

01.10.03 Document de travail – première version. Ein Auszug dieses Manuskripts erscheint in überarbeiteter Form in der Dokumentation zur 5. Armutskonferenz, Salzburg, St. Virgil, 2003.

GESELLSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN DER GESUNDHEIT UND POLITISCHE FOLGERUNGEN

Über Hauptresultate der Sozial-Epidemiologie und Sozialmedizin

von Univ.-Doz. Dr. W.-J. Stronegger, Graz
(willibald.stronegger@uni-graz.at)

Sieben populäre Irrtümer zur Gesundheit sind:

1. Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich. Ob die Gesundheit gut oder schlecht ist hängt hauptsächlich von jedem selbst ab.
2. Gesundes Verhalten ist für die Gesundheitserhaltung wichtiger als es gesunde Lebensbedingungen sind.
3. Die Selbstverantwortung für die Gesundheit ist verstärkt einzufordern, wo möglich auch mit Anreizsystemen (z.B. höhere Prämienzahlungen für Personen mit mangelnder Gesundheitsvorsorge), denn das ist der einzige Weg, um zukünftig die Gesundheit noch zu verbessern.
4. In der Zukunft werden alle Gesundheitsprobleme durch den technischen Fortschritt gelöst werden, so z.B. durch den Aufbau von medizinischer Informationstechnik, die Einführung von neuen Management- und Qualitätssicherungsmethoden oder neuen gentechnischen Behandlungsmethoden.
5. Für die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit ist die individualisierte bzw. privatisierte Infrastruktur einer öffentlichen überlegen.
6. Eine gesündere Bevölkerung ist ein Ziel, das mit allen Mitteln angestrebt werden muss, und dessen Realisierung außerdem zu gerechteren gesellschaftlichen Verhältnissen führen wird.
7. Durch umfangreiche Förderung der (bio)medizinischen Forschung wird bereits das Bestmögliche für die zukünftige Gesundheit der Bevölkerung getan.

1. Irrtum: Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich. Ob die Gesundheit gut oder schlecht ist hängt hauptsächlich von jedem selbst ab.

Dieser Irrtum besteht besonders in der einseitigen und falschen Überbetonung der Rolle des Risikoverhaltens („Lifestyle“, Bewegungsmangel, usw.) für die Entstehung von Krankheiten.

Ein typisches Beispiel sind die folgenden - jedem durchaus vertrauten - 10 Tipps des Chief Medical Officers (England) für eine bessere Gesundheit: rauchen Sie nicht, ernähren Sie sich ausgewogen mit viel Gemüse, bleiben Sie körperlich aktiv, managen Sie ihren Stress, trinken Sie keinen Alkohol oder höchstens mäßig, schützen Sie sich vor starkem Sonnenlicht, praktizieren Sie nur geschützten Geschlechtsverkehr, gehen Sie zu Krebsvorsorgeuntersuchungen, halten Sie die Verkehrsregeln (Unfallverhütung) ein und lernen Sie das Erste-Hilfe-ABC.¹ Zum Vergleich: Welche Ziele verfolgt die Anfang Mai 2003 im Nationalrat erläuterte österreichische Gesundheitsreform laut den Aussagen der Gesundheitsministerin? „Wir wollen den Schwerpunkt unserer Arbeit neben der Sanierung des Krankenversicherungssystems vor allem in der Vorsorge setzen.“ Diese Vorsorge, so die Ministerin, bestehe aus fünf Säulen: gesunde Ernährung, mehr Bewegung, Entspannung und bessere Stressbewältigung, die bessere Verankerung von Unfallverhütung in Freizeit und Haushalt sowie die Implementierung der medizinischen Vorsorge².

Diese auch in der Gesundheitsförderung üblicherweise im Vordergrund stehenden Themen drücken die Auffassung aus, dass die Gesundheit hauptsächlich eine Folge des individuellen Verhaltens ist und dass jeder sein Verhalten auch entsprechend ändern kann, wenn er nur will. Das Schlagwort dieser Sichtweise der Gesundheit lautet „Selbst- bzw. Eigenverantwortung“³. Mit dieser Sicht gibt es aber ein Problem. Das Problem besteht darin, dass die Gesundheitsforschung und Epidemiologie seit langem feststellt, dass die angeführten Verhaltensweisen einen vergleichsweise kleinen Beitrag zur Gesundheit einer Bevölkerung leisten und mit nur verhaltensorientierten Gesundheitsförderungsprogrammen kaum zu verbessern sind. Die ausschlaggebenden Faktoren für eine gute Gesundheit liegen in anderen Bereichen. Über sie handelt dieser Beitrag.

Die epidemiologische Forschung sowie die Erfahrungen der großen Epidemien im 19. Jahrhundert zeigen folgendes Bild: Überindividuelle Faktoren sind für die individuelle Gesundheit oft ausschlaggebend! Ausreichende Infrastruktur und Zugang zur Infrastruktur sind die wichtigsten Faktoren für eine gesunde Bevölkerung und für die individuelle Gesundheitserhaltung! Zur Infrastruktur⁴ zählen u.a. Bildungssystem, Energieversorgung, Wasserversorgung, Kanalisation, Müllabfuhr, Sozialversicherung (Pensionsystem), Gesundheitssystem, arbeitsrechtliche Bestimmungen usw., also jene gemeinschaftlich produzierten Güter, welche das Funktionieren einer entwickelten Gesellschaft erst ermöglichen.

In historischer Sicht war die Zunahme der Lebenserwartung und der drastische Rückgang vor allem der Infektionskrankheiten sowie die generelle Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts („Epidemiologische Transition“) eine **Folge des Aufbaus von Infrastruktur**, deren

¹ Donaldson, Liam: Ten Tipps for better health. In: Saving our lives: our healthier nation.1999. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386-tp.htm>

² Fünf Säulen der Gesundheitsbewegung. In: Gesundes Österreich, 5, Juni 2003, S. 5.

³ „Jeder ist sich selbst Herr seiner Gesundheit! Nicht der Staat oder die Sozialversicherungsträger seien für die Gesundheit des Einzelnen verantwortlich!“, wie es in einem Vortrag im Club Steiermark 2010 der Steirischen Volkspartei am 13. März 2002 der seit Jänner 2002 amtierende Geschäftsführer und Sprecher der Geschäftsführung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Dr. Josef Kandlhofer, ausdrückte.

⁴ Der Begriff „Infrastruktur“ bedeutet wörtlich etwa „zugrundeliegende Struktur“ bzw. „Unterbau“ und bezeichnete zuerst im militärischen und wirtschaftlichen Bereich die Anlagen und organisatorischen Einrichtungen, die für eine entwickelte Wirtschaft notwendig sind. Wir verwenden den Begriff hier erweitert auf die gesamte zugrundeliegende Struktur, die eine entwickelte Gesellschaft benötigt.

Vorhandensein heute oft für selbstverständlich gehalten wird⁵. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung wie auch die Einführung der bevölkerungsweiten Impfungen spielten neben den anderen Faktoren jedoch eine nur untergeordnete Rolle⁶.

Es gibt aber auch eine Überschätzung der Bedeutung der individuellen Gen-Ausstattung für den Ausbruch häufiger Krankheiten.

Beispiel: Selbst wesentlich durch genetische Disposition mitbestimmte Erkrankungen wie Diabetes Mellitus kommen erst durch äußere Faktoren wie Lebensweise und Ernährungsweise zum Ausbruch. So gibt es Länder, in denen der Altersdiabetes praktisch nicht auftritt⁷.

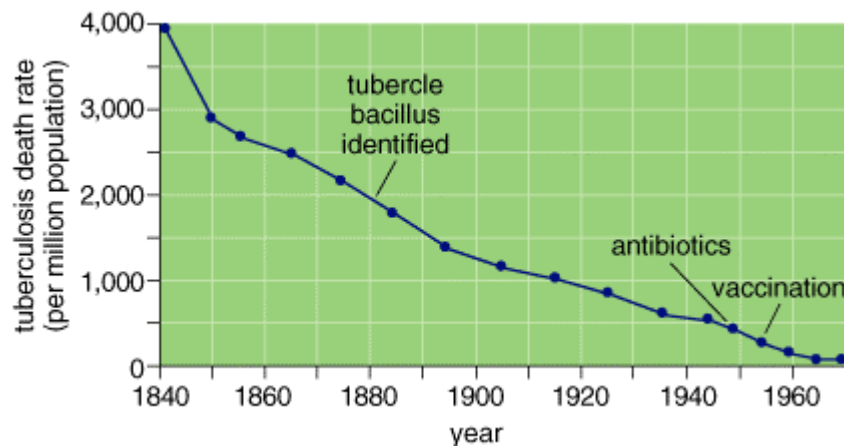


Abb. 1: Thomas McKeown's epidemiological research on the decline of respiratory tuberculosis in England and Wales revealed a stunning fact: Although medicine was credited with defeating the disease, more than 90 percent of the decline in mortality rates had taken place before a vaccine became available, suggesting that social and economic change had done most of the work. (Quelle: McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* 2nd Edition. Oxford: Basil Blackwell.)

⁵ Frühere Generationen mussten für diese Errungenschaften der öffentlichen Gesundheit (das Sozialsystem, das sichere Pensionssystem, die arbeitsrechtlichen Bestimmungen usw.) mühsam kämpfen.

⁶ McKeown Thomas: *The origins of human disease*. Oxford 1988. Reinhard Spree: *Der Rückzug des Todes*. Konstanz 1992.

⁷ Ein weiterer Aspekt: Wenn z.B. Herz-Kreislaufkrankungen aus dem Zusammenwirken von einerseits ungesunden Lebensbedingungen wie sitzender Lebensweise, Stress, wenig Esskultur u. Nahrungsqualität etc. und andererseits einer für diese Lebensweise nicht geeigneten genetischen Ausstattung des Menschen entstehen, was sollte dann verändert werden, die Lebensweise oder die genetischen Eigenschaften des individuellen Menschen? Heute wird vor allem die genetische Konstitution in Frage gestellt, nicht aber die vorherrschende Lebenskultur.



Abb. 2: Typhus-Sterblichkeit in Berlin 1854-1890 in Promille der Gestorbenen. Die erste horizontale Linie zeigt die Eröffnung der Wasserleitung 1857, die zweite den Beginn der Kanalisation 1876. Der Rückgang der Sterblichkeit erfolgte lange Zeit vor Einführung moderner medizinischer Maßnahmen in der Folge von Wasserleitungsbau und Kanalisation. (Quelle: M. Rodenstein: *Mehr Licht, mehr Luft*. Frankfurt 1988)

Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten sind Infrastruktur-Faktoren:⁸

Alternative (und wissenschaftlich fundierte) 10 Tipps zur Erhaltung Ihrer Gesundheit

a. Zugang zu Bildung und Einkommen:

Das Einkommen bzw. die Vermögensverhältnisse sind der bedeutendste Einzelfaktor für eine gute Gesundheit. Nicht nur die Einkommensarmut ist mit einem deutlich vermehrten Auftreten der meisten Erkrankungen verbunden, auch Personen mit mittlerem Einkommen besitzen im Durchschnitt keine so gute Gesundheit wie die Bestverdienenden. Eine hohe Bildung ist ein weiterer Faktor, der mit guter Gesundheit verbunden ist, und das auch unabhängig vom Einkommen, d.h. in jeder Einkommensschicht haben die besser Gebildeten die jeweils beste Gesundheit.

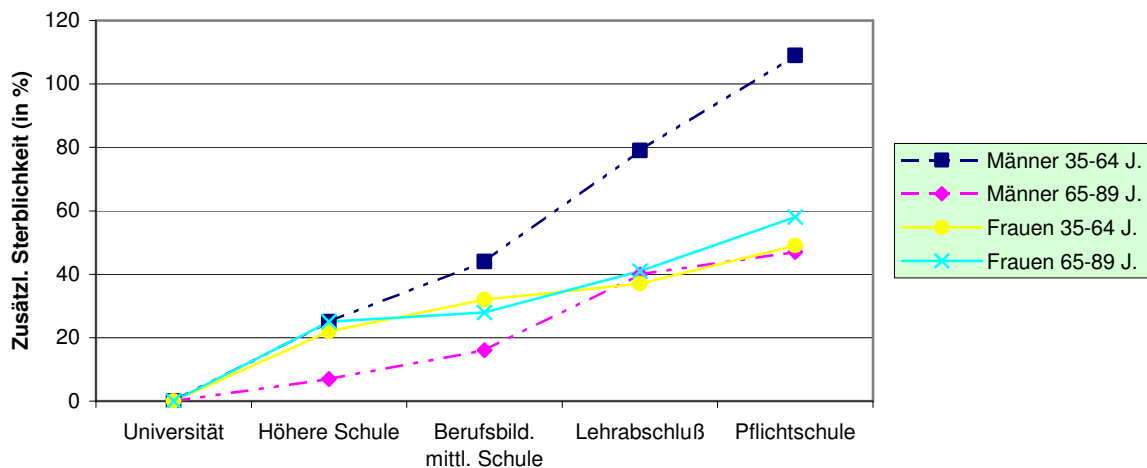
Die seit den 50er Jahren einzige Analyse der gesamtösterreichischen Sterblichkeit nach sozialen Schichtindikatoren (Bildung, beruflicher Status) erschien 1996 (s. Tab. 1, Doblhammer-Reiter 1996⁹) und beruht auf Sterbedaten von Mai 1981 bis Mai 1982.

⁸ vgl. Wilkinson R, Marmot M: Social determinants of health. The solid facts. WHO 1998.

⁹ Doblhammer-Reiter G (1996): Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Demographische Informationen 1995/96, 71-81.

Tab. 1: Zusätzliches Sterberisiko nach Geschlecht, Altersgruppe und höchster abgeschlossener Bildungsgruppe (bezogen auf die höchste Bildungsgruppe) (gesamtösterreichische Sterbefälle von 12.5.1981 bis 11.5.1982)				
Höchster Bildungsabschluß	Männer		Frauen	
	35-64 J.	65-89 J.	35-64 J.	65-89 J.
Universität/Hochschule	0%	0%	0%	0%
Höhere Schule	+ 25%*	+ 7%	+ 22%	+ 25%*
Berufsbildende mittl. Schule	+ 44%*	+ 16%*	+ 32%*	+ 28%*
Lehrabschluß	+ 79%*	+ 40%*	+ 37%*	+ 41%*
Pflichtschule	+ 109%*	+ 47%*	+ 49%*	+ 58%*

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zur Referenzgruppe "Universität/ Hochschule".
Quelle: Doblhammer-Reiter G (1996): Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Demographische Informationen 1995/96, 71-81.

Zusätzliche Sterblichkeit nach Bildung 1981/82

Die Daten der Tabelle 1 zeigen, dass im Alter zwischen 35 und 64 Jahren **bei Männern mit keiner höheren Ausbildung als Pflichtschulniveau das Sterberisiko um 109% höher ist als bei Akademikern. Bei Frauen mit Pflichtschulausbildung dieser Altersgruppe ist die Sterblichkeit um ca. 50% erhöht.** Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist primär auf den größeren Einfluss des Berufslebens auf die Männer als auf die Frauen in dieser Altersgruppe zurückzuführen.

Im 2001 erschienen Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey¹⁰ wurden der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von den Einkommensverhältnissen untersucht. Sowohl der subjektive Gesundheitszustand (Wie gesund fühlen Sie sich?) (Abb. 3) als auch das Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten (Tab. 2) ist in der untersten Einkommensgruppe (Haushaltseinkommen bis ÖS 10.000,--) deutlich höher als in der obersten.

¹⁰ Freidl W, Stronegger WJ, Neuhold C: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001. Magistrat Wien, Wien 2001.

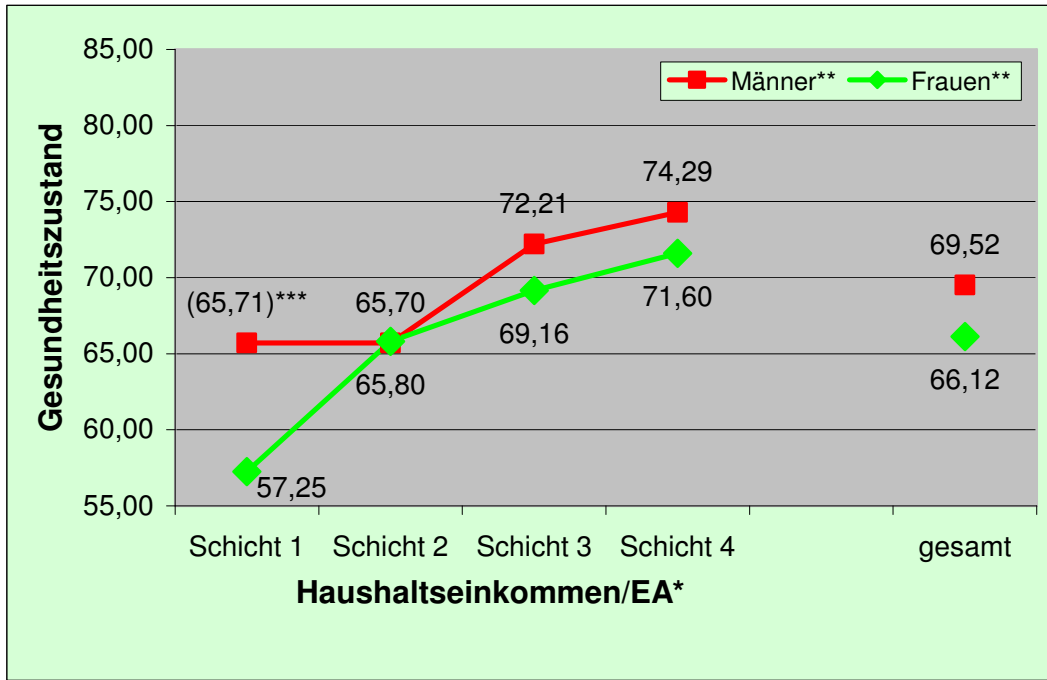


Abb. 3: Subjektiver Gesundheitszustand (0=sehr schlecht, 100=bestmöglich) in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen/EÄ* und dem Geschlecht (Alter ab 45 Jahren)

Schicht 1: bis ÖS 10.000; Schicht 2: bis ÖS 18.000; Schicht 3: bis ÖS 26.000; Schicht 4: über ÖS 26.000

*Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala *** Gruppe nicht repräsentativ

Quelle: Freidl/Stronegger/Neuhold: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Magistrat Wien 2001

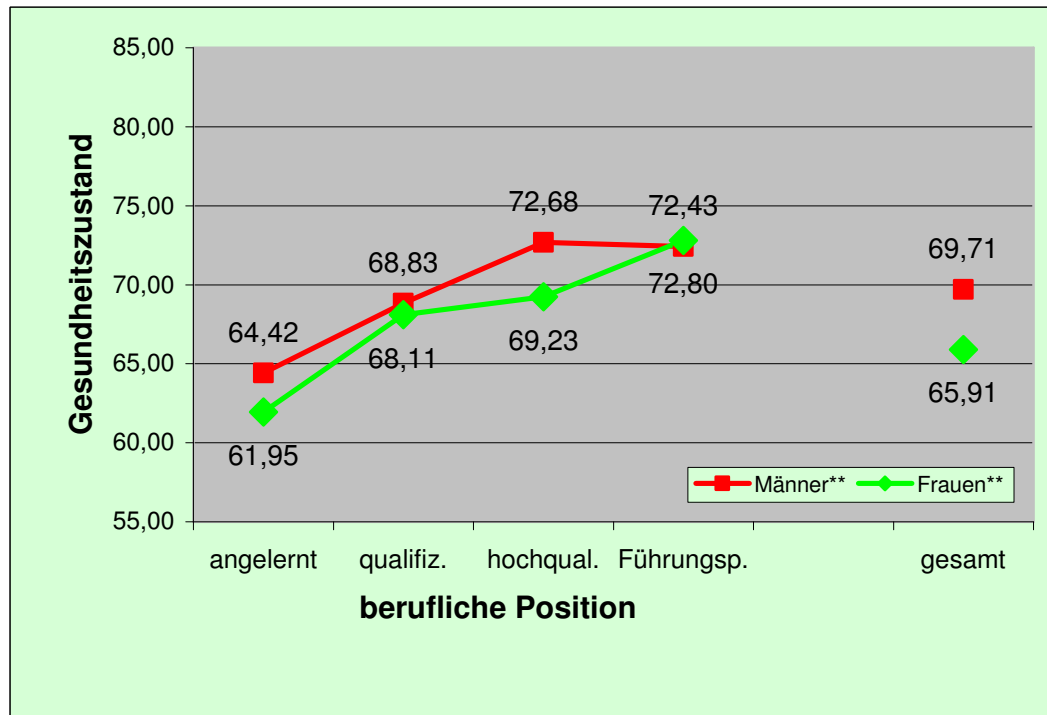


Abb. 4: Subjektiver Gesundheitszustand (0=sehr schlecht, 100=bestmöglich) in Abhängigkeit von der beruflichen Position und dem Geschlecht (ab 45 Jahren)

**Alter ab 45 Jahren

Quelle: Freidl/Stronegger/Neuhold: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Magistrat Wien 2001

Tab. 2: Prävalenz chronisch Kranker in Wien nach Netto-Haushaltseinkommen und Geschlecht		
Haushaltseinkommen/E.Ä.*	Personen mit mindestens einer chronischer Krankheit (Alter ab 45 Jahren, in %)	
	Männer	Frauen
bis ÖS 10.000	(44,5%)**	58,5%
ÖS 10.000 bis 18.000	54,5%	44,3%
ÖS 18.000 bis 26.000,--	43,7%	38,6%
über ÖS 26.000,--	38,0%	31,9%
Gesamt	47,0%	43,4%

* monatliches Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala
** Gruppe nicht repräsentativ für die Bevölkerung
Quelle: Freidl/Stronegger/Neuhold: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001. Magistrat Wien 2001

Für verschiedene Länder, u.a. England, ist eine Zunahme dieser Gesundheitsungleichheit während der letzten Jahrzehnte nachgewiesen. Angesichts der auch in Österreich zunehmenden Einkommensungleichheit kann davon ausgegangen werden, dass mit einer gewissen Verzögerung eine vergleichbare Zunahme der Ungleichheit bei der Krankheitshäufigkeit stattfinden wird.¹¹

b. Arbeitsbedingungen: Eine negative Bilanz aus Entscheidungsmöglichkeiten und Anforderungen sowie fehlende Anerkennung und geringe Arbeitsplatzsicherheit führen zu Herz-Kreislaufkrankungen und Leiden des Bewegungsapparates. Wichtig sind auch Unfallschutzbestimmungen und die Möglichkeit diese einzuhalten.

c. Lebensbedingungen in der eigenen Kindheit: Emotionale Vernachlässigung, Ernährungsfehler und weitere Belastungen (z.B. elterliches Rauchen) während der Kindheit beeinträchtigen das Wachstum und die Entwicklung (teilweise bereits vor der Geburt) und schaffen so die Grundlage für eine schlechte Gesundheit im Erwachsenenalter. Studien¹² haben gezeigt, dass etwa 10% bis 25% (für Personen mit unqualifizierter manueller Berufstätigkeit) der Gesundheitsungleichheit im Erwachsenenalter auf die kindlichen Entwicklungsbedingungen zurückzuführen sind. Als die drei wichtigsten Faktoren wurden die Bildung der Mutter, der Beruf des Vaters und die finanzielle Situation der Familie identifiziert. Die sozioökonomische Situation des Haushalts stellte sich als noch wichtiger heraus als die psychosozialen Umstände wie getrennt lebende Eltern.

d. Lebensbedingungen der Eltern und Großeltern: Die Humangenetik hat über lange Zeit eine Vererbung erworbener Eigenschaften („Lamarckismus“) vehement und ohne ausreichende wissenschaftliche Grundlage abgelehnt. Forschungen der letzten Jahre zeigten

¹¹ John Stuart Mill (1806 – 1873): „Nur in den zurückgebliebenen Ländern der Erde ist die Zunahme der Produktion noch ein wichtiges Ziel. Was in den fortgeschrittensten ökonomisch not tut, ist eine bessere Verteilung.“

¹² Van de Mheen H, Stronks K, van den Bos J, and Mackenbach JP: The contribution of childhood environment to the explanation of socio-economic inequalities in health in adult life: a retrospective study. Social Science & Medicine 44: 13-24, 1997.

jedoch, dass sogen. epigenetische Prozesse zur Vererbung nicht-genetischer Eigenschaften früherer Generationen, darunter auch Veranlagungen zu Krankheiten, führen können¹³. Auch neue epidemiologische Studien¹⁴ zeigten, dass z.B. die kindliche Ernährungssituation der Eltern und Großeltern eine Veranlagung zu höherer Sterblichkeit an Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen an Kinder bzw. Enkelkinder vererben dürfte. Die Bedeutung dieses Paradigmenwechsels - nicht nur für die Sozialmedizin - kann in ihrem Umfang derzeit noch gar nicht ermessen werden.

e. Wohnverhältnisse und Umwelt: Hygienische Verhältnisse, erschwinglicher Wohnbau (statt Überbelegung, Kellerwohnungen), hochwertige Architektur und Städtebau (statt Hochhäuser und moderne „Bassenwohnungen“, Satellitenstädte), sogar das Wohnumfeld (Erholungsräume, Lärm, Luftqualität) sind nach neuen Forschungen eine Voraussetzung für die Erhaltung der Gesundheit¹⁵. Weiters wichtig ist die Nahversorgung (besonders für ältere Menschen).

f. Ernährungsqualität: Die Qualität der Industrienahrung ist oft gesundheitsschädigend (z.B. überhöhter Salzgehalt, minderwertige Fette, Konservierungsmittel und div. Rückstände aufgrund der Massentierhaltung). Wichtig: Zugänglichkeit guter Nahrungsmittel, besonders in Schulmensen, Kantinen, Gasthäusern.

g. Soziale Kontakte und Unterstützung („soziales Netz“): Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung positiver sozialer Beziehungen und Kommunikation am Arbeitsplatz sowie am Wohnort (Städtebau!), Begegnungsräume (vgl. Alameda County Study: Berkman 1979).

h. Randgruppen (Armut, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Gastarbeiter...): Soziale Ausgrenzung verursacht besonders schlechte Gesundheit.

i. Sozial- und Gesundheitssystem: Qualität der Leistungen und Zugänglichkeit für alle.

j. Transportsystem: Radfahren, Gehen und öffentliche Verkehrsmittel fördern Gesundheit mehrfach: sie fördern die Bewegung, sind weniger unfallgefährdend, erhöhen die Kommunikation und reduzieren die Luftverschmutzung. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten des Individualverkehrs sind exorbitant und fehlen für öffentliche Verkehrsinfrastruktur.

¹³ Dennis C: Altered states. Nature 421, 13. Feb. 2003, 686-688 (2003).

¹⁴ G Kaati, L O Bygren and S Edvinsson: Cardiovascular and diabetes mortality determined by nutrition during parents' and grandparents' slow growth period. *European Journal of Human Genetics* (2002) **10**, 682-688.

¹⁵ Vgl. Stronegger WJ, Csitkovics M, Freidl W. Infrastrukturgleichheit am Beispiel Wohnumwelt und Gesundheit in einer urbanen Population. Erscheint in: Gabriele Bolte, Andreas Mielck (Hrsg.) 'Environmental (In)Justice' voraussichtlich 2004.

Eine eindrucksvolle Schilderung der Folgen verfehlten Städtebaus gibt Jürgen Quandt, evang. Pfarrer in der Hochhaussiedlung „Gropiusstadt“ in Berlin-Neukoelln: „...außerdem bietet die ‚natürliche‘ Umgebung nur noch wenig Natur und damit wenig Entfaltungsmöglichkeiten. Die schwächsten Gruppen in der Gesellschaft, die Kinder, die Jugendlichen und die Alten sind solchen zerstörerischen Lebensbedingungen am unmittelbarsten ausgeliefert. Es fehlt in der Gropiusstadt nach Abschluß der Bebauung – und das heißt nach Ausnutzung jeglichen Baugrundes – an geeigneten Spielmöglichkeiten für Kinder, an Freizeiteinrichtungen für Jugendliche und Erwachsene und vor allem an Erholungsflächen. Es gibt hier keine großen Parkanlagen, keine Wiesen, keine Wälder; einfach nichts, wo Kinder sich auf legale Weise austoben oder Erwachsene spazieren gehen können. Die Logik solcher Städte wie der Gropiusstadt beruht auf der Rentabilität des Kapitals und orientiert sich nicht an den Bedürfnissen und Lebensnotwendigkeiten der Menschen.“ (in: Christiane F. Wir Kinder vom Bahnhof Zoo. Hamburg 1981) In den 80er Jahren wurde aufgrund wachsender sozialer Probleme das Wohnumfeld der Gropiusstadt verbessert, dennoch ergab eine Untersuchung von Mathias Geyer im Jahre 1999, dass jeder dritte Bewohner wegziehen möchte. Überall sind heute von dieser Problematik bestehende ältere Stadtteile betroffen, in denen der Profitlogik entsprechend jede verfügbare Fläche verbaut wird und andererseits keine neuen „unprofitablen“ Infrastrukturangebote wie Parkanlagen, Spielplätze etc. mehr entstehen.

1. Folgerung: Eine ausreichende INFRASTRUKTUR ist die zentrale Grundlage für die Gesundheit der Bevölkerung wie des Einzelnen. Der/die Einzelne ist auf deren Vorhandensein angewiesen, um seine Gesundheit erhalten zu können.

Gesundheit ist eine Frage der INFRASTRUKTUR-GERECHTIGKEIT

Zur **Infrastrukturgleichheit** gehört erstens die **soziale Gleichheit** (Verteilungsgleichheit), d.h. der gerechte Zugang für alle zu den Infrastrukturgütern der Gesellschaft. Zur Infrastrukturgleichheit gehört zweitens die **Umweltgleichheit**, d.h. der gerechte Zugang zu den Ressourcen der Umwelt/Natur. Der Erhaltung der natürlichen Umwelt kommt als Grundlage für die Umweltgleichheit daher die gleiche Bedeutung zu wie der Erhaltung der gesellschaftlichen Infrastruktur für die soziale Gleichheit.

2. Irrtum: Gesundes Verhalten ist für die Gesundheitserhaltung wichtiger als es gesunde Lebensbedingungen sind.

Der Großteil der präventiven Programme und der Gesundheitsförderungsaktivitäten, welche gegenwärtig finanziert werden, zielen auf eine Veränderung des Verhaltens, z.B. mehr Bewegung zu betreiben oder weniger zu rauchen. Diese Praxis entspricht keineswegs dem Stand der epidemiologischen Forschung.

Einerseits haben Untersuchungen an großen Bevölkerungsgruppen festgestellt, dass die wichtigen Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel, Ernährung usw. weniger Krankheiten verursachen als durch benachteiligende Lebensumstände entstehen. Andererseits konnte nachgewiesen werden, dass die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu einem großen Teil bereits von den Verhältnissen bestimmt werden, d.h. dass das Verhalten unter gegebenen Umständen oft nicht wirklich „frei“ gewählt werden kann. So kann z.B. ein auf das Kantinenessen angewiesener Angestellter die Qualität seiner Ernährung nicht frei wählen.

Niederländische Studien¹⁶ haben gezeigt, dass die Sterblichkeit (und ähnlich auch die Morbidität) zu ca. einem Drittel auf sozioökonomische Bedingungen und zu einem weiteren Viertel auf Verhaltensweisen, die durch diese Bedingungen bereits festgelegt werden, zurückzuführen ist. Somit sind die Lebensbedingungen zu über 50% für ein kürzeres oder längeres Leben verantwortlich! Die bekannten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, soweit sie die Studienteilnehmer frei wählen konnten, also gewissermaßen in „Selbstverantwortung“, waren für etwa ein weiteres Viertel der Sterblichkeit verantwortlich. Selbst wenn dieses „frei“ gewählte Verhalten vollständig veränderbar wäre – was nach allen Erfahrungen sehr schwer realisierbar ist -, würden die Hauptursachen für Gesundheit und Krankheit unberührt wirksam bleiben.

2. Folgerung: Gesunde Lebensbedingungen sind nicht nur die wichtigste Grundlage für die Gesundheitserhaltung, sondern auch die Voraussetzung für ein gesundheitsförderndes Verhalten jedes/jeder Einzelnen.

¹⁶ C. Schrijvers et al.: Am.J. Public Health, 89, 1999. K. Stronks et al. : Sociology of health & Illness, 18, 1996.

3. Irrtum: Die Selbstverantwortung für die Gesundheit ist verstärkt einzufordern, wo möglich auch mit Anreizsystemen (z.B. Selbstbehalte, höhere Prämienzahlungen für Personen mit mangelnder Gesundheitsvorsorge), denn das ist der einzige Weg, um zukünftig die Gesundheit noch zu verbessern.

Es muss hier bedacht werden, dass Selbstverantwortung und Eigenvorsorge für die Gesundheit für jede/n dort enden, wo es für ihn/sie keinen Zugang zu der nötigen Infrastruktur mehr gibt! Die Grenzen der jeweils benützbaren Infrastruktur sind die Grenzen der individuellen Freiheit und somit der Verantwortung.

Selbstbehalte verlagern die Verantwortung für medizinische Entscheidungen weg von der fachlichen Kompetenz (ÄrztIn) hin zum erkrankten Menschen, denn Kranke würden dann vermehrt aufgrund finanzieller Erwägungen Entscheidungen über ihre Therapie treffen (müssen). Mit solchen Fehlentwicklungen kann kein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem entstehen. Die Steuerung in einem leistungsfähigen Gesundheitswesen muss aufgrund sachlicher Kriterien erfolgen, wie sie heute z.B. von der *Evidence Based Medicine* zur Verfügung gestellt werden.

Extrembeispiel: Hunger in Ländern mit ausreichender Nahrungsmittelproduktion. Amartya Sen untersuchte Hunger und Nahrungsmittelangebot in fünf Ländern Afrikas zwischen 1983 und 1984. „Obwohl in Botswana, Zimbabwe und Kap Verde zw. 1983 und 1984 weniger Nahrungsmittel erzeugt wurden als in früheren Jahren, konnte man in diesen Ländern durch öffentliche Programme ein Massensterben verhindern. Die Bevölkerung des Sudan und Äthiopiens, wo praktisch keinerlei öffentliche Vorsorge getroffen wurde, erlitten hingegen trotz relativ besserer Ernten schwere Hungersnöte.“¹⁷

Keinen ausreichenden Zugang zur gesundheitswichtigen Infrastruktur und daher keine Wahlmöglichkeit gibt es in Armut und in sozial benachteiligten Gruppen. Die Gesellschaft geht den vermeintlich billigeren Weg und produziert die Illusion freier Wahlmöglichkeiten für alle, anstatt die Wahlmöglichkeit für alle tatsächlich sicherzustellen oder zumindest anzustreben.

Dieser Vorstellung liegt ein einseitiges Menschenbild zugrunde, das die Gesellschaft nur als Ansammlung von Individuen begreift und die Realität übergreifender gesellschaftlicher Strukturen leugnet. Dementsprechend glaubt diese Denkrichtung, dass auf Vertragsbasis und mittels wirtschaftlichen Austauschs zwischen einzelnen Akteuren alle gesellschaftlichen Verhältnisse optimal und gerecht gestaltbar sind. Es gibt allerdings nicht nur eine Tauschgerechtigkeit, sondern auch eine Verteilungsgerechtigkeit, die hier geleugnet wird.

3. Folgerung: Erst wenn zwei Bedingungen erfüllt sind, kann der/die Einzelne tatsächlich Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen:
a. Eine ausreichende Infrastruktur muss vorhanden sein.
b. Diese muss für alle verfügbar sein, es darf also keine soziale Ungleichheit in Bezug auf grundlegende Infrastrukturangebote geben, die ganze Bevölkerungsteile vom Zugang ausschließen würde („INFRASTRUKTURGERECHTIGKEIT“).

Hiermit hängt ein weiterer Irrtum zusammen:

¹⁷ Amartya Sen: Lebensstandard und Lebenserwartung. Spektrum der Wissenschaft, Nov. 1993, S. 38-45.

4. Irrtum: In der Zukunft werden alle Gesundheitsprobleme durch den technischen Fortschritt gelöst werden, so z.B. durch den Aufbau von medizinischer Informationstechnik, die Einführung von neuen Management- und Qualitätssicherungsmethoden oder neuen gentechnischen Behandlungsmethoden.

Sobald es in einem Bereich gravierende Probleme gibt, ertönt heute in der Regel der Ruf nach Einführung einer neuen Technologie. Neue Managementmethoden und Verfahren der Qualitätssicherung versprechen, für jedes Problem eine Lösung anzubieten, bei der es nur Gewinner geben soll. Neben diesen mittlerweile allgegenwärtigen Organisationstechniken setzt man höchste Erwartungen besonders in den Aufbau von Informationstechnik und Biotechnologien. So werden z.B. unter dem Titel „e-health“ große Investitionen zum Aufbau einer Telematik-Infrastruktur im gesamten Gesundheitswesen innerhalb der EU initiiert¹⁸. Diese Informationstechnik soll u.a. durch Speicherung und Verfügbarmachung aller medizinischen Daten jedes Versicherten sowohl die Prävention als auch die Behandlung von Krankheiten unterstützen. Die österreichweite Einführung der als Ersatz für den Krankenschein propagierten Chipkarte „e-card“ ist ein erster allgemein sichtbarer Schritt in diese Richtung.

In einzelnen Anwendungen werden diese Techniken vermutlich zu teilweisen Verbesserungen der medizinischen Praxis führen, wie sie andererseits wohl auch mit neuartigen Gefahren verbunden sind¹⁹. Jedenfalls aber lassen noch so entwickelte Technologien als solche keine Lösung für das Problem der sozialen Ungleichheit des Gesundheitszustandes erwarten. Der Grund ist, dass Technologien das der Ungleichheit zugrundeliegende Verteilungsproblem, d.h. die gerechte Verteilung des Wohlstandes in einer Gesellschaft, nicht automatisch lösen. **Der durch die Technik entstehende Machtzuwachs des Menschen erfordert im Gegenteil die Übernahme immer höherer Verantwortung, also die Orientierung an ethischen Prinzipien, um den neuen Gefahren durch die Anwendung der neuen Machtmittel gewachsen zu sein.**²⁰ Gerechtigkeit kann nicht durch Technik ersetzt werden, so sehr die heutige Zeit an technische Lösungen für alle ihre Probleme glauben mag.

4. Folgerung: Gerechtigkeit kann nicht durch Technik ersetzt werden. Ohne mehr Gerechtigkeit aber führen auch die besten Technologien nicht zu einer Bevölkerung mit mehr Gesundheit.

¹⁸ EU hat mit e-health und den Beschlüssen von Lissabon 2000 Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass „...all health professionals.. should be linked to a telematic health infrastructure for prevention, diagnosis and treatment.“

¹⁹ Man denke hier nur an die am 21.01.2003 beschlossene Verordnung, die den Verkauf der Daten des österr. Melderegisters an Firmen („Businesspartner“) als Einnahmequelle legalisiert. Noch gewinnbringender könnte der Verkauf von personenbezogenen Krankheitsdaten an Firmen (z.B. Personalbereitstellungsfirmen, Arbeitsmarktservice...) sein.

²⁰ Z.B. C.F. v. Weizsäcker (Die Geschichte der Natur. Göttingen 1954): „Wenn das Wissen und die aus dem Wissen folgende Macht überhaupt gut sein können, dann nur in der Hand guter Menschen. Die Entscheidungen, um die es sich hier handelt, fallen nicht in der wissenschaftlichen, sondern in der moralischen Ebene.“ Hervorragende Analysen dieser Zusammenhänge finden sich bereits bei Romano Guardini in „Das Ende der Neuzeit“ und „Die Macht“, beide: Mainz 1986.

5. Irrtum: Für die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit ist die individualisierte bzw. privatisierte Infrastruktur einer öffentlichen überlegen.

„Auch Einrichtungen der Infrastruktur, öffentliche Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie gewinnbringende Branchen in unserer Wirtschaft dürfen nicht zum Schaden der Bevölkerung abgegeben werden. Bedauerlicherweise werden derzeit im Rahmen der Welthandelsorganisation Vorstellungen für ein allgemeines Abkommen über Handel und Dienstleistungen entwickelt. Und dieses zielt auf die Privatisierung und Liberalisierung sämtlicher öffentlicher Dienstleistungen ab.

Tatsächlich sind aber die bisherigen Beispiele aus dem Ausland alles andere als ermutigend. Ich warne daher eindringlich davor, Vermögenswerte und Einrichtungen, die unsere Vorfahren mühsam geschaffen haben, aufzugeben - weil wir sie damit jenen entziehen, die darauf angewiesen sind.“

(aus der Rede von Bundespräsident Thomas Klestil vor den Delegierten des ÖGB-Bundeskongresses am 14. Okt 2003.)

Neben theoretischen Überlegungen zeigte nicht zuletzt die historische Erfahrung, dass Infrastruktur nicht in ausreichendem Umfang und hoher Qualität zur Verfügung steht, wenn sie unrichtigerweise als ein marktgängiges Produkt behandelt wird²¹. Tatsächlich kann es für Infrastruktur aus strukturellen Gründen keinen „freien“ Markt geben wie für ortsungebunden beziehbare Produkte, und der gewaltsame Aufbau eines „Marktes“ führt leicht zu skurrilen Entwicklungen (man denke an den Wald von Handymasten, den jeder einzelne Betreiber ursprünglich errichtete).

Die Individualisierung der Infrastruktur durch Privatisierung führt zu den gravierenden Folgen:

1. Allmählicher Abbau von Infrastruktur (z.B. unrentable Bezirke werden nicht mehr versorgt, da sie den Gesamtgewinn schmälern), was vor allem bereits infrastrukturbenachteiligte Personen betrifft.
2. Verlust der Qualität der Infrastruktur, besonders für finanzschwache Benutzer, die sich eine ausreichende Qualität nicht leisten können (z.B. Wasserqualität, Versorgungssicherheit, Konkursgefahr des Anbieters).
3. Neben „Sonderangeboten“ vor allem Verteuerungen für die am stärksten von der Infrastruktur Abhängigen (z.B. höhere Preise in Stoßzeiten, z.B. die Stromversorgung in Norwegen usw.) und folglich Zugangerschwerung und damit Unterversorgung für ärmere Schichten. Infrastrukturgerechtigkeit ist kein Ziel privatwirtschaftlicher Infrastrukturanbieter.
4. Die von den Betreibern dieses Umbaus in Aussicht gestellte Verbilligung der Infrastrukturgesamtkosten konnte auf lange Sicht noch nirgends beobachtet werden.

Der Mensch lernt aus der Geschichte, dass er nichts aus der Geschichte lernt...

Die privatwirtschaftlich organisierte Wasserversorgung Londons im 19. Jh. führte dazu, dass ein großer Teil der Haushalte wegen mangelnder Rentabilität nicht versorgt wurden und aufgrund mangelnder Wasserqualität wiederholt Choleraepidemien auftraten. Schließlich wurde eingesehen, dass die Wasserversorgung in eine kommunale Hand gelegt gehört (*Public Health Act* von 1848, der allerdings nicht für London galt)²².

²¹ Ausführliche Hintergrundinformationen bietet ATTAC unter <http://www.stoppgats.at>.

²² „Da neue wirkungsvollere Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse in den dicht besiedelten Städten und Distrikten in England und Wales zu treffen sind, ist es zweckmäßig, die Wasserversorgung..., Kanalisation, Entwässerung, Müllabfuhr, Straßenpflasterung und deren Kontrolle einem und demselben örtlichen Organ zu unterstellen...“ zit. n. Rodenstein M: „Mehr Licht, mehr Luft“. Frankfurt 1988, S. 76.

Es ist somit bei fortschreitender Privatisierung zu erwarten, dass für große Bevölkerungsgruppen mindestens teilweise ein Zustand defizitärer Infrastruktur entstehen wird, wie er für die Gesellschaft vor der „Epidemiologischen Transition“, also vor dem 20. Jahrhundert, charakteristisch war und in der heutigen 3. Welt vorherrscht. Mit einer deutlichen Verschlechterung der Gesundheit des Großteils der ärmeren Bevölkerung müsste dann gerechnet werden.

Längerfristig könnte die Individualisierung der Infrastruktur über Konzentrationsprozesse zu einer neuerlichen Monopolisierung der Infrastrukturanbieter führen (man denke u.a. an die Konzentration im Medienbereich), diese Monopole würden dann allerdings nicht mehr einer demokratischen Kontrolle unterliegen, wie dies ehemals für die öffentliche Infrastruktur der Fall war. Die zu erwartenden Folgen für demokratisch verfasste Rechtsstaaten sind naheliegend.

5. Folgerung: Nur die demokratische Herstellung und Kontrolle der Infrastruktur gewährleistet ausreichende Qualität und allgemeinen Zugang (Infrastrukturgleichheit) und ist damit die notwendige Grundlage für eine hohe Bevölkerungsgesundheit.

6. Irrtum: Eine gesündere Bevölkerung ist ein Ziel, das mit allen Mitteln angestrebt werden muss, und dessen Realisierung außerdem zu gerechteren gesellschaftlichen Verhältnissen führen wird.

Mehr soziale Gerechtigkeit führt zwar nach den Ergebnissen der Sozialepidemiologie zu einer besseren Gesundheit der Bevölkerung, aber man darf nicht umgekehrt schließen, dass mehr Gesundheit immer zu höherer sozialer Gerechtigkeit führt. Die Wege, die man zur Hebung der Gesundheit einschlagen kann, müssen keine wünschenswerten und ethisch vertretbaren sein. Z.B. dann, wenn man vermeintlich ungesunde Verhaltensweisen durch Bestrafungen verschiedenster Art (höhere Versicherungsprämien etc.) zu reduzieren versucht. In weiterer Konsequenz kann eine radikale Forderung nach Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis zur Eliminierung der Nicht-Gesunden und Behinderten führen, und dies in einem ersten Schritt am einfachsten zu Lebensbeginn oder zu Lebensende.

Seit Beginn der Neuzeit mit ihrer ausschließlichen Diesseitsorientierung wurde Gesundheit zu einem rein positiven Wert, während Krankheit nur mehr negativ gewertet wurde. Positive Seiten der Krankheit und noch weniger negative Aspekte der Gesundheit, wie sie in den frühmittelalterlichen Begriffen der „**schädlichen Gesundheit**“ und der „**gesunden Krankheit**“ zum Ausdruck gebracht wurden²³, sind uns Heutigen kaum zugänglich. Gerade dieser Verlust der Doppelgesichtigkeit von Gesundheit und Krankheit zugunsten eines simplen Gut-Schlecht-Dualismus verdrängt eine Seite der jeweiligen Wirklichkeit, die in weiterer Folge umso gewaltsamer ihre Wirksamkeit entfalten kann.

Anders gesagt ist die Ausrottung der Krankheiten kein *per se* ethisches Ziel. Werden der Gesundheit und Leistungsfähigkeit daher alle weiteren gesellschaftlichen Ziele und Werte untergeordnet, auch der tatsächlich höherstehende Wert der Gerechtigkeit, so kann es zu bedenklichen Entwicklungen kommen. Ein warnendes Beispiel für die Folgen eines

²³ So z.B. in einem Bamberger Codex des 9. Jh.: „Sehr heilsam nämlich ist eine Krankheit (*salubris infirmitas*), die den Sinn des Menschen in seiner Verhärtung aufbricht, und sehr gefährlich (*valde perniciosa*) ist eine Gesundheit, die den Menschen zur Unbotmäßigkeit verführt.“ Zit. n. H. Schipperges, *Der Garten der Gesundheit*. Dtv München 1985, S. 260.

einseitigen Gesundheitskultes („Du hast die Pflicht gesund zu sein!“²⁴) - gerade auch für die heutige Zeit - wurde durch den Nationalsozialismus gegeben, in welchem das Ziel der Leistungssteigerung des Volkskörpers mit Konsequenz in die Vernichtung der Nicht-Leistungsfähigen und des als „unrein“ Bewerteten führte. Der bedeutende Theologe und Philosoph Romano Guardini warnte in den 50er Jahren vor den Folgen der Herausbildung eines einseitigen, „nur auf die eigene Natur und Kraft gestellten Menschen“, „an dessen Werden ja doch von allen Seiten gearbeitet wird“²⁵ (man denke hier nur an das heutige Arbeitsleben und die Ziele der Ausbildungsangebote).

6. Folgerung: Gesundheit ist nur in einer solchen Gesellschaft ein unbedenkliches und positives Ziel, die zuerst und zugleich auch die Gerechtigkeit anstrebt und weiters den zweiten Pol der Gesundheit, d.h. die Krankheit, ebenso akzeptiert wie die Gesundheit, also den kranken und behinderten Menschen den selben Wert zugesteht wie den gesunden und leistungsfähigen.

En résumé:

Gesundheit ist eine Frage der INFRASTRUKTUR-GERECHTIGKEIT

Zur Infrastrukturgerechtigkeit gehört erstens die **soziale Gerechtigkeit** (Verteilungsgerechtigkeit), d.h. der gerechte Zugang für alle zu den Gütern der Gesellschaft. Zur Infrastrukturgerechtigkeit gehört zweitens die **Umweltgerechtigkeit**, d.h. der gerechte Zugang zu den Ressourcen der Umwelt/Natur. Der Erhaltung der natürlichen Umwelt kommt als Grundlage für die Umweltgerechtigkeit daher die gleiche Bedeutung zu wie der Erhaltung der Infrastruktur für die soziale Gerechtigkeit.

Die nachdrückliche Forderung des gesunden und leistungsfähigen Menschen erfordert die gleich nachdrückliche Akzeptanz des kranken und behinderten Menschen. Nur wenn beides mit gleicher Stärke akzeptiert wird, entsteht kein den Menschen zerstörendes Ungleichgewicht.

²⁴ Titel einer Hitler-Jugend-Propagandaschrift, Berlin o.V. o.J.

²⁵ R. Guardini: Der Dienst am Nächsten in Gefahr. In: Sorge um den Menschen. Bd. 2. Würzburg 1966.

7. Irrtum: Durch umfangreiche Förderung der (bio)medizinischen Forschung wird bereits das Bestmögliche für die zukünftige Gesundheit der Bevölkerung getan.

**7. Folgerung: Weil die Bevölkerungsgesundheit überwiegend außerhalb des Medizinsystems entsteht, muss auch die nichtbiomedizinische Gesundheitsforschung gefördert werden:
Epidemiologie, Sozialmedizin, Santé Publique (Public-Health), Prävention...**

Forschungsbedarf in Österreich...

Institutionalisierung von Forschungsstrukturen ist notwendig:

Vorschlag: Einrichtung einer
„Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie und Sozialmedizin“

mit den Aufgaben:

- Koordination aller thematisch einbeziehbarer Institutionen.
- Anregung von Forschungsarbeiten (z.B.: Entwicklung eines Indikator-systems; epidemiologische Studien).
- Einrichtung eines Forschungsschwerpunkts.
- Anregung der sozial-epidemiologischen Auswertung vorhandener Datenquellen (z.B. die Mortalitätsdaten des ÖSTAT).

Nachwort

Als Anregung zu einer erweiterten Sicht: Laotse gibt vor ca. 2500 Jahren im *Tao Te King* am Ende des Buches (Strophe LXXX) ein – natürlich fiktives – Bild einer „gesunden“ Gesellschaft, wie sie dem neuzeitlich-westlichen Denken fremd ist, das aber u.a. eine Verringerung der koronaren Herzerkrankungen in Aussicht stellt:

*Ein leises Land / einfältig Volk /
Befreit von Wissen / erwiese das Ungekannte.
Ehrend Kreisung / fürchtend Entkreisung /
Ehrfürchtig priese man das Tod Genannte.
Nicht wäre Unbleibens um zu erraffen.
Helme und Waffen hingen ungebraucht.
Schiffe und Wagen führen nicht.
Man griffe wieder zu Knotenschnüren statt Schrift.
Es schmeckte die Kost /
Und einfach fiele das Kleid.
Die Stuben wären Stätten der Stille.
Der Leere Fülle macht das Herz weit...*