

# Vorsorge und Gesundheitsförderung: Wie positioniert sich der Arzt?

Vom 16. bis 18. November 2006 findet in Montreux die 14. Europäische Public-Health-Konferenz statt. Diese von der FMH voll und ganz unterstützte Veranstaltung findet vor dem Hintergrund von Überlegungen über eine neue Reglementierung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz statt.

Als Verantwortlicher des Ressorts Gesundheit und Prävention der FMH bietet sich mir die Gelegenheit, einen etwas unkonventionellen ärztlichen Blick auf das totalitäre Ideal der guten Gesundheit und der Rentabilität zu werfen, das die Politik in diesem Bereich immer stärker bestimmt.

Der Verweis auf den Totalitarismus ist nicht unangemessen angesichts der sozialen Anzeichen einer in Bedrängnis geratenen Gesundheitspolitik, kriselnder demokratischer Ausdrucksformen des Gesundheitswesens und der Versuchung, mit immer mehr Regeln, Ordnung und Befehlen für mehr Sicherheit zu sorgen [1]. Eine grosse italienische Tageszeitung [2] stellte kürzlich die Frage nach den Folgen dieser Politik, die den Bürgern Verhaltensänderungen vorschreibt. Dieser Artikel bestritt in keiner Weise die Stichhaltigkeit sogenannt «harter» gesundheitspolitischer Massnahmen wie dem Rauchverbot in öffentlichen Räumen, sprach jedoch von der «fortschreitenden und parallelen Entwicklung eines weichen politischen Paternalismus», der nicht mehr verbietet und bestraft, sondern die Lebensweise und das Verhalten des einzelnen durch indirekte Anreize beeinflusst. Die in einigen US-Bundesstaaten ausprobierte «*sin licence*», wörtlich die Lizenz zum Sündigen, oder die Diskriminierung der rauchenden Arbeitnehmer [3] am Arbeitsplatz sowie die Einmischungen ins Privatleben [4] verstärken diese Befürchtung.

Gesundheitserziehung, Vereinheitlichung, Normierung und vor allem die Rentabilität des Verhaltens sind Anzeichen dieses medizinisch-wirtschaftlichen Paradigmas des Individuums. Diese Instrumente, die das angebliche Wohlergehen des Bürgers bezwecken, setzen nicht nur die Demokratie, sondern auch die individuellen Freiheiten unter Druck. Dieses Paradigma stellt eine auf die Pathologie, das Intime und eine «*Konsequenzethik*» [5] gestützte klinische Praxis einer Ausübung der individuellen Verantwortung gegenüber, die der wirtschaftlichen Rentabilität eines biologischen Determinismus und eines erzieherischen, juristischen oder psychologischen Voluntarismus nachempfunden ist!

Die vom Bürger verlangte Wahrnehmung seiner Verantwortung zielt nicht darauf ab, dass er zu den Folgen seiner Worte und Taten steht, sondern soll die Kosten der Schäden aufgrund bestimmter Lebensweisen vermeiden. Sie verursacht eine «*Verlagerung der juristischen Verantwortung*» [6] zu einer Logik der Vorsicht, die durch die medizinisch-ökonomische Betrachtung des Bürgers unterstützt wird, von dem verlangt wird, «*selber ein rentabler Unternehmer*» [1] zu werden. Diese Verzerrung des Begriffs Verantwortung nährt «*die Utopie einer ausschliesslich interessengesteuerten Zivilisation, die zur Glückseligkeit der Mehrheit und dem öffentlichen Wohl durch Addierung des Wohls des einzelnen führt*» [5] und es tunlichst vermeidet, die intimen Aspekte bei der Entscheidung jedes Bürgers zu hinterfragen.

Eine engere klinische Betrachtungsweise zeigt: Je mehr wir das Wohl des Patienten anstreben, desto eher laufen wir Gefahr,

gleichzeitig und als Wirkung seine Destruktivität heraufzubeschwören. Diese Vorstellung des Wohlergehens, das auf der Reduktion der Kosten beruht, lässt sogar die Identität des Bürgers als Subjekt in den Hintergrund treten. Indem er versucht, sich nicht auf die Kategorien «gut» und «böse» reduzieren zu lassen, riskiert der Bürger Verhaltensweisen, die er nach dem Willen von Politik und Versicherern gerade vermeiden sollte. Die Logik des Guten besteht paradoxerweise darin, dass sie sich ins Gegenteil verkehrt, weil sie letztlich mit Gewalt das aufzwingt, wozu sich der Bürger aufgrund unbewusster Mechanismen nicht entschliessen will. Diese Mechanismen haben gewisse Politiker und Wirtschaftsfachleute als «bösen Willen» bezeichnet.

Wie können Prävention und Gesundheitsförderung ohne Evaluierungen, Verhaltensengriffe, Befehle des Über-Ichs und andere Gesundheitsideale aus einer wirtschaftlichen Betrachtung der Krankheit mit den Freiheiten und individuellen klinischen Besonderheiten in Einklang gebracht werden? Die Lösungsansätze sind zwar nicht allein bei den Ärzten zu suchen, aber wir müssen weiterhin einen Ort finden, an dem wir über unser Dilemma und unsere Grenzen sprechen können. Mit unserem Beitrag müssen wir zeigen, wie mit dem Unheilbaren umzugehen ist, das es bei Menschen mit Diabetes, HIV, Arthrose, Psychose, Fettleibigkeit, Magersucht, Delinquenzverhalten und auch bei Rauchern gibt – diesem Unheilbaren, dessen Behandlung der Patient von uns verlangt.

Wie positioniert sich der Arzt zwischen der klinischen Einzigartigkeit jedes Falls und «*dem selber rentablen Bürger und Unternehmer*», von dem die neoliberale Logik verlangt, sich gemäss einer auf eine statistische und wirtschaftliche Wahrheit ausgerichteten Lebensweise zu verhalten? [7] Die Beiträge der Ärzte an diesem Kongress werden uns sicherlich weitere Anhaltspunkte geben. Ich möchte Sie deshalb ermuntern, daran teilzunehmen.

R. Raggenbass,

Mitglied des Zentralvorstandes der FMH,  
Verantwortlicher Ressort Gesundheit und Prävention

- 1 Gori R, del Volgo M-J. La santé totalitaire: essais sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël; 2005.
- 2 Ferrera M. Fumo e obesità avanza il paternalismo. Corriere della Sera, 10 août 2006.
- 3 Bogadi F. Un patron suisse peut-il recaler un candidat parce qu'il fume à la maison? Le Temps, 16 août 2006. Fin 2005, l'ONU à Genève voulait aussi exclure les employés fumeurs.
- 4 Steinbrook R. Imposing personal responsibility for health. N Engl J Med. 2006;355(8):753-6.
- 5 La Sagna P. De l'utilité publique de la psychanalyse. La Cause Freudienne, n° 63, p. 9-10.
- 6 Ruby C. Se dépendre de l'autorité de la responsabilité. Dans: Haggar NE. Politique et responsabilité: enjeux partagés. Paris: L'Harmattan; 2003. p. 301.
- 7 Bishop G, Brodkey AC. Personal responsibility and physician responsibility. N Engl J Med. 2006;355(8):756-8.