

## Pressekonferenz Hintergrundinformation

# GESELLSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN DER GESUNDHEIT UND POLITISCHE FOLGERUNGEN

## 6 Irrtümer zur Gesundheit und Hauptresultate der Sozial-Epidemiologie und Sozialmedizin

von W.-J. Stronegger, Graz

**1. Irrtum: Jede r ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich. Ob sie 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.

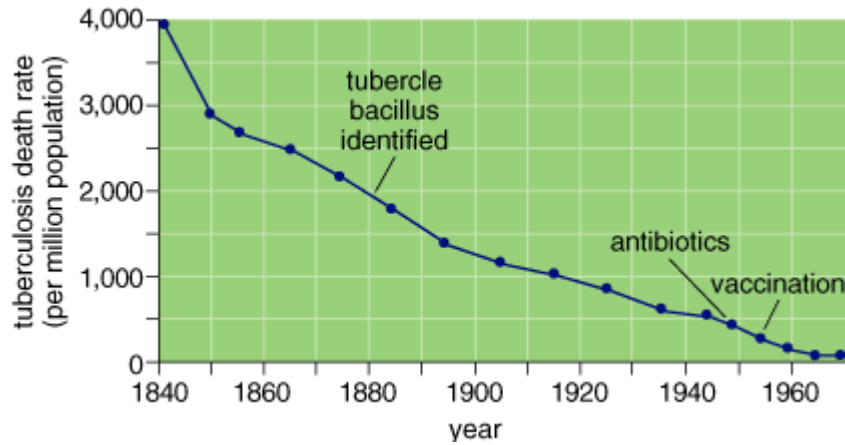
Epidemiologische Forschung und die Erfahrungen der Epidemien im 19. Jahrhundert haben gezeigt: Überindividuelle Faktoren sind für die individuelle Gesundheitserhaltung oft ausschlaggebend! Ausreichende Infrastruktur und Zugang zur Infrastruktur sind die wichtigsten Faktoren für eine gesunde Bevölkerung und für die individuelle Gesundheitserhaltung! Zur Infrastruktur<sup>1</sup> zählen Bildungssystem, Energieversorgung, Wasserversorgung, Kanalisation, Müllabfuhr, Sozialversicherung (Pensionssystem), 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 Vorhandensein heute oft für selbstverständlich gehalten wird. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung wie auch die Einführung der bevölkerungsweiten Impfungen spielten neben den anderen Faktoren jedoch eine nur untergeordnete Rolle (vgl. McKeown)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> McKeown Thomas: The origins of human disease. Oxford 1988.



**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.)



**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:<sup>3</sup>

### 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 fast aller 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 erste und bisher einzige Analyse der gesamtösterreichischen Sterblichkeit nach sozialen Indikatoren (Bildung, beruflicher Status, Familienstand) erschien 1996 (s. Tab. 1, Doblhammer-Reiter 1996<sup>4</sup>) und beruht auf Sterbedaten von Mai 1981 bis Mai 1982.

<b>Tab. 1:</b> Zusätzliches Sterberisiko nach Geschlecht, Altersgruppe und höchster abgeschlossener Bildungsgruppe (bezogen auf die höchste Bildungsgruppe) (gesamtösterreichische Sterbefälle von 12.5.1981 bis 11.5.1982)				
<b>Höchster Bildungsabschluß</b>	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>	
	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.

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.

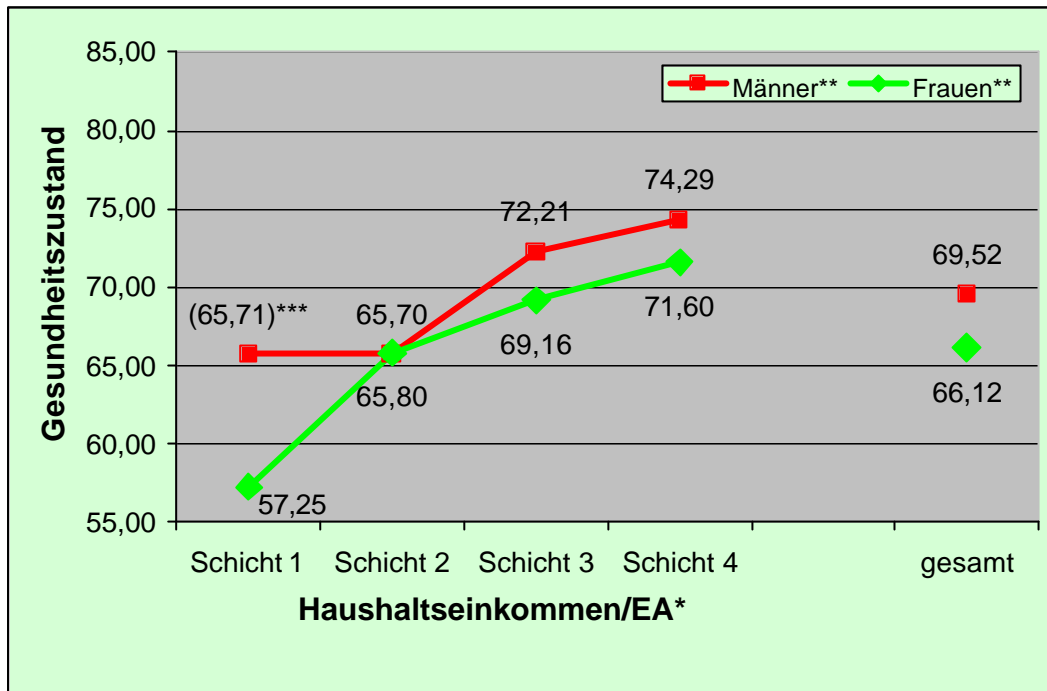
Im 2001 erschienen Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey<sup>5</sup> wurden der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung und den Einkommensverhältnissen untersucht. Sowohl der subjektive Gesundheitszustand (Wie gesund fühlen Sie sich?) (Abb. 3 u. 4) als auch das Vorliegen einer oder mehrerer chronischer

<sup>3</sup> vgl. Wilkinson R, Marmot M: Social determinants of health. The solid facts. WHO 1998.

<sup>4</sup> Doblhammer-Reiter G (1996): Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Demographische Informationen 1995/96, 71-81.

<sup>5</sup> Freidl W, Stronegger WJ, Neuhold C: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001. Magistrat Wien, Wien 2001.

Krankheiten (Tab. 2) ist in der untersten Einkommensgruppe (Haushaltseinkommen bis ÖS 10.000,-) deutlich höher als in der obersten.

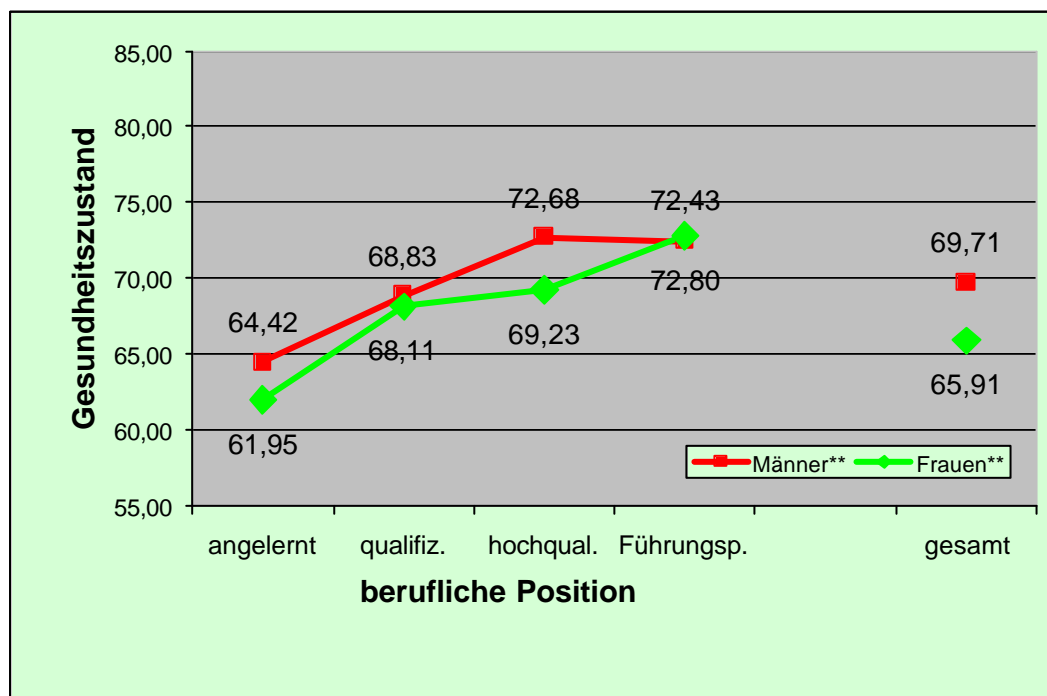


**Abb. 3:** Subjektiver Gesundheitszustand (0=sehr schlecht, 100=bestmöglich) in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen/EÄ\* und dem Geschlecht (Alter ab 45 Jahren)

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=schlechtester möglicher, 100=bestmöglicher) 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

<b>Tab. 2: Prävalenz chronisch Kranker (ab 45 Jahren) in Wien nach Netto-Haushaltseinkommen und Geschlecht</b>		
<b>Haushaltseinkommen/EÄ*</b>	<b>Personen mit mindestens einer chronischer Krankheit (Alter ab 45 Jahren, in %)</b>	
	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
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%
<b>Gesamt</b>	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. Großbritannien, 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.

**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. Studien<sup>6</sup> 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 jedoch, dass sogen. epigenetische Prozesse zur Vererbung nicht-genetischer Eigenschaften

<sup>6</sup> 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.

früherer Generationen, darunter auch Veranlagungen zu Krankheiten, führen können<sup>7</sup>. Auch neue epidemiologische Studien<sup>8</sup> 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 Satellitenstädte), sogar das Wohnumfeld (Erholungsräume, Lärm, Luftqualität) sind nach neuen Forschungen eine Voraussetzung für die Erhaltung der Gesundheit<sup>9</sup>. 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 häufig 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 unfallgefährdet, erhöhen die Kommunikation und reduzieren die Luftverschmutzung. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten des Individualverkehrs sind exorbitant und fehlen für öffentliche Verkehrsinfrastruktur.

---

<sup>7</sup> Dennis C: Altered states. Nature 421, 13. Feb. 2003, 686-688 (2003).

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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. mit den Zielen 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 Studien<sup>10</sup> 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.**

<sup>10</sup> 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 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.“<sup>11</sup>*

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.

**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:

**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.**

<sup>11</sup> Amartya Sen: Lebensstandard und Lebenserwartung. Spektrum der Wissenschaft, Nov. 1993, S. 38-45.



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 initiiert<sup>12</sup>. 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 sind<sup>13</sup>. 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.**<sup>14</sup> 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.**

**5. Irrtum: Die individualisierte bzw. privatisierte Infrastruktur ist einer öffentlichen Infrastruktur überlegen.**

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 wird<sup>15</sup>. 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:

---

<sup>12</sup> 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.“

<sup>13</sup> 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 Gesundheitsdaten an Firmen (z.B. Personalbereitstellungsfirmen, Arbeitsmarktservice...) sein.

<sup>14</sup> Hervorragende Analysen dieser Zusammenhänge finden sich bereits bei Romano Guardini in „Das Ende der Neuzeit“ und „Die Macht“, beide: Mainz 1986.

<sup>15</sup> Ausführliche Hintergrundinformationen bietet ATTAC unter <http://www.stoppgats.at>.

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 Zugangserschwerung 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)<sup>16</sup>.

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 (Infrastrukturgerechtigkeit) 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.**

---

<sup>16</sup> „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.

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 wurden<sup>17</sup>, 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 Gesundheit 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 einseitigen Gesundheitskultes („Du hast die Pflicht gesund zu sein!“<sup>18</sup>) - 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*“<sup>19</sup>.

**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:

**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.**

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Titel einer Hitler-Jugend-Propagandaschrift, Berlin o.V. o.J.

<sup>19</sup> R. Guardini: *Der Dienst am Nächsten in Gefahr*. In: *Sorge um den Menschen*. Bd. 2. Würzburg 1966.