleinen geographischen Raum einen ganz klaren Unterschied in Bezug auf die Lebenserwartung. Das Gleiche ist auch in größerem Maßstab gerade jüngst nachgewiesen worden.

(Folie 5)

Dies ist ein Bericht, den die Weltgesundheitsorganisation in Auftrag gegeben hat und den Sir Michael Marmot maßgeblich betreut hat, der in London am UCL arbeitet, und hierzu hat die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation Folgendes gesagt, dass der Hauptschluss dieses Berichts ganz eindeutig ist: Die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, unter denen sie leben und arbeiten, sind die allerwichtigsten Bestimmungsfaktoren dafür, eine gute Gesundheit zu entwickeln oder krank zu werden, ein gesundes und produktives oder ein kurzes und elendes Leben zu führen.

(Folie 6)

Hier sind einige Zahlen, die das noch weiter belegen, wiederum nur auf die Lebenserwartung schauend. Hier sehen wir jetzt von oben nach unten die zunehmende Lebenserwartung. Es gibt zwei Dinge, die ich hervorheben möchte: Als Erstes sehen Sie ganz oben, dass *Calton*, ein Vorort von Glasgow, eine sehr niedrige Lebenserwartung von 54 Jahren hat, weniger als die Philippinen, Lettland oder Polen zum Beispiel, wohingegen *Lenzie*, ein anderer Vorort von Glasgow, den Sie ganz unten in der Tabelle sehen, nur wenige Kilometer entfernt, mit einer Lebenserwartung von 82 Jahren deutlich über dem Mittelwert Großbritanniens von 77 Jahren liegt. Damit hat sich wiederum ganz klar gezeigt, dass es weitere Faktoren gibt außerhalb der medizinischen Versorgung, die relevant sind für Gesundheit und Lebenserwartung. Das Gleiche wird auch illustriert, wenn Sie sehen, dass Kuba und die Vereinigten Staaten, die ja nun doch unterschiedliche Staatsformen darstellen und auch ganz unterschiedliche Gesundheitssysteme haben, eine tatsächlich gleiche Lebenserwartung haben, was vielleicht einigermaßen überraschend sein kann, wenn man berücksichtigt, dass die Vereinigten Staaten die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben haben. Ebenso sehen Sie hier die verschiedenen Lebenserwartungen für Schwarze in Amerika, in Washington D. C., und für Weiße in *Montgomery County*, die ebenfalls wieder sehr stark voneinander abweichen und zeigen, dass es eine große Zahl von weiteren Faktoren gibt, die hier relevant sind. Die Frage ist nun, wie sollen Staaten in diesen Fällen reagieren, und hier ist ein kleiner Clip, der das Problem einigermaßen darstellt.

(Folie 7: Einspielung Videoclip)

Auf Englisch, aber ich glaube, es ist relativ klar, worum es geht. Offensichtlich werden hier Bedenken gegenüber der sogenannten Essenspolizei angebracht, die sich einmischte und sagt, wie sich die Leute verhalten sollen. Das ist natürlich genau das Problem, von dem wir eben in der schönen Präsentation von Frau Loss gehört haben, dass viele Fälle, bei denen es um die Gesundheit von Individuen geht, als Individuen und als Gemeinschaft, ganz eng damit zu tun haben, was wir als gutes Leben auffassen und wie wir unser Leben generell leben, und deshalb werden viele von diesen Fällen als besonders eingreifend oder maßregelnd empfunden und wir haben da Bedenken gegenüber dem sogenannten Nanny State.

(Folie 8)

Wir haben hierzu am *Nuffield Council* im November 2007 diesen Bericht veröffentlicht, den man aus dem Netz auch runterladen kann. Und was wir hier versucht haben, ist ein ethisches Konzept, ein Rahmenkonzept zu erstellen, das helfen kann, die verschiedenen ethischen Probleme, die es in Bezug auf öffentliche Gesundheit/Public Health gibt, kohärent zu erklären und anzugehen, um zu sehen, welche Interventionen man rechtfertigen kann und wie man in der Rechtfertigung vorgehen sollte. Wir haben dabei vier Fallstudien gewählt, die wir näher behandelt haben, um zu illustrieren, wie das funktionieren kann: Infektionskrankheiten, Übergewicht, Alkohol und Rauchen und Trinkwasserfluoridbehandlung – sehr unterschiedliche Fälle, aber das war genau die Idee zu sehen, welche unterschiedlichen Formen von Spannungen es in diesen Bereichen gibt, welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede es gibt.

(Folie 9)

Angefangen haben wir damit zu schauen, wie das Verhältnis von Staat und Individuum aufzufassen ist, ganz basal, und jetzt haben wir ein Spektrum, wo wir auf der einen Seite eine radikalliberale Position haben. Hier würde man sagen, die Aufgabe des Staates ist wirklich, ein minimaler Staat zu sein und nur dann einzugreifen, wenn das Leben, die Freiheit oder das Eigentum von Individuen betroffen ist. Das ist z. B. in dem eben gespielten Clip die Grundannahme, dass daher solche Eingriffe nicht tolerierbar sind. Als Zweites – in der Mitte dieses Spektrums – haben wir dann gemäßigte liberale Positionen, wo man sagt, na ja, das ist nicht ganz richtig, da müssen wir schon ein bisschen was tun, aber wir sind uns nicht ganz sicher, wie weit wir eigentlich gehen wollen, in Maßen irgendwie versuchen, die Gesundheit zu befördern. Und am anderen Ende des Spektrums haben wir kollektivistische oder paternalistische Positionen, die einfach sagen, wir wissen, was das Beste für die Bevölkerung ist, und wir werden einfach Regelungen schaffen, die so sind, dass Leute dadurch gesund werden. Das ist das grobe Spektrum, in dem man sich aufhält. Wir haben natürlich versucht, ein Modell zu entwickeln, das für gemäßigt liberale Positionen geeignet ist, die in den meisten Fällen das Modell westlicher Demo-

kratien sind, um zu schauen, wie man da vorgehen sollte.

(Folie 10)

Was wir entwickelt haben, haben wir das *Stewardship*-Modell genannt, und wie auch Public Health auf Deutsch gebraucht wird und nicht übersetzt wird aus verschiedenen Gründen, die angesprochen wurden, es ist einfach schwierig, das zu übersetzen, aber das war genau der Versuch, etwas jenseits des Nanny States vorzustellen. Und *Stewardship* kann man sich also vielleicht vorstellen wie den fürsorgenden Wohlfahrtsstaat, der sich kümmert, aber versucht, sich nicht zu sehr zu kümmern. Die Idee ist, dass der Staat Pflichten gegenüber Menschen als Individuen hat, aber auch als Kollektiv, und da entstehen natürlich in den genannten Fallstudien bestimmte Spannungen, mit denen man sich beschäftigen muss. Wir haben verschiedene Ziele für den *Stewardship*-Staat benannt und verschiedene Beschränkungen.

Das erste Ziel ist, dass der Staat Gesundheitsrisiken minimieren soll, die Menschen füreinander darstellen können. Und hier sind Infektionskrankheiten wahrscheinlich ein besonderer Fall. Dies ist ganz eng verbunden mit dem Schadensprinzip von John Stuart Mill, der gesagt hat, der Staat darf nur dann eingreifen, wenn die Handlungen eines Individuums die Freiheit eines anderen betreffen, und das ist natürlich Teil des *Stewardship*-Modells. Es ist ganz klar, dass wir darüber hinausgehen müssen, dass das nicht die einzige Funktion ist, aber das ist schon ein wichtiger Kern, der das *Stewardship*-Modell ausmacht. Dann ist es wichtig, Umweltbedingungen zu schaffen, die guter Gesundheit förderlich sind. Besondere Aufmerksamkeit müssen wir – das hat interessanterweise auch John Stuart Mill angelegt und wir haben sein Modell fortentwickelt, ausgegrenzten Minderheiten oder besonders Verletzlichen oder Schutzlosen schenken, die nicht unbedingt oft im öffentlichen Diskurs eine eigene Stimme haben, aber von verschiedenen Maßnahmen sehr stark betroffen sein können. Zugang zu medizinischer Versorgung ist ein Teil des *Stewardship*-Staats, aber nicht der alleinige, und ganz wichtig ist es auch, die sozial bedingten Ungleichheiten auszugleichen, insbesondere aufgrund der Daten, die ich von dem Bericht der Weltgesundheitsorganisation vorgestellt hatte. Die Beschränkungen sind dabei zwei ganz signifikante: Soweit es geht, Zwang und Einmischung zu minimieren und – wo nötig – informierte Zustimmung einzuholen und alternative Verfahren, solche Zustimmung einzuholen, zu entwickeln. Da können wir vielleicht später noch drauf zu sprechen kommen, aber das Grundprinzip ist, dass in der generellen Bioethikdebatte das Prinzip der informierten Zustimmung sehr große Prominenz hat und einiges an Problemen schafft, wenn wir versuchen, Ethik im Bereich Public Health einzuführen, weil Leute diesem Prinzip der individuellen Zustimmung sehr verhaftet sind, aber bei vielen Public-Health-Interventionen ist es einfach nicht praktikabel und vielleicht, wie wir argumentieren würden, auch nicht notwendig.

(Folie 11)

Dieses *Stewardship*-Modell wird jetzt umgesetzt durch eine – wie wir sie genannt haben – Interventionsleiter. Das wurde eben auch schon von Frau Loss angesprochen. Die Idee ist – Sie können sich das vorstellen wie eine richtige Leiter –, dass man, je weiter man hinaufsteigt, umso mehr Evidenz erbringen muss, dass was man vorhat, Sinn macht und desto besser muss die Rechtfertigung sein, warum man, was man tut, tut. Wir fangen damit an, nichts zu tun, wir sind aber darüber im Klaren, dass das nicht heißt, dass man keine Rechtfertigung erbringen muss. In vielen Fällen können wir sagen, wir möchten hier nicht eingreifen, aber auch das erfordert eine Rechtfertigung. Das kann in vielen Fällen heißen, dass man zumindest die gegenwärtige Situation überwacht, um zu sehen, ob es denn wirklich gerechtfertigt ist, nicht einzugreifen. Informationen bereitstellen wurde eben schon angesprochen. Hier möchte ich allerdings noch einen weiteren Punkt hinzuzufügen: Es ist nicht unbedingt so, dass das eine völlig egalitäre Herangehensweise ist, weil natürlich Leute in Bezug auf ihre Kapazitäten und den Informationsnutzen unterschiedlich sind. Wir haben uns z. B. mit vielen Fällen beschäftigt, wo relativ klar war, dass das eigentlich nur den Leuten Nutzen bringt, die es generell gewohnt sind, mit Informationsbroschüren, wie sie vorhin gezeigt wurden, umzugehen. Aber das ist nicht unbedingt bevölkerungsweit gegeben. Man muss auch Informationen berücksichtigen, wenn das heißen kann, dass man möglicherweise Probleme hat und Ungleichheiten, die es bereits gibt, dadurch verstärkt.

Dann haben wir Wahlmöglichkeit gegeben. Das sind solche Sachen wie z. B., es zu ermöglichen, in Großstädten Fahrrad zu fahren, in Parks Sport zu treiben usw.

Das Nächste, die Grundposition zu verändern, ist ein Modell, das von zwei amerikanischen Rechtswissenschaftlern und Philosophen entwickelt wurde und *Liberitarian Paternalism* genannt wird. Dahinter steht die Idee, dass man versucht, den radikalliberalen Staat und den paternalistischen Staat zusammenzubringen, um Grundbedingungen zu schaffen, die Leute in die richtige Richtung zu drücken oder zu schubsen, es ihnen aber zuermöglichen, sich da rauszuziehen, wenn sie es nicht möchten. Ein gutes Beispiel wäre eine Regelung für Organspenden, wo man entweder sagen kann, als Grundposition machen wir ein *Opt-in*, sodass jeder sagen muss, ich möchte ein Organ spenden, oder wir machen ein *Opt-out*, sodass jeder, der es nicht machen möchte, sagt, ich möchte es nicht machen. Zwei verschiedene Methoden, denselben Zustand zu erreichen, aber grundverschieden in Bezug darauf, wohin Leute gelenkt werden und welchen Respekt wir der individuellen Wahlmöglichkeit entgegenbringen. Bezogen auf Public Health wäre eine Möglichkeit, dass man reguliert, welchen Salzgehalt Fertigessen enthält. Dass natürlich jeder für sich noch weiter Salz zufügen kann, wenn er es denn möchte – man kann das bei *McDonald's* und ähnlichen Anbietern betreiben, dass man Menschen die Möglichkeit gibt, mehr

von diesen Dingen hinzuzufügen –, aber das ist insgesamt beschränkt durch das, was als Grundposition angeboten wird.

Über positive und negative Anreize haben wir bereits gesprochen. Am restriktiven Ende dieses Spektrums haben wir die Option, Wahlmöglichkeiten einzuschränken, wie z. B. bestimmte Bestandteile der Nahrung zu verbannen. Die Debatte über *Transfats* kennen Sie natürlich, über bestimmte Fettarten, die nicht besonders verdaulich sind, die man einfach per Regulierung aus dem Essen ausschließen kann. Da haben wir einfach die Wahlmöglichkeit entzogen.

Und die letzte, die oberste Variante sind solche Dinge wie im Fall von Menschen, die Infektionskrankheiten haben, die hoch ansteckend und gefährlich sind. Es sind natürlich viele Staaten bereit, solche Menschen daran zu hindern, sich weiter zu bewegen, was in gewisser Weise ein massiver Eingriff in zivile Rechte, aber wiederum dadurch gerechtfertigt ist, dass Schaden von anderen abgewendet wird. Ein ähnlicher Fall ist das Rauchverbot in öffentlichen Räumen.

(Folie 12)

Wir hier haben verschiedene Empfehlungen getroffen, von denen einige eben schon angesprochen wurden und auf die ich daher nicht weiter eingehe. Ich will nur zwei hervorheben: Die Erste bezieht sich auf den Tabak. In gewisser Weise kann man sagen, dass der Tabak eigentlich eine der Erfolgsgeschichten der Public Health in Westeuropa ist, weil in den Nachkriegsjahren in England 70 % der männlichen Bevölkerung Raucher waren. Mittlerweile sind es nur noch 17 %. Es ist nicht ganz klar, was genau dazu geführt hat. Das an sich ist ein interessanter Fakt, dass wir nicht auf einen ursächlichen Punkt zeigen und sagen können, das war's. Aber was wir im Moment sehen, ist, dass viele Tabakindustrien merken: Wir haben in Europa im Prinzip an Boden verloren, da ist der Markt gegangen. Aber wir gehen jetzt einfach mal in die Entwicklungsländer, und was wir da sehen, ist, dass viele der Praxen, die hier seit langer Zeit graduell unterbunden wurden – dass Zigaretten umsonst bei Musikkonzerten abgegeben werden, einzeln verkauft werden, dass man versucht, speziell Kinder durch Werbung zu erreichen – all diese Dinge passieren da im Moment, und das ist in gewisser Weise ein wirklich obszöner Zustand und ein grandioses Versagen von Wirtschaftsethik, von *Corporate Social Responsibility*, wo uns ganz klar war, dass in dieser Hinsicht mehr getan werden muss und dass eben Public Health sich nicht nur auf unseren Breitengrad, sondern auch auf andere Breitengrade bezieht.

Diese Beispiele sollten nur das *Stewardship*-Modell und die Interventionsleiter illustrieren. Auf die anderen Beispiele können wir vielleicht später noch zurückkommen.

Zum zweiten Bereich: Das ist jetzt, wie gesagt, der Bericht, den wir bereits geschrieben haben, dieser bezieht sich

auf die gegenwärtige Arbeit, die wir gerade angefangen haben, und hier geht es um etwas, was man Prävention von unten nennen könnte. Wir haben, was sicherlich gut ist, eine große Bandbreite an Büchern und anderen Informationsmaterialien, die Menschen helfen können, gesünder zu leben.

(Folie 13)

Hier sind einige wahllos ausgewählte Beispiele: Wassertherapie, Bachblütentherapie oder der Brockhaus „Gesund und fit“-Ratgeber. Wir haben im Allgemeinen keine Probleme damit, solche und andere Medien zuzulassen. Hier stellt sich die Frage, wie weit man mit der Zulässigkeit solcher Informationsmittel gehen soll. Was wir in England insbesondere in jüngerer Zeit wesentlich mehr sehen, ist, dass private Firmen bildgebende Verfahren anbieten, DMRI-Scans (*Dynamic Magnetic Resonance Imaging Scans*), die verschiedene Organe durchleuchten können und dann vorgeben, bestimmte Gesundheitsaussagen treffen zu können. Oder viele von Ihnen werden vertraut sein mit Gentests, die man über das Internet beziehen kann, wo man eine Speichelprobe einsendet und dann gewisse Vorhersagen bekommt. Vieles von dem ist getrieben von einem breiten gesellschaftlichen Trend, der sich auf Personalisierung von Dienstleistungen in ganz verschiedenen Bereichen innerhalb der Gesundheit bezieht, innerhalb genereller Dienstleistungen und eben auch im Bereich der verschiedenen Anbieter. Also nur um jetzt mal einige dieser Slogans hervorzuheben: *23andMe* ist einer dieser Gentest-Provider, der sagt, dass sie die persönlichen genetischen Leistungen demokratisieren. *Genetic Health* insbesondere hebt hervor, dass man persönlich gepowert wird, dass man das Leben auf der Grundlage ihrer Leistungen maximal ausleben kann. Besonders besorgniserregend sind aus unserer Sicht Slogans wie die von *LifeScan*, die sagen: Find doch mal heraus, ob's dir wirklich so gut geht, wie du denkst, dass es dir geht. Es gibt auf Englisch diesen Ausdruck der „worried well“, der Leute, die ein bisschen Hypochonder sind, und das ist natürlich ein guter Weg, um sicherzustellen, dass Leute, die sich um ihre Gesundheit noch nicht sehr sorgen, jetzt mal anfangen, sich zu sorgen. Oder ganz unten haben wir den MOT, das englische Äquivalent zum TÜV, der sagt: Sorg dich nicht um den TÜV für dein Auto, krieg 'n TÜV für deinen Körper. Also diese verschiedenen Betreiber bewegen sich jetzt auf dem Markt.

(Folie 14)

Ein Journalist, Nick Fleming, hat vor kurzem verschiedene Genanalysen über sich ergehen lassen bzw. einige Gewebeproben eingesandt und auf folgende Krankheiten analysieren lassen. Es ist ganz interessant zu sehen, was dabei herausgekommen ist. *23andMe* ist einer dieser Anbieter, der sagt, das Herzinfarktrisiko ist unterhalb des Durchschnitts signifikant, grüner Star ist erhöht. *deCODEme* hat zusätzlich noch auf Alzheimer getestet, aber sagt interessanterweise, dass er mit Blick auf das Herzinfarktri-

siko 6 % über dem Durchschnitt liegt und auf grünen Star 91 % unter dem Durchschnitt. Und hier wieder *genetic health*, die sich nicht mit dem grünen Star, dafür aber mit Alzheimer beschäftigen. Inwieweit dies kohärent sein kann, ist nicht ganz klar. Das Herzinfarktrisiko scheint nicht ganz konsistent zu sein mit den anderen Bereichen.

(Folie 15)

Also die Frage ist nur – und das wurde eben auch schon angesprochen –: Wie nützlich sind denn eigentlich solche Dienstleistungen? Das größere Problem dabei ist natürlich die Frage, ob wir solche Angebote einfach zulassen sollten, ob das vergleichbar mit der Lektüre des Brockhaus-Gesundheitsratgebers oder ob es etwas anderes ist. Gibt es also eine Freiheit, dass Leute diese Art von Fehlern machen können, oder sollen wir in irgendeiner Weise regulieren, z. B. als *Stewardship*-Staat? Hierauf gibt es verschiedene Antworten: Solange es eine unabhängige Zertifizierung der Labors gibt, ist es in Ordnung. Solange die Verfahren evaluiert sind, sollen wir das gutheißen. Oder wir können schauen, was denn die Konsequenz dieser verschiedenen Tests sind. Sollen wir also danach bewerten, welchen Effekt ein positives oder negatives Ergebnis haben würde? Frau Loss hat eben schon darauf hingewiesen, dass es da natürlich große Probleme in Bezug auf die Signifikanz solcher Ergebnisse gibt.

Um also zu schließen: Ich wollte im ersten Teil nur sagen, dass es eine große Zahl von Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems gibt, die wirklich relevant sind, individuelle Gesundheit zu beeinflussen, bei denen ganz klar Handlung verlangt ist. Das Grundprinzip oder das Grundproblem dabei ist, dass man Leute in gewisser Weise dazu zwingen oder schubsen muss, um – wie es im Fall des *Liberitarian Paternalism* heißt – das Richtige zu tun. Wir haben es aber auch in den jüngeren Bewegungen mit dem gegenteiligen Fall zu tun, wo wir durch eine zusehende Vermarktung und Marktprinzipien, die sich in Gesundheitsleistungen etablieren, die Situation haben, dass Menschen ein Interesse an solchen Leistungen haben, deren Qualität aber einigermaßen dubios ist. Und das ist eine ganz interessante Situation, würde ich sagen, dass sie auf der einen Seite versuchen, Leute gesünder zu machen, auf der anderen Seite scheint es, dass es ein Interesse daran gibt -- Beide Fälle sind nicht ganz ideal, aber das können wir ja später noch besprechen, wie sich dieses Feld am besten auflösen lässt. Danke sehr!

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Auch an Harald Schmidt einen großen Zwischendank für diesen wunderbaren Vortrag. Ich muss Sie noch einmal gedulden, Ihre Fragen, die Ihnen sicher schon auf der Zunge brennen, zurückzuhalten, bis Sie den dritten Referenten gehört haben, der nämlich ist jetzt an der Reihe. Stefan Huster, ein einschlägig doppelt qualifizierter Wissenschaft-

ler. Er hat Philosophie und Jura in Bielefeld und Frankfurt studiert und ist seit fünf Jahren etwa Inhaber des Lehrstuhls für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum. Stefan Huster arbeitet über unterschiedlichste Fragen von Biorecht und Bioethik, u. a. seit längerer Zeit schon und in zwei großen Drittmittelprojekten über Fragen der Ressourcenverteilung, der Rationierung, der Priorisierung, Aspekten der Eigenverantwortung, des Paternalismus und der Freiheit eben auch im Zusammenhang mit *Public-Health*-Fragen. Stefan Huster, ich freu mich sehr, dass Du hier bist, und übergebe Dir das Wort!

Prof. Dr. Stefan Huster (Lehrstuhl für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum):

Ja, liebe Bettina, vielen Dank für die freundliche Begrüßung, meine sehr geehrten Damen und Herren, ich kann in Vielem, was ich sagen will, an das anknüpfen, was Frau Loss und Herr Schmidt bereits gesagt haben. Ich will aber gerne etwas abstrakter sein und werde mich auf einige normative Grundfragen von *Vorsorge* oder *Public-Health*-Politik konzentrieren und werde dabei insbesondere auch einen Aspekt ansprechen, den wir bisher noch nicht diskutiert haben, nämlich die Frage, wie konstruieren wir eigentlich das Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge. Ich werde in vier kurzen Schritten vorgehen.

(Folie 2)

Einleitend werde ich einige ganz kurze Worte dazu sagen, warum Gesundheit überhaupt wichtig ist, welche Rolle die Gesundheitsversorgung insoweit spielt, zweitens dann auf die normativen Probleme eingehen und abschließend möchte ich die Diskussion über *Versorgung* und *Vorsorge* wieder zusammenführen.

(Folie 3)

Zum ersten Punkt: Gesundheit ist ein besonders wichtiges Gut, sehr verkürzt gesagt, weil sie eine existenzielle Dimension hat. Krankheit geht in besonderer Weise an den Kern unserer Existenz. Sie ist darüber hinaus aber auch ein transzendentes Gut, weil sie die Voraussetzung ist dafür, dass man viele andere Lebensvollzüge durchführen kann. Es gibt daher gute Gründe, dass wir den Sozialstaat, also denjenigen Staat, der die Freiheitssphären der Bürger nicht nur abgrenzt, sondern der sich eben auch um die materiellen Voraussetzungen des Freiheitsgebrauches bemüht, insbesondere auf die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung verpflichtet. Nun, die Konzentration, die Aufmerksamkeit richtet sich insoweit zunächst mal auf das System der medizinischen Versorgung, und wir finden auch in fast allen modernen Staaten, mit einer gewissen Ausnahme der Vereinigten Staaten von Amerika, öffentliche Systeme der Gesundheitsversorgung. Und ich glaube, dass uns bei diesem System zwei Dinge wichtig sind: Erstens, dass sie

möglichst viel Gesundheit bieten, also funktionsfähig sind, und zweitens, dass diese Systeme und die von ihnen bewirkte Gesundheit möglichst viele erreichen, also wenn Sie so wollen, der Aspekt der Gesundheitsgerechtigkeit.

(Folie 4)

Nun wissen wir alle, es gibt einige Faktoren, die die öffentlichen Versorgungssysteme an der Stelle unter Druck setzen. An und für sich sind das gute Nachrichten: Die Medizin wird immer besser, wir werden immer älter. Aber gleichzeitig führt das eben auch dazu, dass wir uns überlegen müssen, ob wir uns denn alles, was der medizinisch-technische Fortschritt uns zur Verfügung stellt, auch in Zukunft leisten wollen. Nun glaube ich, dass genau die beiden eben genannten Punkte, warum Gesundheit so wichtig ist und die Verantwortung des Sozialstaates an der Stelle für Gesundheit so groß ist, dass das genau die Punkte sind, die es uns erschweren, an der Stelle politische Lösungen zu finden. Denn Gesundheit ist ein eben besonders hohes Gut, deswegen fallen uns Leistungseinschränkungen, Leistungsbeschränkungen in dem Versorgungssystem besonders schwer. Und: Gesundheit ist ein Gut, das in unserer Gesellschaft immer als besonders differenzierungsfeindlich betrachtet wird – also Stichwort Zwei-Klassen-Medizin und solche Dinge – und wir haben natürlich den Verdacht, wenn wir in dem öffentlichen Versorgungssystem zu Leistungseinschränkungen kommen, ist es in einer freiheitlichen Gesellschaft gar nicht zu vermeiden, dass es dann zu sozialen Differenzierungen kommt, weil diejenigen, die noch über zusätzliche Ressourcen verfügen, sich das, was da im öffentlichen System abgeschnitten ist, noch zukaufen können.

(Folie 5)

Wie kommt nun die Gesundheitsvorsorge an der Stelle ins Spiel? Ich glaube, sie kommt dadurch ins Spiel, dass man sich vergegenwärtigen muss, dass das System der medizinischen Versorgung weder für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt, also das, was man klassischerweise die Volksgesundheit nennt, noch für die soziale Verteilung von Gesundheit von ausschlaggebender, von zentraler Bedeutung ist.

(Folie 6)

Viele von Ihnen werden diese und ähnliche Statistiken kennen. Das mache ich jetzt sehr kurz, weil Herr Schmidt darauf schon hingewiesen hat. Es gibt einen Zusammenhang von Lebenserwartung und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für das Versorgungssystem. Aber wie Sie an dieser Grafik sehen, ist es so, dass dieser Zusammenhang nur bis zu einem gewissen Schwellenwert besteht. Ab einem gewissen Schwellenwert finden Sie hier keinen klaren, eindeutigen Zusammenhang mehr, was jetzt zugegebenermaßen, anhand dieses sehr groben Parameters Lebenserwartung durchgeführt, eben dazu führt, dass beispielsweise die Lebenserwartung in Costa Rica höher ist als

in den Vereinigten Staaten, obwohl die Vereinigten Staaten eben für die Gesundheitsversorgung erheblich mehr ausgeben. Und das scheint einfach daran zu liegen, dass für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung nicht die Frage entscheidend ist, wie gut Krankheiten behandelt werden, sondern eben daran, dass diese Krankheiten möglichst spät und möglichst selten auftreten.

(Folie 7)

Das Gleiche gilt für den zweiten Punkt, der uns wichtig ist mit Blick auf die Gesundheit, nämlich die Gesundheitsgerechtigkeit oder eben die soziale Verteilung von Gesundheit. Wir machen eigentlich in allen modernen Staaten die Beobachtung – auch darüber ist schon gesprochen worden –, dass wir einen sozialen Gesundheitsgradienten haben, also Gesundheit korreliert sehr stark mit dem sozioökonomischen Status der Bürger. Und das ist erstaunlich auf den ersten Blick, weil wir gleichzeitig in vielen Staaten ja eine sehr egalitäre Ausgestaltung des Versorgungssystems haben und auch das legt den Verdacht nahe, dass also das Versorgungssystem als solches nicht verantwortlich sein kann für diese sozialen Gesundheitsungleichheiten.

(Folie 8)

Ich stelle Ihnen kurz zwei fast beliebig herausgegriffene Ergebnisse zu der Situation in Deutschland vor. Hier finden Sie eine Untersuchung aufgrund von Daten der gesetzlichen Rentenversicherung und da sehen Sie, dass die Lebenserwartung zunimmt, je mehr Entgeltpunkte die Betroffenen in der gesetzlichen Rentenversicherung gesammelt haben. Das bedeutet einfach, je mehr sie eingezahlt haben und je größer dann eben auch der Rentenanspruch ist, den sie zu erwarten haben, umso höher die Lebenserwartung. Interessant hier ist zweierlei. Erstens, dass man nicht davon ausgehen kann, dass es so etwas gibt wie – wie manchmal etwas grob formuliert wird – einen Zusammenhang von Armut und Krankheit. Den gibt es zwar, aber Sie sehen, dass dieser Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand, also hier wiederum ausgedrückt in Lebenserwartung, sich durch die gesamte Bevölkerung zieht. Das ist also nicht ein Verelendungsphänomen, sondern eben ein sozialer Gradient, der durch alle sozialen Schichten hindurchläuft. Zweiter interessanter Punkt: Aufgrund dieser Erkenntnisse hat vor, ich glaube, zwei Wochen das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung vorgeschlagen, die Rentenformel zu ändern. Denn das Ergebnis in der gesetzlichen Rentenversicherung dieser Situation ist es, dass Sie eine massive Umverteilung haben von unten nach oben, weil nämlich diejenigen, die zwar eine geringe Rente bekommen, aber gleichzeitig eben auch nur eine geringe Lebenserwartung haben, wenn sie denn das Rentenalter überhaupt erreichen, natürlich de facto die Renten für diejenigen, die eben höhere Renten beziehen und typischerweise länger leben, eben mitfinanzieren. Es ist sehr, aus ordnungspolitischen Gründen sehr fraglich, ob an der Stelle die Rentenversicherung die richti-

ge Stelle ist, um hier einen Ausgleich zu schaffen, aber ich denke, der Vorschlag zeigt immerhin, dass hier offensichtlich ein sozialpolitisches Problem besteht.

(Folie 9)

Ich zeige Ihnen noch eine zweite Untersuchung, wo die Lebenserwartung verschiedener Einkommensgruppen verglichen wird. Hier sehen Sie, dass auf der einen Seite die Unterschiede geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt sind, dass sie aber auf der anderen Seite erheblich sind. Denn je nachdem, welche Vergleichsgruppe Sie nehmen, kann aber doch immerhin ein Unterschied in der Lebenserwartung von bis zu zehn Jahren bestehen. Nun, diese Unterschiede sind nun, um es noch mal zu betonen, sicherlich nicht durch einen unterschiedlichen Zugang zum Versorgungssystem zu erklären. Weder zwischen verschiedenen Gesellschaften noch innerhalb verschiedener Gesellschaften.

(Folie 10)

Neben der medizinischen Versorgung und der individuellen genetischen Disposition ist nämlich eben eine Reihe von weiteren Faktoren für die Gesundheit von Bedeutung und das kann man jetzt unterschiedlich systematisieren. Ich möchte noch nennen die Umweltbedingungen, die Lebensführung, das, was wir auch schon als Gesundheitsverhalten diskutiert haben, aber daneben auch originär soziale Faktoren, also solche Dinge wie: Welches Ausmaß an Selbstbestimmung habe ich an meinem Arbeitsplatz? Inwieweit mache ich die Erfahrung von Arbeitslosigkeit? Inwieweit mache ich Erfahrung von Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung? Inwieweit bin ich in ein soziales Netzwerk, in eine Familie oder so etwas eingebunden? Und möglicherweise könnte auch die soziale Ungleichheit als solche in einer Gesellschaft einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Sollte sich das bestätigen, was im Einzelnen umstritten ist, könnte man sagen, dass sehr ungleiche Gesellschaften nicht nur ungerecht sind, sondern in gewisser Weise auch ungesund.

Die zweite Beobachtung, die man machen kann, ist, dass von den eben genannten Faktoren 3 bis 5 allesamt sehr stark schichtenspezifisch ausgeprägt sind. Das kann man dann noch mal ausdifferenzieren, je nachdem, woran Sie den Sozialstatus festmachen, Einkommen, berufliche Position oder Bildung. Aber all die genannten Faktoren differenzieren sich schichtenspezifisch aus und tragen eben dazu bei, dass eine soziale Gesundheitsungleichheit zustande kommt.

(Folie 11)

Ich möchte daraus das vorläufige Fazit ziehen: Wenn es richtig ist, dass die Sozialpolitik interessiert ist an möglichst viel Gesundheit und möglichst viel Gesundheitsgerechtigkeit, dann muss sie sich auch um diese Faktoren kümmern und das bedeutet m. E. zumindest auf den ersten Blick, dass wir der Gesundheitsvorsorge mindestens so viel Be-

achtung schenken müssen wie dem Versorgungssystem im engeren Sinn.

(Folie 12)

Ich komme damit zu den normativen Fragen, die diese Beobachtung aufwirft. Wir können, glaube ich, wenn man diese Erkenntnisse ernst nimmt, Gesundheitspolitik eben nicht auf Versorgungspolitik reduzieren. Man kann sie auch nicht reduzieren auf Präventivmedizin, sondern wenn es richtig ist, dass die primären Gesundheits- und Krankheitsfaktoren sozialer Natur sind, dann müssen eben auch die Gegenmittel sozialer Natur sein. Und daher braucht man, glaub ich, etwas, was man einen sektorenübergreifenden oder integrativen Ansatz in der Gesundheitspolitik nennen könnte, die dann eben auch solche Felder wie Bildung, Umweltschutz, Verhältnisse am Arbeitsplatz, aber vielleicht auch so etwas wie Umverteilungspolitik im Allgemeinen umfassen und in den Blick nehmen muss. Nun hat Frau Loss schon darauf hingewiesen, das ist schon allein deshalb schwierig, weil dann eben ganz unterschiedliche politische Akteure und Abteilungen für diese Fragen zuständig werden, und ich möchte darauf hinweisen, dass ich den Eindruck habe, dass mir in Deutschland in einem sowohl sektoral als auch föderal aufgespaltenen Gesundheitswesen die Voraussetzungen für eine derartige Politik besonders ungünstig zu sein scheinen. Und ich verweise auf solche Dinge wie das Scheitern des Präventionsgesetzes oder auch bestimmte Fehlsteuerungen, die man in der Präventionspolitik der Krankenkassen meint beobachten zu können, die also weniger sozusagen eine Gesundheitsvorsorge, sondern mehr daran interessiert sind, die richtige Klientel mit derartigen Angeboten an sich zu binden. Ich glaube, das deutsche System hat an der Stelle, wenn es um Public Health geht, also um eine bevölkerungsweite Politik, aufgrund dieser Struktur besondere Probleme. Zudem muss man sehen, dass, wenn man diese Gesundheitsfaktoren so umfassend in den Griff nimmt, immer die Gefahr besteht, dass sich dieser Ansatz zu einer allgemeinen Gesellschaftspolitik verflüchtigt und damit – das wissen wir aus anderen Bereichen – auch ein gutes Stück weit die Durchsetzungsfähigkeit einer derartigen Politik verloren geht.

(Folie 13)

Ich komme zu einem zweiten Problem, das wir jetzt auch schon länger diskutiert haben, nämlich die Frage, wie verhält sich Vorsorgepolitik, *Public-Health*-Politik zu individueller Freiheit oder, wie man auch sagen kann, zu personaler Autonomie. Wir wissen, dass gesundheitliche Probleme und auch gesundheitliche Ungleichheiten zu einem gewissen Teil Folge der individuellen Lebensführung, des individuellen Gesundheitsverhaltens sind. Nun liegt es in der Logik einer freiheitlichen Gesellschaft, dass wir zunächst mal die Entscheidung des Einzelnen und auch deren Auswirkungen akzeptieren. Das ist in einer freiheitlichen Gesellschaft nicht anders denkbar. Freiheit führt eben zu

Ungleichheit, und ein Stück weit führt sie eben auch zu gesundheitlicher Ungleichheit. Und schlimmer noch, man kann fragen: Führt eben nicht eine derartige Vorsorgepolitik, wenn wir versuchen, diesen Bereich des Gesundheitsverhaltens anzugehen, zu einem Paternalismus, zu einer etwas freudlosen Gesundheitsdiktatur, zu dem, was in der angelsächsischen Diskussion eben *Healthyism* genannt wird? Nun, die Vertreter, die Protagonisten einer derartigen Vorsorgepolitik sind dagegen der Ansicht, dass individuelle Gesundheitsverantwortung im Rahmen einer derartigen Politik keine, zumindest keine zentrale Rolle spielen kann. Ich will Ihnen kurz drei Argumente vorstellen, warum das möglicherweise so ist.

Erstens: Lebensführung ist, wie wir gesehen haben, eben nur ein Faktor für den Gesundheitszustand der Bevölkerung und auch für die gesundheitlichen Ungleichheiten. In Deutschland ist die Diskussion sehr stark darauf konzentriert. Es gibt aber eben neben dem Gesundheitsverhalten zahlreiche weitere Aspekte und auch andere Politikbereiche, die insoweit eine Rolle spielen. Und insoweit glaube ich, ist der Hinweis auf personale Autonomie von vornherein nicht geeignet, den Staat, den Sozialstaat aus einer Verantwortung für die Gesundheit an der Stelle zu entlassen.

Zweiter Punkt: Sozialpolitisch ist es ausgesprochen unbefriedigend, dass sie mit dem Argument „Es sind doch alles freie Entscheidungen“ die Schuld denjenigen zuschieben, die sowieso schon auf der untersten Stufe der sozialen Leiter stehen, und sagen: „Ihr seid jetzt noch selber schuld an euerm Elend.“

(Folie 14)

Das ist das, was man das sogenannte *Victim Blaming* nennt. Das würde eben dazu führen, dass gerade bei denjenigen Gruppen und in denjenigen Feldern, wo die Gesundheitspolitik wirklich etwas tun könnte, das Handlungsfeld weithin verloren gehen würde.

Der dritte und, ich glaube, wirklich grundlegende Punkt, über den man auch eigentlich länger reden müsste, ist die Frage: Was verstehen wir eigentlich im Lichte dieser Erkenntnisse der *Public-Health*-Forschung unter individueller Autonomie? Und ich glaube, hier gibt es tatsächlich ein ganz grundlegendes Spannungsverhältnis. In der Rechtsordnung und auch weithin in der politischen Philosophie gehen wir eben von dem Prinzip der individuellen Autonomie aus und sehen eben Entscheidungen, die die Individuen frei treffen, als gerechtfertigt an. Diese Herangehensweise ist Public Health aus grundsätzlichen Erwägungen eher fremd, weil man dort eben nur mit Statistiken arbeitet und eben sieht, dass die Individuen in bestimmten Bevölkerungsschichten sich natürlich ändern, also sterben, und es werden neue geboren, dass aber erstaunlicherweise das Gesundheitsverhalten in den verschiedenen Schichten doch eine erstaunliche Konstanz hat. Und das spricht dafür, dass also man die Verantwortung doch nicht ohne Weiteres

einfach den Individuen zuschieben kann, sondern man wird sagen müssen, es sind hier offensichtlich doch bestimmte soziale Faktoren, die an der Stelle relevant sind. Es gibt ja sozusagen Ursachen der Ursachen. Es gibt Ursachen dafür, dass der Einzelne sich in einer bestimmten gesundheitsschädlichen Art und Weise verhält. Und an der Stelle möchte ich sagen, ist es wahrscheinlich sinnvoll, eine Unterscheidung zu machen. Wir haben ja auch in Deutschland immer mal wieder die Frage diskutiert, ob und inwieweit die Bürger für ein gesundheitsschädliches Verhalten verantwortlich gemacht werden können, indem sie z. B. dann auch an den Kosten der Behandlung dieser Dinge beteiligt werden. Nun, glaube ich, muss man zwei Dinge unterscheiden. Es gibt punktuelle gesundheitsriskante Entscheidungen wie also das Ausüben einer Risikosportart oder solche Dinge, wo man tatsächlich ohne große Probleme dem Einzelnen die Verantwortung dafür zuschreiben kann. Das sind aber typischerweise eben nicht die Dinge, bei denen es um Public Health geht, um die sich Public Health kümmert, sondern Public Health kümmert sich an der Stelle um ganze Lebensstile. Und das sind eben Dinge, die häufig schon in der Kindheit angelegt sind, die durch soziale und mediale Einflüsse verstärkt sind und die nicht selten auch so etwas wie eine Art von Suchtcharakter haben. Ich glaube, in diesen Bereichen sollten wir vorsichtig sein damit, den Staat aus der Verantwortung zu entlassen, mit dem Argument, der Einzelne selbst sei doch an der Stelle für sein Verhalten verantwortlich.

Ich möchte Ihnen ein ganz kurzes Beispiel vorführen, welche juristischen Folgerungen sich möglicherweise daraus schließen lassen. Das Grundrecht der Meinungsfreiheit in unserer Rechtsordnung lebt elementar davon, dass wir unterstellen, dass sowohl derjenige, der eine Meinung äußert, als auch der Adressat einer Meinung autonom sind, also selbstverantwortlich mit dem, was dort gesagt wird, umgehen können. Und deswegen sind wir, zu Recht, meine ich, im deutschen Verfassungsrecht auch sehr zurückhaltend, wenn es um paternalistische Eingriffe in die Meinungsfreiheit geht, die also auf der Unterstellung beruhen, dass die Bürger eigentlich mit dem, was dort gesagt wird, nicht richtig umgehen können, das nicht richtig verarbeiten können. Auf der anderen Seite wissen wir aber jetzt aus diesem *Public-Health*-Bereich auch – und Herr Schmidt hat gerade noch mal darauf hingewiesen –, dass z. B. die Werbemaßnahmen von Tabakkonzernen gerade bei denjenigen Bevölkerungsschichten ansetzen, wo diese Autonomie ausgesprochen schwach ausgeprägt ist. Und deswegen bin ich nicht so ganz sicher, ob es wirklich richtig ist, dass wir also kommerzielle Werbung für derartige Produkte unter das Grundrecht der Meinungsfreiheit subsumieren sollten. Die meisten meiner Kollegen sind der Meinung, dass auch kommerzielle Werbung durch das Grundrecht der Meinungsäußerung geschützt wird. Der Vorsitzende ist, wenn ich mich recht entsinne, auch dieser Auffassung. Wenn wir sehen, dass Meinungsfreiheit von dieser Autonomieunterstellung lebt und Werbung aber gerade deshalb existiert,

weil sie Autonomiedefizite ausnutzt, glaube ich nicht, dass es an der Stelle klug ist, die Regulierung von derartiger kommerzieller Wirtschaftswerbung zu erschweren, indem wir ihr den Schutz der Meinungsfreiheit, des Grundrechts der Meinungsfreiheit zusprechen.

(Folie 15)

Kommen wir damit zu meinem letzten Punkt, nämlich zur Frage: Warum hat es die Vorsorgepolitik eigentlich so schwer? Wenn Sie mit denjenigen reden, die Protagonisten der *Public-Health*-Politik sind oder deren Schriften lesen, werden Sie immer wieder hören, es sei überhaupt nicht verständlich, warum alle Welt über das Versorgungssystem redet, aber niemand über Vorsorge, warum unendlich viele Mittel in die medizinische Versorgung fließen, aber nur vergleichsweise wenig in die Vorsorgepolitik. Und tatsächlich kann man sich ja auch fragen, wenn man eben diese erheblichen gesundheitlichen Ungleichheiten in unserer, aber auch in vielen anderen Gesellschaften sieht, wäre es nicht ein Skandal, wenn wir wüssten, ein Unterschied von zehn Jahren Lebenserwartung beruht darauf, dass unterschiedliche Gruppen in unserer Bevölkerung einen unterschiedlichen Zugang zum Versorgungssystem haben? Also wenn wir z. B. einen Unterschied von zehn Jahren hätten zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Ich vermute, viele von Ihnen wären der Ansicht, dass das der Sozialstaat nicht akzeptieren dürfte. Warum sehen wir das eigentlich anders bei dem gleichen Unterschied von zehn Jahren Lebenserwartung, der mit anderen Faktoren zu tun hat? Und warum steht diese Frage nicht im Zentrum der politischen Aufmerksamkeit? Nun, ich glaube, dafür gibt es zunächst mal eine Reihe von politischen Gründen. Wir alle wissen, dass eine Art von Politik, die öffentliche Güter schützt und die allgemeine Interessen verfolgt, immer ein Problem mit der Durchsetzungsschwäche hat, weil es da keine spezielle Lobby gibt, die hinter einer derartigen Politik steht. Und so ein ähnliches, sehr paralleles Phänomen beobachten wir auch hier. Es schlägt hier wahrscheinlich das, was man das Präventionsparadox nennt, zu Buche. Also Sie können auf einer statistischen Ebene sehen, dass bestimmte staatliche Maßnahmen zugunsten der Vorsorge, bezogen auf die gesamte Bevölkerung, einen erheblichen Effekt haben. Aber aus der Sicht des Einzelnen ist dieser Effekt relativ gering. Er bedeutet nämlich nur, dass ich ein etwas geringeres Risiko habe, an der und der Krankheit zu sterben oder die und die Krankheit überhaupt zu bekommen. Und deswegen scheint es mir so zu sein, dass wir – das ist eine Erklärung dafür, warum also Diskussionen über das Versorgungssystem, wo wir immer den einzelnen Bürger vor Augen haben, der eine Leistung bekommt –, mit sehr viel mehr Aufmerksamkeit rechnen können als eine derartige Vorsorgepolitik.

Daneben spielt, glaube ich, noch eine weitere Frage, ein weiterer Punkt eine Rolle, den ich mit der Formulierung konkrete versus statistische Leben versehen habe. Es ist zuerst den Ökonomen aufgefallen, dass wir uns in bestimm-

ten Konstellationen sehr eigenartig verhalten, dass wir also bereit sind, erhebliche Mittel zu investieren, wenn es beispielsweise um die Rettung von ganz konkreten Personen geht, dass wir aber lange nicht so entschieden sind, es überhaupt erst zu verhindern, dass Personen in eine Lage kommen, aus der sie dann gerettet werden müssen, obwohl diese Vorsorgemaßnahmen möglicherweise ein sehr viel besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis hätten. Anders gesagt, unsere Einstellung zu konkreten oder statistischen Gefährdungen bzw. konkreten oder statistischen Leben scheint asymmetrisch zu sein. Und die interessante Frage, über die man sich, glaube ich, Gedanken machen müsste, ist die, ob diese unterschiedliche Wahrnehmung von konkreten und statistischen Bedrohungen einen guten normativen Sinn ergibt oder ob das tatsächlich einfach nur ein psychologischer Defekt ist. Und ich glaube jedenfalls, dass diese Unterscheidung auch in der Art und Weise zum Ausdruck kommt, wie wir uns zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge verhalten. Bei Gesundheitsversorgung haben wir immer den konkreten Patienten vor Augen, der jetzt eine bestimmte Behandlung braucht, bei Gesundheitsvorsorge ist das ein unbestimmtes Kollektiv, es gibt eine Vielzahl von Faktoren, wir wissen nicht genau, wie die sich auswirken usw. Also da ist man relativ entspannt, obwohl wir eben gleichzeitig wissen, dass diese Faktoren im Grunde genommen sowohl für die Gesundheitsverteilung als auch für die Volksgesundheit insgesamt sehr viel wichtiger sind. Und ich habe den Verdacht, dass, wenn wir über Entscheidungen auf der Makroebene sprechen, also wenn die Politik überlegt, wohin sollen denn die knappen Mittel fließen, in welchen Politikbereich, dass es dann eigentlich keine gute Rechtfertigung mehr gibt, Versorgung und Vorsorge unter diesem Aspekt unterschiedlich zu behandeln.

(Folie 16)

Ich komme deshalb zum Schluss mit der These: Das Verhältnis von Gesundheitsversorgung und -vorsorge scheint mir ambivalent zu sein. Auf der einen Seite, glaube ich, ist es völlig richtig, dass wir darauf achten müssen, dass durch eine Reform des Gesundheitswesens, also das, was immer unter dem Titel diskutiert wird, die sozialen Unterschiede nicht verstärkt und verschärft werden, denn das würde eben dazu führen, dass diejenigen, die ohnehin schon genügend gesundheitliche und soziale Probleme haben, an der Stelle noch mal zusätzlich belastet werden. Auf der anderen Seite ist es aber eben so, dass das Gesundheitssystem sowohl für die Gesundheit insgesamt als auch für die Gesundheitsverteilung in einem nur sehr begrenzten Umfange verantwortlich ist. Und deswegen werden wir den Zusammenhang, wenn wir das denn wollen, von Sozialstatus und Gesundheit nicht durchbrechen können, indem wir das System der Gesundheitsversorgung in irgendeiner Weise reformieren. Also so viel Geld können Sie da gar nicht reinstecken, dass Sie dadurch die soziale Ungleichheit mit Bezug auf Gesundheit in irgendeiner Weise bekämpfen können. Und deswegen glaube ich, ist es im

Gegenteil gerade so, dass man sich auch beim Versorgungssystem immer die Opportunitätskosten klarmachen muss. Also man muss gucken, was könnte man denn mit dem Geld, was man an der Stelle für die Versorgung ausgibt, an anderer Stelle, in einem anderen Politikbereich Gutes für die Gesundheit tun. Und da bietet sich natürlich alles, was unter Gesundheitsvorsorge läuft, in besonderer Weise an. Und deswegen glaube ich, dass die Diskussionen über Kostenbegrenzung im Versorgungssystem, gerade mit Blick auf die Gesundheitsgerechtigkeit, nicht deshalb unzulässig sind, nicht trotz dieser Zusammenhänge passieren sollten, sondern gerade wegen der Gesundheitsgerechtigkeit geboten sind. Das heißt übrigens auch, dass Anspruchsverfestigung, wie wir sie hier in Deutschland in den letzten Jahren an der einen oder anderen Stelle auch in der Rechtsprechung beobachten konnten, also Anspruchsverfestigung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, im Zweifel eher unzulässig ist, weil sie an der Stelle Mittel in ein System leitet, das für das, was wir eigentlich wollen, nämlich möglichst viel Gesundheit und möglichst viel Gesundheitsgerechtigkeit, vielleicht gar nicht maßgeblich verantwortlich ist. Also ich glaube, die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge erinnert uns daran, dass wir die Kosten des Versorgungssystems begrenzen müssen, ohne aber eben möglichst diesen sozialen Gesundheitsgradienten zu verstärken.

Und politisch würde ich empfehlen, das dadurch zu tun, dass man nicht einfach vom Kostensparen im Gesundheitswesen spricht, sondern dass man gleichzeitig eben auch sagt, wo denn die dort eingesparten Mittel statt dessen hinfließen sollen, also in das Bildungssystem, in den Umweltschutz oder wohin auch immer, und dann auch gleichzeitig deutlich macht, dass sie nicht zuletzt dahin fließen, weil das eben Bereiche sind, die für die Gesundheit mindestens genauso wichtig sind. Vielen Dank!

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ja, verehrtes Auditorium, wir sehen uns heute Abend nicht nur mit dem Präventionsparadox konfrontiert, sondern auch mit dem Zeitüberziehungsparadox, denn keiner der drei Redner scheint auch nur eine Sekunde länger geredet zu haben, als sachlich unbedingt notwendig und angemessen war, und dennoch sind wir kollektiv mit der Zeit schon deutlich weiter fortgeschritten, als das eigentlich vorgesehen war. Deswegen werde ich jetzt maternalistisch entscheiden, dass die eigentlich vorgesehene Podiumsdiskussionsrunde gestrichen wird und die Referenten das, was sie sagen wollen, in irgendeiner Weise in Antworten pressen müssen und also die Antworten als Gelegenheit für weitere Statements benutzen, und eröffne jetzt die Diskussion. Ich hab nach ganz kurzer Rücksprache mit unserem Vorsitzenden beschlossen, dass wir die Veranstaltung, wenn es genug Diskussionsbedarf geben sollte, bis zehn nach acht ausdehnen können, also nicht ganz pünktlich um acht schlie-

ßen werden. Ich bitte um Fragen.

Hans-Jürgen Behr:

Ich fange an, weil, es ist ja noch keiner da. Behr mein Name, und ich denke - ein echter Berliner. Ich hab mal meine Literatur der letzten zwanzig Jahre durchgeblättert, alles, was zum Thema Recht und Ethik, zum Thema Medizin so posaunt worden ist. Ich kann immer nur wieder sagen, es ist erschreckend, dass immer wieder über die Rechtsinteressen der Ärzteschaft alle Literatur endet und wenn man mal reinguckt, die Frage Rechtsinteressen der Patientenschaft, so mager und so dünn ist, in den gesamten letzten zwanzig Jahren, erschreckend. Jetzt will ich aber dazu auch, das passt zu Ihren Themen, die Sie ausgeführt haben, aber die haben Sie eben nicht belichtet, weil es Sie vielleicht auch nicht interessiert, vielleicht kommen Sie noch nicht einmal drauf, weil es so kurios klingt. Man sollte wissen, dass die Ärzteschaft sich zunehmend mehr, das wird seit Jahren beobachtet, Decknamen zulegt, d. h. ihren eigenen Namen nicht mehr zu verwenden traut. Es wird beobachtet, dass sich Ärzte zunehmend hinter Rechtskonstruktionen dubiosester Art verstecken, in verschiedensten Bereichen. Das Ende vom Lied ist: Haftungsängste, Regressängste, Verantwortungsängste wachsen exorbitant in der Ärzteschaft. Das heißt auf Deutsch: Alles, was wir hier Schönes auch gehört haben, muss kommuniziert werden, immer wieder. Der letzte Endpunkt ist der Mensch, sprich der Patient, der verstanden werden will, der aber auch verstehen will, aber tun Sie mir den Gefallen, es herrscht Fürchterlichstes, wenn man sich die Kommunikationsqualität unserer Ärzteschaft anguckt. Und deswegen sage ich, ich bring nichts Großes, Prophezeierisches, weil es einfach gewusst wird, es wird kommen, es ist nicht mehr abwendbar. Es wird ein Register geben, wo alle Kommunikationsdefizite der Ärzte angezeigt werden dürfen, und es wird Agenturen geben, die in Zukunft die ganzen Ärzte auf ihre Kommunikationsdefizite hin aufarbeiten müssen, weil: Es kann nicht sein, dass – und jetzt sag ich dumme Begriffe, aber die müssen auch mal gesagt werden –, es Kommunikationstrickereien von Ärzten gibt, falsche Freundlichkeit, rote Köpfe in einer Tour, wenn die Patienten kompetenter sind als der Arzt selbst, dass es schamhafteste Vorstellungen gibt, die sich in Praxen ereignen, und gestatten Sie mir, das ist nicht mehr auszuhalten.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Gestatten Sie jetzt mir, dass ich Sie darum bitte, ganz freundlich einen Punkt zu machen?

Hans-Jürgen Behr:

Den hab ich eigentlich schon fast gemacht, dass ich sage, das muss gesagt werden, darauf werden wir in Zukunft

auch achten. Wenn Sie meinen, dass Sie dazu noch etwas Konträres oder auch vielleicht Vorteilhaftes mitteilen könnten, bitte.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich hab nicht so recht verstanden, an welcher Stelle die Frage saß!

Hans-Jürgen Behr:

Entschuldigen Sie, ich hab keine Frage gestellt.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Gut. Nächste Wortmeldung!

Rosemarie Küppers:

Ich versuch's kurz zu machen. Ich hab drei Punkte. Mein Name ist Rosemarie Küppers, ich bin Juristin und leider im Schulwesen gelandet, und das wird u. a. da eine Rolle spielen. Einmal fällt mir auf, dass es eine Enteignungstendenz gibt. Das Individuum wird in seiner Entscheidung enteignet. Auf der anderen Seite dann auch gefordert. Die Enteignung findet statt z. B. in der Gesundheitspolitik, dass bestimmte Medizinarten, Arten der Medizin, das geht an die Ärztereferentin, aus meiner Sicht ganz konkret ausgegrenzt werden durch die sogenannte Gesundheitsreform. Nehmen wir mal z. B. die anthroposophische Medizin. Ja, also viele Patienten haben ja gar nicht die Wahl zwischen den weniger kostenintensiven Mitteln oder der Schulmedizin, ja. Also für mich ist das so eine Enteignungsproblematik. Es ist auch sehr paradox, wenn z. B. ich als Patientin die Kosten für eine Glaukomuntersuchung selbst übernehmen muss beim Arzt, also diese Entscheidungsfreiheit habe ich, zahlt die Kasse nicht, aber wenn bei dieser Untersuchung festgestellt würde, dass ich ein Glaukom habe, würde die Kasse natürlich selbstverständlich alle weiteren Kosten übernehmen. Das ist ein Paradox.

Was ich auch sehr paradox finde – und das ist für mich ein ganz großer Punkt –, ist das Arbeitsschutzgesetz. Sie sagen immer Umweltbedingungen. Das ist in einer Zeit, in der eben auch insofern das Individuum enteignet wird, nämlich seiner Selbstbestimmung in den Arbeitsprozessen. Ich nehm jetzt mal Beispiel Schulwesen: Ich hatte grade unlängst einen Hörsturz, und die erste mitleidige Bemerkung von Kollegen und Schulleitung ist, die Betriebsärztin könnte mich ja unterstützen, und ob ich genügend Yoga gemacht hätte. Das müssen sich übrigens auch Angestellte in den Banken sagen lassen, und einige Unternehmen fangen ja auch damit an, sich von ihren Angestellten nachweisen zu lassen, dass sie einen Kontrakt mit einem Fitnessstudio abgeschlossen haben. Soweit zur Freiheit des

Individuums. Man müsste nur den § 5 im Arbeitsschutzgesetz nach dem DAK-Gesundheitsreport über das Ansteigen psychischer Erkrankungen ändern, nämlich dass diese Bedingungen in bestimmten Bereichen – da geht es nicht nur mehr um gefährliche Maschinen oder chemische Dämpfe, sondern Faktoren, die psychische Erkrankungen und Stress begünstigen. § 5 Arbeitsschutzgesetz muss geändert werden!

Das Dritte ist die Sicht nicht nur der Ökonomie – hier wird immer gerechnet –, sondern die Sicht der Menschenrechte. Und nehmen wir mal als Beispiel die Kinderrechtskonvention als Völkerrecht oder die Forderungen in den Art. 1a im Grundgesetz einzufügen, dass es ein Recht gibt, ein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung als Teilhaberecht. Das geht an den letzten Redner. Vielen Dank!

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Meine Damen und Herren, bevor jemand antwortet, erlauben Sie mir, dass ich jetzt in eigener Sache Zuflucht zum *Stewardship*-Modell nehme und Sie bitte, dass Sie ab jetzt Ihr Redezeitbudget auf 30 Sekunden oder maximal eine Minute begrenzen und auch, wenn es geht, mehr Fragen stellen, so dass wir auch mehr in eine Kommunikation kommen, als das bisher der Fall war. Möchte jemand von Ihnen etwas dazu sagen? Nein. Dann Eckart Nagel!

Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ja, Eckard Nagel, Ethikrat. Ich hätte eine Frage an Julika Loss und an Harald Schmidt bezüglich der letzten These von Herrn Huster. Er hat ja gesagt, dass Vorsorge sozusagen es begründet, dass letztendlich Geld aus der Versorgung in Bildung und Umwelt fließen soll. Gibt es irgendwelche Daten, die das begründen und damit ja die Versorgung ein Stück weit einschränken würden?

PD Dr. Julika Loss (Akademische Oberrätin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth):

Ja, also es ist tatsächlich sehr schwierig, hier Daten zu finden. Gerade auch die Frage erstens der Effektivität präventiver Maßnahmen und im nächsten Schritt die Kosteneffektivität, also sind die Kosten, die wir für präventive Maßnahmen ausgeben, auch gerechtfertigt, z. B. in der Relation zu kurativen, also zu therapeutischen Maßnahmen. Da ist die Wissenschaft einfach noch ganz weit zurück und tappt in vielen Fragen im Dunkeln. Wir wissen gar nicht, wie viel gerade bevölkerungsbezogene Maßnahmen greifen. Ja, wir können das manchmal ableiten. Wir sehen z. B. in Australien hat es einen sehr breiten Prozess gegeben zum Nichtrauchen – massenmediale Kampagnen, Fernsehspots, Nichtraucherzonen – und offensichtlich hat dieses Zusam-

menspiel verschiedener Maßnahmen die Raucherquote deutlich gesenkt. Aber Sie haben es ja auch schon angesprochen, man weiß es eigentlich nicht genau. Und auch die Frage: Wie viel Kosten hat man dadurch eingespart? Es ist extrem schwierig, hier gute Fakten zu bekommen. Deswegen ist es auch schwierig, eine gute Grundlage für politische Entscheidungen zu treffen. Haben Sie andere Daten?

Harald T. Schmidt (Nuffield Council on Bioethics, London):

Ich würde nur verweisen auf eine Studie, die kürzlich im *New England Journal of Medicine* veröffentlicht wurde, wo 600 Artikel durchgesehen wurden, die die *Quali*-Methode in den Blick genommen hat, um verschiedene therapeutische und Präventionsmaßnahmen daraufhin zu untersuchen, wieweit sie *Qualis* maximieren, was eine Maßeinheit ist, um Gesundheitszustände zu messen. Und dabei hat sich eigentlich nur ergeben, dass die These, wie das Sprichwort geht, eine Unze Prävention – ein Pfund Therapiewert, nicht wahr ist, weil man sehr genau schauen muss, in welchen Fällen Behandlung kosteneffizienter ist, in welchen Fällen Prävention kosteneffizienter ist. Also ich glaube, das ist einfach weniger klar, als es oft scheint, dass Prävention wirklich diesen Kostensparungseffekt hat. Und ich glaub, ein anderer Punkt, über den wir hier noch sprechen sollten, ist, dass es auch wichtig ist, sich klarzumachen, dass das nicht eine direkte Verknüpfung sein sollte. Weil ich glaube, ein Problem, das man damit hat, ist, dass man ein bisschen die problematische Seite von Public Health vermittelt, die mit dem deutschen Begriff von Volksgesundheit zu tun hat, also mitschwingt dabei, ich soll hier nur bei dem Programm mitmachen, weil es Kosten spart, nicht, weil es meiner Gesundheit dient, sondern weil es irgendwie darum geht, Geld zu sparen. Ich glaube, wenn wir uns klar machen, dass viele Präventionsmaßnahmen nicht mit dem Ziel angeboten werden, Kosten zu sparen, sondern Gesundheit zu fördern, insbesondere auch von benachteiligten Menschen, dann haben wir eigentlich einen großen Fortschritt gemacht. Also das ist meiner Ansicht nach recht wichtig, diese Sache, die Verknüpfung aufzubrechen.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Möchtest Du noch etwas dazu sagen?

Prof. Dr. Stefan Huster (Lehrstuhls für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum):

Natürlich muss man sich die Maßnahmen im Einzelnen anschauen, aber es gibt schon Belege dafür, dass gerade in Deutschland dieser gesamte *Public-Health*-Bereich aus bestimmten historischen Gründen jedenfalls in dem Gesundheitssystem nach dem Zweiten Weltkrieg keine große

Rolle mehr gespielt hat und dass andere Staaten da erheblich besser aufgestellt sind.

Wolfgang Onnasch:

Ja, mein Name ist Wolfgang Onnasch. Ich bitte ein bisschen um Nachsicht, ich habe eine Gaumenspange. Ich war bis vor einiger Zeit noch Krebspatient und hatte ein Mundhöhlenkarzinom. Bei der ganzen Darstellung der Vorsorgemaßnahmen vermisste ich in der Literatur auch immer wieder Hinweise, dass nicht nur Organisationen oder sächliche Dinge auf die Vorsorge ja hindeuten sollten, sondern dass mal auch appelliert wird, dass jeder mal in sich selbst Reinhört, ob nicht irgendwelche Abläufe im Körper der Gesundheit zuwider laufen. Ich habe das gemacht, und deswegen war bei mir Behandlung von Erfolg gekrönt. Ich habe mich mal mit Professor Hinkelbein unterhalten, dem Chefarzt für Strahlentherapie im Benjamin Franklin. Auch er vermisst das immer wieder, dass zu wenig appelliert wird an den Einzelnen, sich mal die Zeit zu nehmen und in sich reinzuhören, ob da etwas schief läuft. Aber jetzt hab ich mal eine ganz konkrete Bemerkung zu dem Referat von Herrn Dr. Huster. Herr Dr. Huster, ich warne davor – und da spreche ich mal in meiner Eigenschaft -- vor einigen Jahren war ich noch im Vorstandsbereich einer Betriebskrankenkasse, und ich warne davor, die Rentenformel zu ändern. Ich kenne Ihre Hinweise, weil durch die demografische Entwicklung das Durchschnittsalter des Rentners zunimmt. 82, 90 und noch älter. Ja, der bekommt ja immer mehr Geld. Nur, ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, das lässt sich eben nicht in eine Formel kleiden, dass man einem heutigen 60-Jährigen möglicherweise von der Rente etwas abspeckt, nur weil er, was weiß ich, in 15 Jahren dann 95 wird. Also ich warne, an die Rentenformel ranzugehen, weil ja ohnehin in der Rentenformel schon die allgemeine Bemessungsgrundlage enthalten ist, die ja durchaus abstellt auf die individuelle Bemessungsgrundlage, nämlich auf die Beitragszahlung. Also mathematisch ist das nicht in den Griff zu kriegen, und ich warne davor, dass das sonst möglicherweise unwahrscheinliche Unruhen im Lande auslösen könnte. Ich bedanke mich!

Prof. Dr. Stefan Huster (Lehrstuhls für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum):

Ich glaube, das ist ein Stück weit ein Missverständnis, weil ich überhaupt nicht für diesen Vorschlag bin, aufgrund der dargestellten Zusammenhänge, jetzt an der Rentenformel rumzubasteln. Nur, was man sagen muss, ist – deswegen hab ich das Beispiel auch gebracht –, das DIW hat das gesagt, weil es meint, dass das gerade ein Weg sei, vor Altersarmut zu schützen, indem man zwischen den verschiedenen sozialen Schichten, die sich ja auch in der gesetzlichen Rentenversicherung finden, einen Ausgleich schafft, und die Gesundheitseffekte, die mit dem höheren

oder niedrigeren Rentenbezug verbunden sind, waren gerade das Argument dafür, deshalb könne man das so machen. Wie gesagt, ich erwähne das deshalb vor allem, also das hat nichts mit dieser üblichen Diskussion um Generationengerechtigkeit zu tun, sondern das ist eine ganz andere Baustelle. Ich erwähne das vor allem auch immer deshalb gerne, weil ja alle diejenigen, die auf die sozialen Gesundheitsungleichheiten häufiger mal hinweisen, ein bisschen häufig im Verdacht sind, sie wollten da irgendwie eine Art sozialistische Gesellschaftspolitik machen. Ich will jetzt nur mal sagen, wenn selbst das DIW das schon sagt, dann kann es also so schlimm an der Stelle nicht sein.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Harald Schmidt wollte auch noch was dazu sagen.

Harald T. Schmidt (Nuffield Council on Bioethics, London):

Nur kurz zu dem ersten Punkt, der sich bezogen hat auf das In-sich-Hineinhören, um zu sehen, wie es denn mit der eigenen Gesundheit steht. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt, weil Gesundheit im Wesentlichen Koproduktion ist. Ich glaube, das haben wir in den verschiedenen Präsentationen gesehen, dass es durchaus auf den Beitrag von Individuen ankommt, die natürlich moderiert werden durch die gesellschaftlichen Umstände, unter denen sie leben. Aber es geht nicht ohne individuelle Aktionen in dem Bereich. Und das scheint mir ein Problem zu sein bei der Debatte über Eigenverantwortung für Gesundheit, dass besonders hier durch das Sozialgesetzbuch natürlich Verantwortlichkeiten mit Strafen verknüpft werden. Wenn man sich nicht verantwortlich verhält, wird man bestraft, und wenn man sich verantwortlich verhält, bekommt man einen Bonus von seiner Krankenkasse, wenn man oft zum Zahnarzt geht zum Beispiel. Und dieser Bereich, den Sie eben erwähnt haben, ist, glaube ich, einer, der dabei oft ein bisschen unter den Teppich fällt, der aber sehr wichtig ist. Dass es nämlich auch um einen Fall von Verantwortlichkeiten geht, der jenseits dieser Strafdebatte ist, aber ungemein wichtig ist im Zusammenhang mit der Tatsache, dass Gesundheit immer eine Koproduktion ist aus guten Umständen und individueller Handlung.

In England wurde jetzt gerade zum ersten Mal eine Verfassung für den NHS, für den Nationalen Gesundheitsdienst, erstellt. Und zum ersten Mal wurden dabei Patientenverantwortlichkeiten erstellt. Eine der Fragen war z. B. in der Tat, ob es denn Sinn macht, Verantwortlichkeiten für Patienten aufzuschreiben, wenn es überhaupt keine Sanktionen gibt. Viele Leute haben gesagt, das macht keinen Sinn. Es sollte hier so sein wie in Deutschland. Aber ich finde, es ist gerade ein positiver Zustand zu sagen, wir bewegen die Debatte dadurch fort, dass wir sagen, es geht – wie Sie gerade erwähnt haben – darum, Verantwortung

jenseits des Strafmodells zu fördern. Und das ist, glaube ich, ein wirklich wesentlicher Bestandteil, der oft in der *Public-Health*-Debatte an den Rand gedrängt wird, zum Teil aus den guten Gründen, wie Professor Huster erwähnt hatte, die sich auf *Victim Blaming* beziehen, dass sie nämlich nicht Leute für Konsequenzen haftbar machen wollen, die jenseits ihrer tatsächlichen Verantwortlichkeit sind. Aber damit verliert man auch diesen positiven Aspekt, den Sie, glaube ich, hilfreich hervorgehoben haben, dass nämlich die Eigenverantwortung einen koproduktiven Aspekt hat.

PD Dr. Julika Loss (Akademische Oberrätin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth):

Ja, dazu möchte ich auch kurz noch was sagen. Gesundheit, wird ja von vielen argumentiert, ist ja auch, so wie ich mich fühle, und Gesundheit ist ein Zustand der Selbstvergessenheit. Wenn ich den ganzen Tag über meine Gesundheit nachdenke, bin ich dann wirklich noch gesund? Das ist die Frage, die man sich stellen kann, und gerade, wenn Gesundheit ständig thematisiert wird und man den Eindruck bekommt, meine Gesundheit ist etwas Machbares. Indem ich wirklich mich von morgens bis abends durch Sport und durch Ernährung um meine Gesundheit kümmerge, fühle ich mich dann eigentlich noch gesund oder renne ich dann nicht meiner Gesundheit immer hinterher und fühle mich dann gerade eben wieder krank. Das muss man sicherlich bei diesem Hineinhören, Sich-gesund-Fühlen auch noch berücksichtigen, wenn Gesundheit auch in Kampagnen in den Medien so stark kommuniziert wird.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Das ist ja auch ein Punkt, der von Kritikern einer überzogenen Präventivmedizin immer wieder betont wird, dass z. B. die Berücksichtigung des Faktors Schlaf als Lebenszeitverlängerer am Ende, sozusagen mathematisch in der Bilanz dazu führt, dass man die gewonnene Lebenszeit schlafend zubringt. Oder dass man die durch Sport gewonnene Lebenszeit im Fitnesscenter zubringt. Und das ist eben nicht jedermanns oder jederfraus Sache. Also man muss differenziert hinsehen, das ist gewiss richtig. Und zu den Sanktionen wollte ich noch sagen, dass natürlich die zunehmenden Daten über Risikofaktoren, die ja in Metastudien dann oft auch viel differenzierter dargestellt werden als in Einzelstudien, eben bloß nicht Anlass dafür geben dürfen, dass unterhalb der rechtlichen Sanktionen dann soziale Sanktionen anderer Art greifen. Und da gibt es erschreckende Beispiele. Ich hab grad in letzter Zeit gelesen, dass z. B. in West Virginia Patienten unterschreiben müssen, dass Ärzte Berichte über die Beteiligung an *Screening*-Programmen rausgeben dürfen, dass bestimmte Versicherungen Malusregelungen verfügen dürfen, also eine Selbstbeteiligung von Patienten, wenn *Benchmarks* im Blutzucker oder Cho-

lesterin oder *Body Mass Index* nicht eingehalten werden, und das sogar – das ist jetzt vor Gericht anhängig – bestimmte Arbeitgeber positives Tabak-*Screening* als Entlassungsgrund benutzt haben. Also da muss man sicher aufpassen, dass hier nicht eine Gesundheitspolizei von unten entsteht, die wir von oben nicht wollen.

Matthias Hinz:

Danke schön. Matthias Hinz, ich komme aus der AIDS-Hilfe-Bewegung. Und da liegt auch der Grund, warum ich die zweite Frage, die ich eigentlich schon streichen wollte, mit den Worten, die Sie grad nannten, doch noch verknüpfen will. Wir haben ja in Deutschland gerade die Situation, wo vom Rande der Präventionsdebatte, sag ich mal, was Sie eben für Tabak sagten, auf dem Bereich Infektionskrankheiten diskutiert wird, dass einzelne Ärzte meinen, bestimmte Tests, in dem Fall HIV-Tests – möglicherweise auch gegen den ausdrücklichen Willen eines Patienten – durchführen, gegebenenfalls Gesundheitsämter, Lebenspartner, Arbeitgeber darüber informieren zu wollen. In Mecklenburg-Vorpommern sucht die Ärztekammer da nach Möglichkeiten, also haben wir die Debatte auch hier. Das nur als kurzen Hinweis. Meine Frage – das macht aber die Brisanz deutlich – geht ins Grundsätzliche: Vorhin fiel, von Herrn Huster, glaube ich, der Begriff Autonomiedefizit, und nicht, wie ich den sonst kenne, also in dem Verständnis, dass zu wenig Möglichkeiten da seien, die Autonomie verwirklichen zu können, von außen her gesehen, sondern innere, interne, intrapersonale Defizite. Das scheint für mich der Kernpunkt zu sein für die Grenzziehung: Wo nehmen Sie – die Frage geht an alle drei – die Wertmaßstäbe her, beurteilen zu können, wann ein Mensch selber offenbar nicht in der Lage ist, seine Autonomie verwirklichen, verantwortlich verwirklichen zu können im Hinblick auf die Bedürfnisse oder scheinbaren Bedürfnisse der Volksgesundheit, der Public Health? Ich möchte, um kurz den Grundgedanken, der dahinter steht, noch anzubringen, die immer wieder gerne, aber zu wenig ernst genommene Ottawa-Charta der WHO von vor 23 Jahren - Frau Loss lacht schon, sie kennt das schon! – anbringen. Da ist ja inhärent eigentlich eine Grenze eingezeichnet, auch für Präventivmedizin oder für Präventionspolitik, wenn es heißt, dass das Ziel von Gesundheitsförderung dann erreicht ist, wenn ein Mensch in der Lage ist, sein größtmögliches Gesundheitspotenzial verwirklichen zu können. Das heißt, da ist ja im Bereich der Autonomie, das heißt in der subjektiven Freiheitsausübung eigentlich die Grenze gezogen für Einwirkungen von außen. Insofern frag ich mich, warum doch so viel von Restriktionen gesprochen wird. Danke!

Prof. Dr. Stefan Huster (Lehrstuhls für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum):

Das ist natürlich eine sehr große und komplizierte Frage.

Ich wollte an der Stelle zunächst mal nur darauf hinweisen, dass es einfach soziale Umstände gibt, unter denen es Menschen schwerer fällt, sich zu ihrer eigenen Gesundheit vernünftig zu verhalten. Wo diese Grenze genau verläuft, wie sich das Gemeinwesen dazu verhält, ich glaube, dafür gibt es keine Formel, die für alle Gesellschaften auf der ganzen Welt zu allen Zeiten gilt, sondern das ist in vielerlei Hinsicht auch eine Geschichte, die einfach politisch ausgehandelt werden muss, wo wir alle uns an der Diskussion uns beteiligen müssen und wo wir überlegen müssen. Nur ist es natürlich so, dass Sie bestimmte Defizite an der Stelle schon feststellen, weil Ihnen ja häufig die Betroffenen selber sagen, ich möchte z. B. Gewicht verlieren, mit dem Rauchen aufhören, vom Alkohol wegkommen. Und an der Stelle, finde ich, ist das ein klarer Bereich, wo offensichtlich die Gesundheitspolitik ein Mandat hat, den Menschen dabei zu helfen. Ich würde dann immer noch sagen, natürlich steht alles, was der Staat tut, an der Stelle unter dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, und sowohl Herr Schmidt als auch Frau Loss haben ja sehr schön gezeigt, dass es da Einwirkungen und Interventionsmöglichkeiten auf ganz unterschiedlichen Stufen gibt. Und man muss natürlich, soweit das geht, auf der untersten irgendwie anfangen. Aber es gibt, glaube ich, schon relativ klare Fälle, wo wir ein politisches Mandat haben, um da eben die Lebensumstände der Betroffenen zu verbessern, und zwar auch dann, wenn sie das aktuell an der Stelle gerade vielleicht nicht unbedingt einsehen und wollen. Ich meine, wenn Sie dem Alkoholiker in dem Moment, wo er zur Flasche greifen will, die Flasche wegnehmen, dann ist er in dem Moment dagegen. Das ändert aber nichts daran, dass man das manchmal tun muss.

Rudolf Henke:

Rudolf Henke, ich bin Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, dort zuständig für Fragen der Prävention, und hab 2005 auf dem Deutschen Ärztetag mal die These vertreten, dass Armut und Arbeitslosigkeit krank machen. Und deswegen bin ich sehr bei dem, der Rudolf Virchow zitiert und hier Hinweise gibt auf sein Wirken als Arzt und als politischer Mensch.

Ich hab zwei simple Fragen und einen heftigen Widerspruch: Frau Loss hat von der emotionalen Ansprache gesprochen, deren Legitimität infrage gestellt sein könnte. Ist das wirklich die Emotionalität, die infrage steht, oder ist es nicht die Nutzung der Emotionalität durch hoheitliche Instanzen, also die Finanzierung der Emotionalität aus öffentlichem Geld? Die Nutzung von Steuereinnahmen für emotionale Impulse in die Gesellschaft? Ich glaube, die Emotionalität kann kein ethisches Problem sein, sondern das ethische Problem ist, wenn bei unterschiedlichen Emotionalitäten in der Gesellschaft für eine Emotionalität mit den staatlichen zwangsrekrutierten Mitteln Partei ergriffen wird. Das hätte ich gerne näher erklärt.

Ich würde gerne von Herrn Schmidt wissen, ob er mir ein Beispiel sagen kann für den Unterschied zwischen dem *Stewardship*-Modell und dem *Nanny State*. Also wo liegt die Grenze? Ich könnte mir vorstellen, dass eine Grenze etwa da liegt, wo man sagt: Ist das Verhalten, das gesundheits-schädlich ist, auch eine Belastung für andere? Und das ist ja der Kern der Frage auch im Unterschied zu Übergewicht und Rauchen. Also wenn Rauchen eben keine autonome Entscheidung ist, sondern mir aufgezwungen wird durch das Verhalten anderer, die in meiner Umgebung sich das Recht herausnehmen, meine Autonomie aufzuheben, indem sie meine Luft mit dem Qualm verpesten, den sie auch vermeiden könnten, ganz leicht und einfach, indem sie sich dafür ins Private zurückzögen, dann, finde ich, ist das gar keine Frage von Minderung der Autonomie, sondern das ist eine Mehrung von Autonomie. Das wäre dann in meinem Verständnis sicher nicht *Nanny State*, aber ich würde es gern von Ihnen erläutert kriegen.

Und zum Schluss ein heftiger Widerspruch zu Herrn Huster. Ich glaube, Ihr Argument mit den Opportunitätskosten lässt ein bisschen außer Acht, dass dies ja ein sehr, sehr beliebiges Argument werden kann. Wer soll denn der Schiedsrichter sein, darüber zu befinden, in welchen Fällen eine gewählte Behandlung von Patienten nicht auch denen vorenthalten werden könnte, um irgendwelche anderen, opportunerer Dinge in der Gesellschaft zu finanzieren? Denn ganz am Ende steht dahinter dann ja ein beliebiger Rationierungsansatz, und deswegen habe ich mich da ein bisschen drüber gewundert. Und in aller Bescheidenheit: Das Argument mit der Autonomieeinschränkung am unteren Ende der gesellschaftlichen Skala und der Frage des Werbungsverbot oder der Werbungseinschränkung wirft ja die Frage auf, ob Mißfelder doch recht hat.

PD Dr. Julika Loss (Akademische Oberrätin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth):

Ich werd mal zu der ersten Frage Stellung nehmen. Ich denke, man muss sich ganz bewusst machen, dass, wer immer Gesundheit kommuniziert, ein ganz machtvolles Instrument bedient, unabhängig davon, wer das finanziert. Denn die Plakate, die Broschüren, auch die Berichte in den Medien prägen ja ganz entscheidend unsere Vorstellung von dem, was gesund macht, was krank macht, aber auch, was wir für gesellschaftliche Bilder haben. Ich hab jetzt keine Bilder gezeigt von Übergewichtskampagnen, die es zunehmend gibt, wie z. B. die Figur des David von Michelangelo als richtig übergewichtige fette Statue. Interessanterweise hängt die hier auch in einem der Räume. Dieses Plakat hab ich gesehen, als ich hier mal herumgelaufen bin. Man lacht über dieses Bild, ja, man lacht auch über die Schweizer Kampagne, die riesige Schlitten zeigt, riesige Dreiräder und damit auf das Übergewicht bei Kindern hinweisen will. Aber man muss sich auch dadurch klarmachen, man diskriminiert und stigmatisiert damit Betroffene. Und

das finde ich – unabhängig davon, wer das bezahlt; natürlich ist es dann noch einmal problematischer und heikler, wenn das mit öffentlichen Geldern finanziert wird, da gebe ich Ihnen ganz recht – aber diese gesellschaftlichen Veränderungen als solche finde ich bedenklich. Ja, auch beispielsweise dieses Plakat, das ich gezeigt hab, das zum Helmtragen motivieren soll, hat bei vielen Kindern wohl dazu geführt, dass sie nun gar nicht mehr Fahrrad fahren wollen, also einen kontraproduktiven Effekt gehabt. Auch das sollte man ethisch diskutieren. Die Frage ist natürlich, wie kann ich jemandem, der nicht aus öffentlichen Geldern seine Kampagnen finanziert, Stiftungen etc., in die Verantwortung, in eine ethische Verantwortung nehmen. Das ist sicherlich eine ganz andere Problematik. Aber ethische Konsequenzen hat es in jedem Fall, unabhängig von dem, der es finanziert. Das ist meine Meinung.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Nur ganz kurz als Nachfutter dazu, Werner Martens, der als Kritiker des Medizinsystems bekannt ist, freier Publizist und Autor der Süddeutschen Zeitung, hat ein Buch „Vorsicht Vorsorge“ im letzten Jahr im Suhrkamp Verlag veröffentlicht, wo er sozusagen diese ganze Problemseite der Vorsorgekampagnen aufspießt, und der hat für solche Kampagnen wie „Fit statt fett“ und viele andere den jedenfalls für eine Seite sehr treffenden Begriff „Aktivieren und demütigen“ geprägt. Und das ist eben wirklich auf die Formel gebracht diese andere Seite, die man mit bedenken muss.

Harald T. Schmidt (Nuffield Council on Bioethics, London):

Zum Unterschied von Nanny State und *Stewardship*-Modell: Das kann man vielleicht mit einer Anekdote einigermaßen verdeutlichen. Als in Irland das Rauchverbot in allen geschlossenen öffentlichen Räumen eingeführt wurde, war ich drei Monate danach dort, und wir fuhrten abends spät an einem Pub vorbei, wo drinnen Leute noch fröhlich tranken, allerdings nach der Sperrstunde, sie haben also das Gesetz gebrochen und Alkohol getrunken. Die Raucher standen allerdings vor der Tür. Das war drei Monate nach Einführung des Gesetzes. Da haben also offensichtlich die Leute gefunden, dass einerseits völlig in Ordnung sei, das Gesetz zu brechen, weil sie zu diesem Zeitpunkt Alkohol trinken wollten. Andererseits aber ist ein Gesetz, was gerade erst eingeführt worden war, relativ spektakulär, kann man sagen, sehr, sehr schnell angenommen worden. Den Rauchern wurde dann gesagt, ihr geht jetzt draußen rauchen. Und der Unterschied ist, glaube ich, dass wir in dem einen Fall den typischen Nanny State haben, der sagt, ich weiß, was gut für euch ist, und wir bügeln euch das jetzt einfach über, ein bisschen, wie man das auf dem Bild gesehen hat, das die Gesundheitsziele auf Leute hat herunterregnen lassen, aber der Schirm wird einfach aufgespannt

und nichts weiter passiert. Im anderen Fall hat man in Irland eine wirklich sehr effektive Vorbereitungsphase durchgeführt, und das ist ein Teil von *Stewardship*, dass man Leute einbindet. Und ich glaub, das hat auch mit der allerersten Frage zu tun, sich Patientenmeinungen anzuhören oder die Meinung der Öffentlichkeit, und hat dadurch ein Ziel erreicht, dass Gesundheitspolitik Bedingungen schafft, die es Menschen ermöglicht, gesund zu sein, aber auf eine Weise, die eben gerade nicht dieses harte paternalistische Modell verfolgt, wo die Regelungsmenschen einfach sagen, wir wissen, was gut für euch ist, und ihr macht das jetzt einfach mal, sondern man hat mehr – wie man das wahrscheinlich in der Wirtschaft ausdrücken würde – *Buy-in* von den Leuten, die tatsächlich davon betroffen sind und die eingesehen haben, dass es einen guten Grund gibt, nämlich das Schadensprinzip, das die eine Regelung, das Rauchverbot, bejaht. Generell ist die Idee, dass Paternalismus weniger interessiert wäre an den unteren Stufen der Interventionsleiter, die ich hier auf dem einen Bild hatte. Als Paternalist kann man einfach sagen, ich weiß, was gut ist, und ihr macht das jetzt alle, ich muss das nicht groß erklären, weil es eben einfach so ist. Das Grundmodell von Paternalismus ist natürlich eines, das auch mit Machtdifferenzen spielt: Du machst es, weil ich es kann und weil ich es für richtig halte. *Stewardship* hingegen sagt, wir sind schon daran interessiert, ein Modell herbeizuführen, das in vielerlei Weise getragen wird von den Leuten, die davon betroffen sind, und wir wollen auch wesentlich sympathischer sein gegenüber den Zielen, die Radikalliberale haben, die damit zu tun haben, dass individuelle Autonomie und Wahlmöglichkeit maximiert werden sollen. Deshalb geht *Stewardship* weiter als das, was ich als *Liberitarian Paternalism* benannt hatte, der versucht, auf eine Weise diese Spannungen aufzulösen, aber geht nicht so weit wie Paternalismus in vielen Fällen, weil er davor zurückschreckt, der Bevölkerung bestimmte Dinge einfach aufzudrücken, weil die Ansicht vertreten wird, dass es nun mal gut.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Noch eine Bemerkung dazu, diese Diskussion um die Rechtfertigung von Paternalismus, die im Übrigen ja nicht das Passivrauchen betrifft, weil da nicht die Idee ist, dass man jemanden vor sich selber schützt, sondern dass man Dritte vor der Schädigung des Passivrauchens schützt. Diese Diskussion um die Zulässigkeit von Paternalismus gibt es ja auch in anderen Bereichen, und von denen kann man ein bisschen lernen.

Eine wesentliche Differenzierung ist dort die zwischen weichem Paternalismus und hartem Paternalismus. Und ich denke, die bildet sich genau an diesen beiden Modellen, *Stewardship* und paternalistisches Modell, auch wieder ab. Harter Paternalismus durchkreuzt wirklich die echte Selbstbestimmung von Leuten, für die es bestimmte Vorausset-

zungen gibt. Und zu diesen Voraussetzungen gehört auch Informiertheit und also die Abwesenheit von Ignoranz gegenüber dem, was man tut. Aufklärung ist gedeckt durch den weichen Paternalismus, der erst mal Menschen dazu befähigt und ermächtigt, autonom zu sehen, worum es geht. Also solange man aufklärt, aber nicht wirklich verbietet, ist man durch die Rechtfertigung des weichen Paternalismus völlig gedeckt. Und erst da, wo man Wünsche durchkreuzt, ist es der starke oder harte oder echte Paternalismus. Die Grenzen sind natürlich dann im Detail schwer zu finden.

Erlauben Sie noch eine Wortmeldung?

Prof. Dr. Stefan Huster (Lehrstuhls für öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ruhr-Universität in Bochum):

Ja, ich wollte noch einen Punkt zu dem Einwand von Herrn Henkel sagen. Er wundert mich etwas, weil ja doch inzwischen gerade auch etliche Ärzteverbände und Institutionen der Ärzteschaft gesagt haben, wir müssen mal über Leistungsbegrenzung, Beschränkung im Gesundheitswesen reden. Und ich glaube, der Hinweis auf die Opportunitätskosten erleichtert das eigentlich, weil es einem leichter fällt, dort Einschränkungen zu akzeptieren, wenn man eben sieht, dass es erstens noch andere für die Gesundheit sehr wichtige Lebensbereiche gibt und dass zweitens die eingesparten Mittel dann auch in diese Bereiche fließen können. Ich gebe aber zu, dass es mir einleuchtet, dass insbesondere der Marburger Bund natürlich nicht sehr erfreut ist, wenn jetzt öffentliche Ressourcen in andere Bereiche als in das Versorgungssystem, und das heißt dann, zu den Ärzten fließen. Also insoweit leuchtet mir das ein, aber das ist sozusagen ja nur eine Erklärung und keine Rechtfertigung. Noch ganz kurz ein Wort zu Herrn Mißfelder, der ja immer ein besonderes Gespür hat, gute sozial- und gesundheitspolitische Themen, aber auf eine völlig verquere Art und Weise darzustellen. Ich glaube aber, an einer Stelle hat er recht: Das Problem derjenigen Menschen und Familien, die in der Situation von Hartz-IV-Empfängern sind, bekommen wir nicht dadurch gelöst, dass wir ihnen einfach nur mehr Geld geben. Wenn er das gemeint hat, dann hat er, glaube ich, an der Stelle völlig recht, und ich möchte darauf hinweisen, dass natürlich auch die gesamte Diskussion über Gesundheitsvorsorge einen, wenn auch sehr speziellen Zweig einer allgemeineren Entwicklung über den Sozialstaat bildet, der manchmal unter der Überschrift „der aktivierende oder der investive Sozialstaat“ geführt wird oder wie immer man das nennt. Aber dass wir sozusagen von dem, was wir relativ lange gemacht haben – wir geben einfach Geld und stellen sozusagen die Leute auch damit ruhig und der Sozialhilfebezug setzt sich dann in Familien, Sippschaften über viele Generationen fort - ich glaube, dass wir von der Art von Politik wegkommen müssen, darüber sind wir uns ja

relativ einig.

Hubert Löllgen:

Ja, Löllgen, ich bin Arzt und Sportarzt. Ich habe bei Ihren Ausführungen einen Begriff vermisst, und zwar haben Sie immer die Prävention dargestellt als lebensverlängernde Maßnahme. Für mich und auch für die Patienten wäre eigentlich ein Begriff wichtiger, nämlich die Lebensqualität. Es ist wichtiger, dass sich jemand mit 80 noch selber versorgen kann, als mit 90 im Rollstuhl zu sitzen. Oder wie ich es immer von mir sage, ich möchte lieber mit 75 beim Joggen tot umfallen als mit 90 im Rollstuhl vorm Fernsehen sitzen.

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Deutschen Ethikrates):

Ich glaube, da können alle zustimmen, das ist sozusagen aus Versehen ein bisschen aus dem Blick geraten, war aber war im Grunde immer mit gemeint, es geht natürlich um diese beiden Dimensionen. Und letztlich ist vielleicht die zuletzt genannte mindestens so wichtig wie die zuerst genannte.

Meine Damen und Herren, wir sind am Ende, auch am Ende der Diskussionsbereitschaft oder -freudigkeit, und deswegen kann ich jetzt, ohne Ihre Interessen zu verletzen, Ihnen danken dafür, dass Sie gekommen sind, Ihnen danken dafür, dass Sie mitdiskutiert haben, und Ihnen allen einen schönen Nachhauseweg wünschen und in Ihrem Namen den drei hier angereisten Referenten für den spannenden Abend danken.