Brand A, Stöckel S. Die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller – ein sinnvoller Anspruch? In: Brand A et al. (Hrsg.): Individuelle Gesundheit versus Public Health? Münster. LIT Verlag. 2002: 11-28

DIE ÖFFENTLICHE SORGE UM DIE GESUNDHEIT *ALLER* – EIN SINNVOLLER ANSPRUCH?

Angela Brand, Sigrid Stöckel

In Erinnerung an Matthias Klein-Lange

Einleitung

Unser folgender Beitrag versteht sich als Re-Formulierung des Tagungsthemas „Individuelle Gesundheit versus Public Health?". Unter dieser Thematik stand die Jahrestagung 2001 der Akademie für Ethik in der Medizin. Sie wurde von der Arbeitsgruppe „Ethik in Public Health" mit gestaltet. In der Vorbereitung der Tagung kreiste die Diskussion um die Frage, ob die beiden Begriffe „individuelle Gesundheit" und „Public Health" eigentlich sinnvoll gegeneinander gesetzt werden können. Stellen sie eine Hauptkonfliktlinie im Bereich öffentlicher Gesundheitssicherung dar (wie wir als deutsche Bezeichnung für Public Health vorschlagen), oder dient dieses „klassische", in jeder Debatte bemühte Gegensatzpaar möglicherweise dazu, wichtigere Konflikte zu verdecken? In unseren Diskussionen gab es Momente, in denen „Ethik in Public Health" uns eine tautologische Bezeichnung zu sein schien, denn Public Health versteht sich als Meta-Disziplin und damit gleichzeitig als kritische Beobachtungswissenschaft des jeweiligen Gesundheitssystems und vertritt damit implizit einen ethischen Anspruch. An anderen Punkten der Diskussion wurde Public Health hingegen als systemkonforme, an Rationalitäten und ökonomischen Kalkülen ausgerichtete Disziplin beargwöhnt. Die kontroversen Auffassungen waren häufig auf unterschiedliche Disziplinen verteilt — Mediziner und Sozialwissenschaftler sahen Gefahren einer Wissenschaft und Praxis öffentlicher Gesundheitssicherung und wiesen auf die Folgen für persönliche Entfaltungsmöglichkeiten hin, Public Health-Wissenschaftler führten dagegen Risiken einer vorgeblich liberalen Deregulierung an. Matthias Klein-Lange war hier nicht nur durch seine Interdisziplinarität ein wichtiger Vermittler, sondern auch durch seine Fähigkeit, gegenteilige Standpunkte zwar nicht unbedingt zu teilen, aber ihre ethische Dimension zu achten.

Entsprechend dieser Erfahrung legen wir hier unsere Perspektiven als engagierte Medizinerin und Public Health-Expertin sowie als Medizinhistorikerin mit Zusatzausbildung in Public Health offen, die uns in der Diskussion häufig zu einer „Pro Public Health"-Meinung bewogen - eine Haltung, die in diesem Beitrag kritisch überprüft und differenziert werden soll.

Die Auseinandersetzung über gesundheitsethische Fragen befindet sich in einem Spannungsfeld von Planungen und rationalen Überlegungen einerseits

und emotionalen und persönlichen Ansichten und Überzeugungen andererseits. Während wir rationale Prioritätensetzungen, die zentral für unsere Gesellschaft sind, prinzipiell als Teil unseres Lebens akzeptieren, stoßen Planungen und rationale Überlegungen auf persönliche und individuell begründete Vorbehalte, sobald es um das Thema Gesundheit und gesundheitliche Versorgung geht. Kaum etwas tangiert unsere existentiellen Bedürfnisse so sehr wie die Vorstellung, unzureichend medizinisch versorgt zu sein. Unsere gesamten diesbezüglichen Zweifel und Bedenken sind in dem Begriff der „individuellen Gesundheit" als konsensfähigem höchsten Wert konzentriert, dem Public Health oder zu deutsch „die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller" mit einem „versus?" vorsichtig zu- oder vielmehr *entgegen-* geordnet wird.

Diese beiden Kernbegriffe stehen im Zentrum unserer Ausführungen. Wir versuchen, ihr Verhältnis möglichst adäquat zu charakterisieren und beginnen mit der Beschreibung der aktuellen Leitungs-, Regulierungs- und Sicherungsvorstellungen des Public Health-Konzepts und ihren ethischen Implikationen oder Forderungen. Daran schließt sich eine historische Rückschau der Vorstellungen und Strategien öffentlicher Gesundheitssicherung an, die zwei heuristischen Zielen dient: 1. einer kritischen Hinterfragung aktueller Konzepte auf dem Hintergrund der historischen Erfahrung und 2. einer Kontextualisierung der „öffentlichen Gesundheitssicherung" wie auch der „individuellen Gesundheit", die keine absoluten Größen sind und von daher nicht als unveränderliches Richtmaß wie quasi eine Goldwährung benutzt werden können.

Die Bedingtheit von soziokulturellen und politisch-ökonomischen Verhältnissen zeigt, dass sowohl „öffentliche Gesundheitssicherung" wie auch „individuelle Gesundheit" von entsprechenden Forderungen zu ihrer Durchsetzung begleitet sein müssen. In der Diskussion geht es um die Frage, wie Public Health sich in aktuellen ethischen Konflikten verortet und welche Überlegungen aus der historischen Analyse resultieren.

Ethik in Public Health

1. Was beinhaltet das Konzept von Public Health?

Public Health ist weder eine Disziplin noch eine eigene Wissenschaft. Public Health ist vielmehr eine disziplinübergreifende Aufgabe und damit „virtuell". Diese Aufgabe besteht darin, den gesellschaftlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen fest- und sicherzustellen ohne dabei jedoch individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren.

Public Health beschäftigt sich mit der Frage: Was macht uns krank („uns" als Bevölkerung *und* „uns" als Individuum)? Dieses entspricht dem pathogenetischen Ansatz von Public Health und wird auch als „Old Public Health" bezeichnet. Klassisches Beispiel hierfür sind die Infektionskrankheiten. Als „New Public Health" wird der salutogenetische Ansatz von Public Health bezeichnet. An

die Stelle der Frage „Was macht uns krank" tritt die Frage „Was hält uns gesund" (und auch hier wiederum „uns" als Bevölkerung *und* „uns" als Individuum). Beispiele hierfür sind gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Es wird deutlich, dass zur Beantwortung dieser Fragen nicht eine Disziplin allein in der Lage ist. Es bedarf sowohl der Bereitschaft als auch der Fähigkeit vieler Disziplinen zur Integration und Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit vieler Disziplinen ist für Public Health daher konstitutiv. Zu diesen Disziplinen gehören beispielsweise die Ökonomie, die Biologie, die Anthropologie, die Sozialwissenschaften, die Rechtswissenschaften, die Philosophie, die Psychologie, die Politikwissenschaften, die Managementwissenschaften, die Statistik, - und natürlich auch die Medizin. Aber die Medizin ist nur *eine* dieser Disziplinen. Es gibt kaum eine Disziplin, die nicht zu „Public Health" beiträgt. Public Health ist somit multidisziplinär.

Man könnte bildhaft Public Health auch als einen „runden Tisch" bezeichnen, an dem viele Disziplinen und Akteure des Gesundheitssektors sitzen, die einen andauernden Diskurs führen, in dessen Mittelpunkt die Frage nach den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit sowie nach dem Bedarf der Gesellschaft an spezifischen Gesundheitsleistungen steht.

2. Was sind Zielgrößen dieses Diskurses, was sind Zielgrößen von Public Health?

„Health care is vital to all of us *some of the time*, but public health is vital to all of us *all the time*." Dieses Zitat von Everett Koop macht deutlich, dass die Gesundheitsversorgung in der Regel nur zu bestimmten Zeitpunkten für jeden von uns eine wichtige Rolle spielt, zum Beispiel dann, wenn wir aufgrund einer Erkrankung einen Arzt aufsuchen. Public Health hingegen spielt für jeden von uns tagtäglich eine existenzielle Rolle. Ein Beispiel hierfür ist unser gesundheitlich unbedenkliches Trinkwasser.

Public Health bezieht sich in erster Linie auf die Gesamtbevölkerung oder auf bestimmte Risikogruppen innerhalb der Bevölkerung, die Medizin und Gesundheitsversorgung hingegen in erster Linie auf das Individuum. Auch liegt in Public Health der Schwerpunkt nicht wie in der Medizin auf der Bekämpfung von Erkrankungen, sondern - wie bereits gesagt - auf Gesundheit und den Einflüssen, die sie fördern oder beeinträchtigen können. Zu diesen Faktoren gehört selbstverständlich auch das mehr oder weniger effektive und effiziente System der medizinischen Versorgung.

Zielgrößen des Forschens und Handelns von Public Health sind die Verbesserung der Lebensqualität und die Verlängerung der Lebenszeit (und auch hier wiederum der Bevölkerung *und* des Individuums). Es geht darum, Verhältnisse und Verhalten so zu beeinflussen, dass die Menschen - wie der amerikanische Präventivmediziner Ernest Wynder einmal sagte - „jung sterben können, aber so spät wie möglich in ihrem Leben".

Public Health wird oft mit Gesundheitswissenschaften übersetzt. Das ist nicht ganz korrekt, denn Public Health hat nicht nur eine wissenschaftliche Komponente. Public Health bemüht sich explizit um die Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Politik und Praxis. Somit ist Public Health insbesondere gesundheitspolitisch, anwendungs- und auch bürgernah.

Die Übersetzung von Public Health mit „die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller" bzw. mit „Öffentliche Gesundheit" kommt der Aufgabe von Public Health am nächsten, sie birgt jedoch die Gefahr, dass „Öffentliche Gesundheit" ausschließlich mit dem „Öffentlichen Gesundheitsdienst" (ÖGD) assoziiert wird. Dies ist zum Teil richtig, da der ÖGD die Aufgaben von Public Health „vor Ort", d. h. in der Kommune wahrnimmt. Doch über dessen Reichweite geht Public Health weit hinaus.

3. *Welche Leitungs-, Regulierungs- und Sicherungs-vorstellungen hat Public Health?*

Public Health (Öffentliche Gesundheit) agiert auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Angesichts zunehmender Globalisierungstendenzen gewinnt jedoch auch der europäische Rahmen zunehmend an Bedeutung.

Grundsätzlich ist Gesundheit in Deutschland „Ländersache". Dieses betrifft z. B. den Bereich der Krankenhausplanung, aber auch „weichere" Bereiche wie die Gesundheitsförderung und Prävention. Hier sind es die Gesundheitsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer, die diese Aufgaben gesetzlich regeln. Gesundheitsförderung und Prävention – *die* originären Aufgaben von Public Health – spielen im Gegensatz zum kurativen Sektor bislang in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kaum eine Rolle.

Auf Bundesebene ist es die Rahmengesetzgebung, die öffentliche Gesundheit sichert. Beispiele hierfür sind die Gesetzliche Krankenversicherung, das zum 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz oder das seit dem 01.07.2001 gültige Gesetz zur Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen (SGB IX).

Die entscheidende Umsetzungsebene von Public Health ist jedoch die Kommune. Hier geht es insbesondere um Koordinierungsaufgaben und die Sicherstellung von Gesundheitsleistungen (einschließlich Beratungsangeboten) „vor Ort". Es geht aber ganz wesentlich auch darum, Gesundheit als Teil einer gesamtverantwortlichen Kommunalpolitik zu begreifen.

Es läßt sich feststellen:

- Public Health steht nicht im Konflikt mit individueller Gesundheit. Public Health befasst sich vielmehr überwiegend – und nach Möglichkeit vorausschauend – mit kollektiven Gesundheitsproblemen, ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren.
- Public Health führt diesbezüglich einen disziplinübergreifenden Diskurs. Public Health macht Gesundheitsprobleme offensichtlich, sucht nach Lösungsvorschlägen und wägt ab. Darüber hinaus ist Public Health um die verantwortungsvolle Umsetzung der Erkenntnisse in Politik und Praxis bemüht, indem Public Health beispielsweise die Gesundheitspolitik wissenschaftlich begleitet und berät.
- Jede Public Health-Strategie geht von Defiziten des Gesundheitssystems und der Gesundheitssicherung aus. Diese Strategien orientieren sich am Gemeinwohl. Es gilt daneben aber auch, „Nischen" für das Individuum zu sichern. Im Einzelfall kann es dennoch zu unauflösbaren Konflikten kommen. Zum Beispiel bei der Frage, welche Gesundheitsleistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden sollen und welche nicht.

4. *Was ist das Dilemma von Public Health?*

Das Dilemma von Public Health ist ein Dilemma der Ethik: an welchen ethischen Werten soll sich Public Health orientieren? Vom Public Health-Verständnis her wird deutlich, dass es hier einer anderen ethischen Orientierung als in der Individualmedizin bedarf.

Sicher ist, dass Public Health ohne eine explizite gesellschaftliche Wertorientierung keinen Bestand haben wird. Methodische Korrektheit, theoretische Wissensbestände oder Legitimation durch Verfahren werden zukünftig für Public Health nicht ausreichen. Gleich ob die Legitimation von Entscheidungen nachgefragt wird oder ob die wissenschaftliche Begründung von Lösungsvorschlägen zur Beratung der Gesundheitspolitik auf den Prüfstand gerät, es stellt sich immer wieder die Frage, auf welchen Wertekonsens Public Health sich hierbei bezieht.

Public Health-Strategien sollen sich am Gemeinwohl orientieren und sind hierdurch legitimiert. Das ist ein hoher ethischer Anspruch. Welche Aspekte sollte „Gemeinwohl" beinhalten? Welche gesellschaftlichen Wertorientierungen sollten für Public Health gelten?

An dieser Stelle sollen neun ethische Prinzipien und Verantwortlichkeiten für das Handeln von Public Health vorgeschlagen werden:

- *Achtung vor der Person:* die Pflicht, die Selbstbestimmung und -entscheidung autonomer Personen zu achten und Personen mit reduzierter Autonomie bzw. Hilfebedürftige zu schützen (z. B. psychisch Kranke, Obdachlose, Migranten, Personen mit genetischen Dispositionen).
- *Wohlergehen:* die Verpflichtung, das Wohlergehen von Personen durch positives Handeln zu schützen und darüber hinaus den maximalen Nutzen zu erzielen. Hier kann es im Einzelfall zu erheblichen Enscheidungskonflikten beispielsweise zwischen individuellen Bedürfnissen und individuellem Bedarf kommen.
- *(Primum) non nocere:* die Verpflichtung, den Schaden an Personen zu minimieren und wann immer möglich, die Ursachen von Schäden gänzlich zu beseitigen (z. B. durch effektiven Gesundheitsschutz).

- *Verhältnismäßigkeit:* die Pflicht, bei Handlungen, die das Risiko eines Schadens in sich tragen, Risiken und Nutzen so abzuwägen, dass die Handlungen größtmögliche Chance haben, im geringsten Schaden und höchsten Nutzen für die direkt Betroffenen zu resultieren. Die Bewertungsmethode „Health Technology Assessment" (HTA) aus der Public Health-Forschung leistet einen ganz wesentlichen Beitrag zur Humanität von Versorgungsprozessen (Brand 1999, Droste & Brand 2001). Dieses wurde vom Gesetzgeber erkannt, und so wurde die Implementierung von HTA mit der Gesundheitsreform 2000 bereits realisiert und konkretisiert.
- *Gerechtigkeit/Zugang:* die Verpflichtung, den Nutzen und die Lasten gerecht zu verteilen, Gleiche gleich zu behandeln und Gründe nach allgemeinen Kriterien in gerechter Abwägung und Verteilung von Nutzen und Lasten für eine unterschiedliche Behandlung anzugeben. Beispiele hierfür sind die Erstellung des Katalogs der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), d. h. die Erstellung von denjenigen gesundheitlichen Leistungen, die von der Solidargemeinschaft getragen und für alle zugänglich sein sollen, sowie die Beseitigung von Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Bei den folgenden vier Prinzipien handelt es sich insbesondere um *die* ethischen Prinzipien bzw. Verantwortlichkeiten, die für Public Health spezifisch und derzeit von überaus großer Relevanz sind:

- *Befähigungsgerechtigkeit zwischen Gerechtigkeit und Solidarität:* die Pflicht zur Befähigung des Menschen zu einer längerfristig integral-eigenverantwortlichen Lebensführung zum Zwecke der Teilnahmemöglichkeit an sozialer Kommunikation als Voraussetzung für Priorisierungsentscheidungen bei Gesundheitsleistungen (Dabrock 2001). Dieses entspricht in Deutschland dem derzeitigen gesundheitspolitischen Ansatz von „Empowerment" der Bürger (Trojan & Legewie 2001).
- *Bürgerpartizipation in Entscheidungsprozessen:* die Pflicht zur Beteiligung der Menschen am gesamtgesellschaftlichen Diskurs gesundheitlicher Fragestellungen sowie an gesundheitspolitischen Entscheidungen, die sie betreffen. Ermutigende Beispiele wie die Bürgerkonferenz „Streitfall Gendiagnostik" am Deutschen Hygiene-Museum Dresden (Stiftung Deutsches Hygiene-Museum 2001) und Priorisierungsentscheidungen in Israel (Shani et al. 2000) zeigen in aller Deutlichkeit, dass diese ethische Forderung durchaus realisierbar ist.
- *Umfassende Sicherung der Gesundheitsversorgung:* die Verpflichtung (die auf dem verfassungsrechtlichen Auftrag der Unversehrtheit des Körpers basiert), eine umfassende Gesundheitsversorgung für jeden Einzelnen sicher zu stellen.

- *Verantwortlichkeit des Einzelnen:* die Verpflichtung von Verbrauchern und Anbietern von Gesundheitsleistungen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und gesundheitlichen Ressourcen (Mirvis & Bailey 2001).

5. *Welches Fazit lässt sich ziehen?*

„Public Health/Öffentliche Gesundheit" bleibt der wirksamste Garant dafür, den drängenden Gesundheitsproblemen in unserer Gesellschaft das nötige Gehör zu verschaffen. „Die öffentliche Sorge für die Gesundheit *aller*" und damit insbesondere auch für die Gesundheit der Randgruppen in unserer Gesellschaft ist ein absolut sinnvoller Anspruch, den zu halten eine unserer wichtigsten zukünftigen Aufgaben sein wird. Dieses gilt insbesondere angesichts der Entwicklungen wie Unter-, Über- und Fehlversorgung, aber z. B. auch angesichts des sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit durch den Einfluß der molekularen Genetik (Brand 2001, Brand 2002a).

Im Zuge der wachsenden Individualisierung gewinnt ferner auch die Kundenorientierung im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung: der Bürger, der Patient – sie werden (wir alle werden) zu Kunden. Es werden Forderungen und Erwartungen geweckt, dass Gesundheit käuflich ist und dass man Gesundheit „reklamieren" kann. Es besteht die Gefahr, dass Gesundheitsschutz immer mehr durch Verbraucherschutz ersetzt wird. Das erscheint auf den ersten Blick sinnvoll, wenn wir an Kosumentensouveränität, Patientenschutz etc. denken. Doch wo bleiben grundlegende Prinzipien von Public Health wie ein „Restschicksal" für Gesundheit und Krankheit sowie vor allem auch eine Mitwirkungspflicht für Gesundheit (Beispiel Impfungen). Public Health gerät in Gefahr, zur „Makroökonomie der Gesundheit" zu werden.

Aus heutiger Sicht kann dem die „öffentliche Sorge für die Gesundheit *aller*" bzw. Ethik in Public Health aktiv entgegen steuern!

Aber zeigt das auch der historische Rückblick hinsichtlich der Vorstellungen und Strategien öffentlicher Gesundheitssicherung?

Historische Beispiele

Historische Beispiele werden häufig als Belege für die Nichtbeachtung individueller Rechte angeführt. Geschichte transportiert Erfahrung. Die Bedenken gegen zentrale Lenkungsmechanismen, die sich aus der historischen Erfahrung ableiten und die sich ihrer im Diskurs bedienen, sind also relevant.

Die Relation zwischen Individuum und öffentlicher Gesundheitssicherung sollen in ihrer Entwicklung an fünf Beispielen dargestellt werden:

1. der Medicinischen Policey des Absolutistischen Staates, die als Beispiel staatlicher Bevormundung und eines polizeilichen Regelungsanspruchs kaum

Sympathien erweckt, die aber wichtige Grundlagen des modernen Staats und seiner Legitimierung durch Gesundheitssicherung geschaffen hat;
2. der öffentlichen Gesundheitspflege, die sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus der experimentellen Hygiene entwickelt und sowohl dem Individuum als auch dem Gemeinwesen nutzte, aber unter der Überschrift der Entpolitisierung, Ökonomisierung sowie der „Moralisierung von Hygiene" negativ konnotiert ist;
3. der Sozialhygiene als Konzept, die Verbindung von Armut und Krankheit durch gruppenspezifische Maßnahmen zu lockern, was angesichts der rassenhygienischen Betonung des Erbgutes gegen Ende der Weimarer Republik immer schwieriger wurde;
4. der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die nicht auf das Individuum, sondern nur auf Volk und Gemeinschaft setzte und die als das bisher größte Negativbeispiel für die Gemeinschaft als Regulativ für Gesundheit zitiert wird;
5. der Präventionsgesellschaft der sechziger bis achtziger Jahre.

1. Die Medicinische Policey

Aufgeklärte Mediziner schlugen ihren Landesherren gegen Ende des 18. Jahrhunderts vor, zur besseren Regierung ihres Territoriums Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung zu ergreifen. Johann Peter Frank verfasste von 1779 bis 1814 das „System einer vollständigen medicinischen Policey", in dem er empfahl, eine Form von Gesundheitssicherung als Teil der kameralistischen Staatsführung zu etablieren. In seiner berühmten Akademischen Rede vom Volkselend als Mutter der Krankheiten (Frank 1790) wies Frank auf die mangelnde Leistungsfähigkeit und moralische Unzuverlässigkeit von Untertanen hin, die unzureichend ernährt und erbarmungslos ihrem Schicksal überlassen waren: erstens waren sie zu schwächlich, um zum Wohlstand des Landes beizutragen, und zweitens würden sie keinen Ehrgeiz darein setzen, den Besitz des Landesherrn gegen äußere Feinde zu verteidigen, wenn sie selbst schlechter als Vieh gehalten würden. Einer Schwächung von Wohlstand und Moral des Landes konnte der Souverän dadurch zuvorkommen, dass er die Gesundheit seiner Untertanen sowohl durch ihre ökonomische Besserstellung schützte - das Stichwort war die Bauernbefreiung - als auch durch die Einrichtung eines staatlichen Krankenhauses.

Komplementär zu fürsorgerischen Maßnahmen des Staates verlangte die „Medicinische Policey" von den Untertanen ein gesundheitsgerechtes Verhalten: bei schlechter körperlicher Beschaffenheit oder großem Altersunterschied sollten sie weder heiraten noch sich fortpflanzen. Dies ist ein klassisches Beispiel für die Unterordnung persönlicher, individueller Interessen unter das „Wohl des Staates". Die konzeptionelle Ähnlichkeit mit der nationalsozialistischen Selektion der Fortpflanzung macht die Missachtung individueller Interessen noch deutlicher - ein Thema, das sich zwar insofern verändert hat, als heute bei Föten, die

eine Fehlbildung erkennen lassen, die *individuelle* Entscheidung der Mutter ausschlaggebend ist. Dieser Umstand kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Entscheidung der Frauen und Paare von gesellschaftlichen Werturteilen und dem Fehlen von Hilfsangeboten gesteuert werden.

Aber zurück zum historischen Beispiel: Johann Peter Frank argumentiert für das „Staatswohl". Rechte des Individuums werden von ihm nicht angeführt, aber die Art, wie er die Lebensumstände der Landarbeiter und ihrer Familien beschreibt, zeigt seine Sympathie und sein Eintreten für Menschen, die er als Individuen wahrnimmt und für deren Belange er kämpft. In seinem Appell an den Landesherrn argumentiert er nicht ethisch, sondern mit dem Hinweis auf die Nützlichkeit von Reformen für „das Ganze" - eine Strategie, die Individualwohl mit Gemeinschafts- und Staatsinteressen verbindet. Und er ruft außerdem die Ärzte als „Experten" dazu auf, den Landesherrn an die Nützlichkeit der Reform zu erinnern, und appelliert an sie, „glücklich" zu sein - ein Bild, in dem der Nutzen allgemein wird.

Es impliziert die Vorstellung von Gesundheit als einem sozialem Gut, das durch Politik beeinflussbar ist, um das sich ein Staat kümmern muss und das eine Wirkung hat auf die Identität der Gruppe oder Bevölkerung, die in einem bestimmten gesellschaftlichen Setting lebt.

Obwohl sich Staatsform und Politikmittel seit dem Absolutismus grundlegend geändert haben, ist diese Vorstellung auch heute präsent: Der internationale Vergleich von Mortalitätszahlen, aus dem hervorgeht, dass in einem anderen europäischen Land weniger Menschen an Herzkreislauferkrankungen sterben als in der Bundesrepublik, macht betroffen. Vielleicht ist es ein statistischer Artefakt, eine Variante der Todesursachenstatistik? Wenn im eigenen Land Gesundheitswerte schlechter sind als bei den Nachbarn, entsteht das Gefühl, dass etwas nicht in Ordnung ist, wir etwas übersehen, das wir handhaben könnten und sollten.

Gesundheit ist nicht einfach naturgegeben. Sie ist innerhalb bestimmter Grenzen gestaltbar, Gegenstand öffentlicher Sorge, richtet sich auf eine Allgemeinheit, und ihre Gestaltung muss verantwortet werden. Es beeinflusst nicht nur die nationale, sondern auch die individuelle Selbstwahrnehmung, wie das Setting öffentlicher Sorge um Gesundheit aussieht.

2. Öffentliche Gesundheitspflege

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts setzen sich Ärzte und vor allem Hygieniker für die Entstehung einer öffentlichen Gesundheitspflege ein. Ihre Aufmerksamkeit richtet sich auf die Verbesserung der städtischen Umwelt, die angesichts der zuwandernden Arbeitskräfte, einer fehlenden Infrastruktur und dem Auftreten von Seuchen zu einem sozialen und gesundheitlichen Problemfeld geworden war. Die in diesem Kontext getroffenen Maßnahmen des Städtebaus, insbesondere die Anlage von Wasserleitungen und einer Abwasserentsorgung, fanden unter dem Begriff „Assanierung" allgemeine Anerkennung. Die Erfolge

der Assanierungsmaßnahmen waren erstens eine Ordnung des städtischen Raumes, der auch ein soziales Konfliktfeld darstellte, und zweitens ein Rückgang der Seuchengefahr (insbesondere von Cholera und Typhus), der sowohl der Gemeinschaft wie auch dem Individuum zugute kam, den „niederen" wie den „gehobenen" Klassen.

Der Deutsche Verein für Öffentliche Gesundheitspflege, der sich als bürgerliche Assoziation für die Lösung derartiger Probleme einsetzte, sah seine Aufgabe explizit nicht darin, „für Langlebigkeit oder Wohlbefinden einzelner Individuen zu sorgen - die öffentliche Gesundheitspflege soll vielmehr die Leistungsfähigkeit der ganzen Bevölkerung sowohl sichern als steigern" (Reclam 1869). Ziel war das geordnete Gemeinwesen.

Wo es um die Abwehr äußerer Umweltgefahren ging, war der Schutz „der ganzen Bevölkerung" identisch mit individuellem Nutzen. Sofern auf eine Technik zurückgegriffen werden konnte und die Maßnahme kaum anderen ökonomischen oder ideologischen Interessen entgegen lief, war die Umsetzung relativ einfach. Die „Assanierung" der Städte durch die Anlage von Wasserleitungen entsprach der Ideologie bürgerlicher Ordnungsvorstellungen so sehr, dass sie bereits realisiert wurde, bevor Robert Koch 1883 den Choleraerreger identifiziert hatte und die Übertragung durch Wasser nachgewiesen war (Condrau 1996).

Individuelle Interessen wurden jedoch berührt, wenn es um die „Erziehung" der städtischen Unterschicht zu einem gesundheitsgerechteren Verhalten ging. Das gesamte Verhalten - vom Wohnen in Mietskasernen über Alkoholkonsum und sexuelle Freizügigkeit - wurde sowohl als potenziell unmoralisch als auch potenziell gesundheitsgefährdend eingeschätzt - ein Tatbestand, den Labisch mit dem Schlagwort „Moral ist Hygiene - Hygiene ist Moral" verdeutlicht (Labisch 1986). Mit der Forderung, die eigene Gesundheit zu pflegen, sollte nicht nur die Leistungsfähigkeit erhalten, sondern bürgerliche Ordnungsvorstellungen durchgesetzt werden. Sofern eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit zu befürchten war (z. B. durch Ansteckung), wurde das Verhalten mit dirigistischen Maßnahmen kontrolliert (z. B. das Problem der Überwachung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (Sauerteig 1999, Riesberg 2000)).

Auch hier findet sich also ein Konfliktpotential zwischen Individuum und Gesellschaft, wenn die Forderung nach „Gesundheit" benutzt wird, um ein normgerechtes Verhalten einzufordern. Der Konflikt ist jedoch komplizierter strukturiert als unser Tagungsthema, weil das individuelle Interesse sich hier nicht auf Gesundheit bezieht, und das öffentliche Interesse dies nur vorgeblich tut. *Ausschlaggebend für eine Strategie zur öffentlichen Gesundheitssicherung scheint eher die Frage zu sein, ob alle Beteiligten dieselbe Werteordnung teilen, als ein prinzipieller Gegensatz zwischen Individuum und Gemeinschaft* - so jedenfalls abzulesen am aktuellen Beispiel der AIDS-Prophylaxe, die unter der gemeinsam getragenen Maxime steht, sexuelle Freizügigkeit so wenig wie möglich einzuschränken und sie durch den Gebrauch von Kondomen sicherer zu machen.

3. *Sozialhygiene und Rassenhygiene*

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelten Ärzte mit sozialreformerischem Anspruch das Konzept der Sozialhygiene. Ausgangspunkt war ihre Beobachtung, dass Krankheiten abhängig von der sozialen Lage auftreten und es eine soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod gibt. Das Interesse der Sozialhygieniker richtete sich per Definition nicht auf einzelne Individuen oder seltene Erkrankungen, sondern auf Gruppen in ähnlicher sozialer Lage und den Nutzen für die Gesamtbevölkerung, wenn ihre Erkrankung verhindert wurde.

Alfred Grotjahn hatte beobachtet, dass soziale Bedingungen bei der Auslösung einer Krankheit, ihrem Verlauf sowie ihren Folgen von entscheidender Bedeutung sind und ihrerseits wieder Auswirkungen auf die Allgemeinheit haben (Grotjahn 1912). Die öffentliche Sorge für die Gesundheit war doppelt motiviert: erstens durch volkswirtschaftliche Argumente, die kollektiven Kosten der Krankheitsfolgen zu senken und die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu erhöhen, und zweitens durch ein sozialreformerisches Bestreben, den Zusammenhang von sozialer Lage und Krankheit zu lockern.

Dazu wurden neben allgemeiner Aufklärung gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen eingesetzt, um Krankheiten früher festzustellen und begrenzte Hilfen zur Verfügung zu stellen - eine Strategie, die an bürgerliche Wohltätigkeit und damit an eine hierarchische Struktur anknüpfte, sich aber zum Ziel gesetzt hatte, eine gemeinsame Gesundheitskultur unabhängig von der Klassenzugehörigkeit zu etablieren. Die sozial benachteiligten Schichten sollten in einen gemeinsamen kulturellen Rahmen integriert werden. Gesundheit wird erreichbar einerseits durch Partizipation an gesellschaftlichen Errungenschaften der Medizin und Hygiene, andererseits durch Integration in eine Leistungsgesellschaft, in der Prävention zur Pflicht wird.

Die Sorge um öffentliche, gemeinsame Gesundheit hatte also emanzipatorische und die Folgen sozialer Ungleichheit kompensierende Elemente, aus denen sich ein erheblicher individueller Nutzen ergab.

Konzeptionell war sie jedoch nicht am Individuum orientiert, sondern blieb gebunden an das Gemeinwohl, was sich in Schlagworten wie „Gesundheitspflicht" spiegelt (Fischer 1925). In dem Zusammenhang wird das zeitgleich entstandene Konzept der Rassenhygiene wichtig, das Erbgut als ausschlaggebend für den Wert eines Individuums ansah und die „Erbgesundheit" der Population als höchsten Wert ansah. Nach Auffassung von Rassenhygienikern wirkten sozialhygienische Maßnahmen einer natürlichen Auslese entgegen und waren geeignet, eine Degeneration der Bevölkerung und damit den Niedergang der Nation herbeizuführen (Ploetz 1895).

Obwohl Sozialhygieniker nachwiesen, dass gesundheitserhaltende Maßnahmen die Verschlimmerung sog. „Minderwertigkeiten" verhinderte, waren sie

hilflos, wenn „... die sozialen Bedingtheiten der Krankheiten eine ganz bestimmte Grenze in der ererbten Anlage finden, die den Einfluß der natürlichen und sozialen Umwelt an Wirksamkeit [...] übertrifft" - was Grotjahn für die Nervenkrankheiten annahm. „Aus einem minderwertig angelegten Körper kann das günstigste Milieu nichts Normalwertiges schaffen" (Grotjahn 1915). Grotjahn sprach 1915 von einem „Ballast, den ein Volk an derartigen Personen zu tragen hat" (Grotjahn 1912). Angesichts eines ausgeprägten Ressourcenmangels nach dem 1. Weltkrieg und eines erneuten Einbruchs infolge der Weltwirtschaftskrise Ende der zwanziger Jahre gab es immer mehr Vorstöße, diesen „Ballast" nicht mehr zu tragen bzw. ihn deutlich zu dezimieren. Die Entwürfe eines Sterilisationsgesetzes, mit dem die Fortpflanzung „Minderwertiger" verhindert werden sollte, zeigen diese Entwicklung (Kaiser et al. 1992).

Wichtig ist, dass die öffentliche Sorge um Gesundheit, wie sie dem Konzept der Sozialhygiene entsprach, die rassenhygienische Argumentation nicht unterbinden konnte. Es gab nur die Möglichkeit, sie zu entschärfen, zu relativieren. Als Wissenschaft wie auch als Ausdruck eines gesellschaftlichen Pessimismus, der in der Angst vor Degeneration deutlich wurde (Hubenstorf 1987), sowie dem Bestreben nach rationaler Gestaltung gesellschaftlicher Produktion und Reproduktion war sie nicht zu ignorieren. Obwohl das Ziel rassenhygienischer Konzepte der „gesunde Volkskörper" war, dem individuelle Interessen unterzuordnen waren, war die Qualität der Population abhängig von der „Erbgesundheit" der Individuen, die nur durch den Ausschluss „Erbkranker" von der Fortpflanzung erreicht werden konnte und sollte. Am Individuum wurde angesetzt, um die Gemeinschaft zu „verbessern". Das Individuum als notwendiges Mittel zum Zweck....

4. *Nationalsozialistische Gesundheitspolitik*

Die Destruktion individueller Rechte bis hin zu dem Recht auf Leben findet bekanntlich im Nationalsozialismus ihren Höhepunkt. Die Tatsache, dass die „Volksgesundheit" der Bezugspunkt aller gesundheitspolitischen Handlungen war und Individuen „ausgemerzt" wurden, die der „Volksgesundheit" nicht zuträglich schienen, zeigt ein derartiges Ausmaß an radikaler Menschenverachtung, dass vor diesem Szenario als rettender Gegenpol nur noch die Rechte des Individuums wahrgenommen werden. Der gesamte ethische Diskurs von der Nachkriegszeit bis heute konzentriert sich auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis als Garanten von Patientenrechten.

Unseres Erachtens ist diese Auseinandersetzung unvollständig. Sie muss ergänzt werden um die kritische Analyse der Praxis nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Handelte es sich um eine öffentliche Sorge für die Gesundheit aller?

Die Gesundheitsziele richteten sich zwar auf das „Volk", aber bekanntlich nicht auf die Allgemeinheit. Ganze Bevölkerungsgruppen wurden von sozialer und gesundheitlicher Versorgung ausgeschlossen, so dass die Bezeichnung „öffentliches Gesundheitswesen" nur bedingt anzuwenden ist. Zwar gab es konzeptionelle Überlegungen zu einer Verbesserung und Effektivierung der Sozialversicherung, die im Wesentlichen von der Deutschen Arbeitsfront (DAF) ausgingen (Recker 1985, Roth 1998) sowie auch einzelne Vorstöße im Bereich Präventionspolitik (Proctor 1999). In der Praxis erwies sich jedoch der Ausschluss jüdischer Mediziner von der Krankenbehandlung und die Konzentration auf „Erfassung" statt Hilfe für die Gesundheitserhaltung als negativ (Schwoch 2002). Hinzu kam, dass innerhalb der Gruppe der Volksgenossen öffentliche Sorge um Gesundheit eine rigide Gesundheitsführung zur Steigerung der Leistung umfasste. Während zu Beginn die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) als Konkurrenz zu den Institutionen der Weimarer Republik den „Volksgenossen" und insbesondere der „erbgesunden Familie" bessere Leistungen anbot – Beispiele sind die Tbc-Fürsorge sowie das Hilfswerk Mutter und Kind (Hansen 1991), und Reichsärzteführer Wagner gemeinsam mit Friedrich Bartels einen verbesserten Arbeitsschutz anstrebte, wurde der „Wille zur Gesundheit" spätestens mit Ausbruch des Krieges immer entscheidender (Fahrenbach & Thom 1991).

Auch für die Gruppe, die eine gesundheitliche Versorgung erhielt, war das Ziel nicht Gesundheit, sondern eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, und die Leistung war für das „Volk" zu erbringen. Um sie zu erreichen, war die Mobilisierung persönlicher Ressourcen erforderlich. Aus dieser Perspektive war „individuelle Gesundheit" ein Kernbegriff, aber sie war nicht Ziel, sondern Voraussetzung sowohl für Produktion als auch Reproduktion.

5. *Präventionsgesellschaft*

In der Nachkriegsgesellschaft wurde in den fünfziger und sechziger Jahren der größte Wert auf eine individuelle Betreuung von Gesundheit gelegt. In dem Bemühen, das sozialstaatliche Prinzip anstelle von Fürsorge zu praktizieren, erklärte der Gesetzgeber immer mehr präventive Maßnahmen zu Kassenleistungen und überführte sie damit in den individualärztlichen Bereich. Diese Verortung ist als Erfolg ärztlichen Lobbyismus interpretiert worden (Gerst 1997), sie ist aber auch als Betonung der Selbstverantwortung zu verstehen. Eine „zugehende" Fürsorge, d. h. ein von sich aus Tätigwerden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, war damit auf Einzelfälle beschränkt: Der Gesundheitsdienst wurde aktiv, sofern ein gesellschaftliches Kontrollbedürfnis festgestellt wurde (z. B. bei Geschlechtskrankheiten) oder befürchtet wurde, dass abhängige Individuen gesundheitlich nicht ausreichend versorgt wurden - z. B. behinderte Kinder, deren sachgerechte therapeutische Betreuung überwacht werden sollte (Bundessozialhilfegesetz 1966-67). Durch die Individualisierung der Prävention wurden Gruppen, die einer vorbeugenden Betreuung bedurft hätten, nicht oder erst spät versorgt, und die Maßnahmen des Gesundheitsamtes erhielten einen diffamierenden Charakter.

Gleichzeitig ist die Präventionsgesellschaft gekennzeichnet durch ein großes Bedürfnis nach Risikoabschätzung und Risikomanagement. Seitdem die gesundheitliche Bedrohung überwiegend von sog. „Zivilisationskrankheiten" ausgeht, die weniger den sozialen Bedingungen als vielmehr dem Lebensstil angelastet werden, sind die Risiken hauptsächlich individuell zu vertreten. Die Sicherung der Gesundheit wird als Risikomanagement vorgestellt, das individuell zu leisten ist.

Für gesundheitssichernde individuelle Maßnahmen wird mit dem subjektiven Vorteil geworben, für öffentliche, auf die Gesellschaft oder eine gesellschaftliche Gruppe ausgerichtete Vorkehrungen mit einer Kostenersparnis im Gesundheitswesen argumentiert. Das „Wohl der Allgemeinheit" wird kaum bemüht. Dennoch wird auch in diesem Szenario individuelle Gesundheit zu einer Leistung, die erbracht werden muss.

Entsprechend wird die beschriebene Konstellation aus Public Health-Perspektive als inadäquat angesehen. Öffentliche Sorge für die Gesundheit bedeutet die Aufsicht über die Rahmenbedingungen, in denen individuelles Gesundheitshandeln stattfindet. Sie umfasst sowohl die äußeren Verhältnisse (von Umwelttoxikologie über Verkehrssicherheit bis zur Ärztedichte) als auch die Befähigung und Möglichkeiten der einzelnen oder Gruppen, sich um ihre Gesundheit selbst zu kümmern (Brand 2002b).

Diskussion

Der historische Überblick zeigt, dass individuelle Gesundheit meistens von der öffentlichen Sorge um allgemeine Gesundheitssicherung profitiert. In der Formel „Individuelle Gesundheit versus Public Health" ist das Individuum auf beiden Seiten der Gleichung (oder besser der vermuteten „Ungleichung") enthalten.

Konstellationen, in denen sich beide entgegenstehen, sind gekennzeichnet von dem Wunsch nach individueller Freiheit und Selbstbestimmung auf der einen und gesellschaftlichen Priorisierungen, d. h. ökonomischen Interessen der Gemeinschaft oder gesellschaftlicher Gruppen auf der anderen Seite.

Individuelle Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht, ist aber gleichzeitig eingebunden in die Bedingungen materieller Versorgung, ökonomischer Ressourcen und gesellschaftlicher Wertungen. Entsprechend kann die Forderung nach individueller Gesundheit unterschiedlich operationalisiert werden und die Interessen unterschiedlicher Gruppen der Gesellschaft bedienen. Wenn z. B. für das individuelle Recht auf ein möglichst langes Leben plädiert wird, kann damit ein nahezu unbegrenzter Einsatz von Medizintechnik legitimiert werden. Aus einer anderen Perspektive oder in anderen politischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen gilt individuelle Gesundheit als eine persönliche Qualität oder ein persönliches Produkt, das entweder im Erbgut gegeben ist oder durch individuelle Leistung erarbeitet wird. Die Forderung nach individueller Gesundheit beinhaltet nicht nur das Recht ihrer kollektiven Sicherung und Bewahrung, sondern kann ebenso als Verpflichtung verstanden werden, die sich bei Nichterfüllung gegen das Individuum und seine persönlichen Interessen wenden kann. „Individuelle Gesundheit" erscheint also als eine notwendige, aber nicht als hinreichende Bedingung für einen wünschenswerten gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheitssicherung. *Public Health als diskursive Plattform zur Beobachtung und zum Hinterfragen getroffener Priorisierungen sowie zur Feststellung von Defiziten erscheint unbedingt notwendig.*

Die historischen Beispiele zeigen, dass es kaum eine explizite Ethikdiskussion um die öffentliche Gesundheitssicherung gab, wohl aber Aussagen und Handlungen, die implizit für einen sozialen Ausgleich und den Einbezug aller gesellschaftlicher Gruppen in die gesundheitliche Versorgung wie auch Prävention eintreten. Wo von diesem Ziel abgewichen wurde (im Nationalsozialismus), handelt es sich insofern nicht um „öffentliche Gesundheit", als „öffentliche Gesundheit" nicht nur Transparenz bedeutet, sondern sich auf die gesamte Gemeinschaft bezieht, was im Nationalsozialismus weder für die Gesundheitssicherung noch für die Versorgung im Krankheitsfall galt.

Teil dieser impliziten Ethik ist die Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation und die Suche nach pragmatischen Lösungen, wo Gruppen unversorgt oder benachteiligt sind. Da Public Health den Anspruch hat, eine praktische Wirkung zu entfalten, stellt sich die Frage, ob jedes Handeln im Sinne öffentlicher Gesundheitssicherung per se implizit ethisch ist, oder ob im Gegenteil eine Fixierung auf das Machbare, politisch Durchsetzbare jede ethische Diskussion verhindert.

Wie weit reichen Einflussbereich und Handlungsfeld von Public Health – oder anders gefragt: was gehört alles zur „öffentlichen Gesundheit"? Liegt die Hauptaufgabe darin, die gerechtre, d. h. soziale Unterschiede kompensierende Versorgung zu garantieren? Oder besteht sie darüber hinaus in einer ethischen, soziokulturellen Bewertung des spezifischen Versorgungsangebots? Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ist es Aufgabe von Public Health, sich unter dem Aspekt der Vorsorge und Versorgung für die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) bei Paaren einzusetzen, die Träger monogener Erbkrankheiten sind und eine künstliche Befruchtung auf sich nehmen, weil sie wissen möchten, ob die befruchtete Eizelle ebenfalls diese Erbanlage besitzt, um sie gegebenenfalls nicht zu implantieren? Oder ist es Aufgabe von „öffentlicher Gesundheitssicherung", zu bedenken, welche kulturellen und ethischen Folgen es für das menschliche Selbstverständnis hätte, wenn infolge PID menschliches Leben „auf Probe" hergestellt würde, das bei Nichtgefallen vernichtet werden kann? Auch hier macht die Zuordnung zu individueller Gesundheit versus öffentlicher Gesundheit nur begrenzt Sinn, denn die Kategorie „Individuum" lässt sich sowohl auf den Wunsch des Paares beziehen, kein schwer krankes Kind auszutragen, als auch auf jeden sich betroffen fühlenden Menschen, der als Folge der

PID Selektion beobachtet, die sein Gefühl der Menschenwürde verletzt. Was also macht „öffentliche Gesundheit" öffentlich?

Neben diesen grundsätzlichen Fragen stehen sehr praktische Überlegungen: Was ist mit der Befürchtung eines „Gesundheitsdirigismus", einer Gleichschaltung des Verhaltens mit dem Ziel der normierten Gesellschaft? Welche Gegenperspektiven eröffnet Public Health?

Die auf uns zukommende „Genetisierung" nicht nur der Medizin, sondern auch weiterer gesellschaftlicher Bereiche und Institutionen verdeutlicht Aufgabe und Nutzen von Public Health: Sie wirft die Frage auf, wie Public Health die sozialen, juristischen und ökonomischen Folgen einer biologischen Varianz steuern oder zumindest beeinflussen kann, die seit Menschengedenken besteht, aber nicht im voraus gewusst wurde und von daher nicht in die genannten Kalküle eingehen konnte. Wie ist die Einordnung von Menschen in zusätzliche Kategorien unterschiedlicher Wertigkeiten zu verhindern? Die historischen Beispiele sind da nicht ermutigend.

Was braucht Public Health/öffentliche Gesundheit, um ihrem Regelungsanspruch gerecht zu werden?

Wie ist er zu legitimieren – durch Expertenwissen? den Blick aufs Ganze? die Verpflichtung aufs Gemeinwohl? Wie ist dieses definiert? Vor allem aber: wer wacht darüber?

Hat Public Health überhaupt eine eindeutige Codierungspräferenz? Wir denken, dass es nicht so ist. Ethik in Public Health oder „die öffentliche Sorge um die Gesundheit *aller*" möchte vielleicht lediglich - wie es der Ethiker Peter Dabrock auf den Punkt gebracht hat - auf die „oft nur implizit transportierten Codierungen struktureller und organisationeller Gestaltungsvorschläge hinweisen und sie so explikatorisch der öffentlichen Debatte, in der letztendlich die politischen Entscheidungen zu fällen sind, präsentieren„ - als Basis für verantwortungsvolle Entscheidungen in Politik und Praxis. Dabei hat sie allerdings eine spezifische Aufgabe: während die Medizin - unterstützt von der technischen Entwicklung – systematisch an der „Entgrenzung" des Lebens arbeitet und sowohl durch Intensivmedizin die Grenze zum Tod hinausschiebt als auch durch Klonen eine Variante zur Vorstellung von „Unsterblichkeit" liefert, verweist Public Health durch den Anspruch, die öffentliche Gesundheit aller im Blick zu haben, notwendig auf die Begrenztheit der Ressourcen und die Notwendigkeit von Priorisierungsentscheidungen.

Die persönliche Betroffenheit bei Krankheit und Gesundheit legitimiert „individuelle Gesundheit" als ein prioritäres Persönlichkeitstrecht, das unter keinen Umständen geschmälert werden darf und für das Public Health eintritt. Der damit häufig verbundene Aspekt der „Entgrenzung" ist jedoch wahrzunehmen - zu dekodieren – und ethisch zu hinterfragen.

Literaturverzeichnis

Brand A (1999) Screening auf genetische Erkrankungen: Pro und Contra. In: Schwinger E, Dudenhausen JW (Hrsg) Nichtdirektive humangenetische Beratung. Molekulare Medizin und Genetische Beratung. Die Medizinische Verlagsgesellschaft Umwelt und Medizin mbH, Frankfurt/Main, S 36-46

Brand A (2001) Genetik und Public Health. Übersichtsartikel. Public Health Forum 9(30): 2-4

Brand A (2002a) Prädiktive Gentests – Paradigmenwechsel für Prävention und Gesundheitsversorgung? Gesundheitswesen (erscheint April 2002)

Brand H (2002b) Verhältnisprävention – im Gesundheitsschutz hinreichend verankert? In: Stöckel S, Walter U (Hrsg) Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung. Juventa Verlag, Weinheim (im Druck)

Bundessozialhilfegesetz 1966-67, §§ 124/126; Kontroverse darüber in DÄBl Nr. 3 (15.1.1966): 117f., 126 sowie DÄBl Nr. 20 (14.5.1966): 1341-1343 und DÄBl Nr. 40 (1.10.1966): 2293f., 2303

Condrau F (1996) Demokratische Bewegung, Choleraepidemie und die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens im Kanton Zürich (1867). Sudhoffs Archiv 80: 205-219

Dabrock P (2001) Capability-Approach und Decent Minimum. Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evangelische Ethik 46(3): 202-215

Droste S, Brand A (2001) Biochemisches Screening für fetale Chromosomenanomalien und Neuralrohrdefekte. Eine Verfahrensbewertung. Health Technology Assessment Bd. 4. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S 76-82

Fischer A (1925) Grundriss der sozialen Hygiene. 2. Aufl. Karlruhe

Frank JP (1790) Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten. E Lesky (Hrsg.), Leipzig 1960

Fahrenbach S, Thom A (Hrsg) (1991) Der Arzt als „Gesundheitsführer". Symposium „Medizin – Faschismus – Krieg", Frankfurt/Main

Gerst T (1997) Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995. In: Jütte R (Hrsg) Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln, S 222-232

Grotjahn A (1912) Art. „Soziale Pathologie". In: Grotjahn A, Kaup I (Hrsg) Handwörterbuch der sozialen Hygiene Bd 2, Leipzig, S 429-443

Grotjahn A (1915 2. überarb. Aufl.)Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Berlin

Hansen E (1991) Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Motivation, Konflikte und Machtstrukturen im „Sozialismus der Tat" des Dritten Reiches. Augsburg.

Hubenstorf M (1987) Alfred Grotjahn. In: Treue W, Winau R (Hrsg) Berlinische Lebensbilder Bd 2, Mediziner. Berlin, S 337-358

Kaiser JC, Nowak K, Schwartz M (1992) Eugenik, Sterilisation, „Euthanasie". Politische Biologie in Deutschland 1895-1945, Berlin

Labisch A (1986) „Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene". Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin. In: Sachße C, Tennstedt F (Hrsg) Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Frankfurt, S 265-1945

Mirvis DM, Bailey JE (2001) Commentary: Justice in health care – a response to Tavistock. BMJ 323: 619-620

Ploetz A (1895) Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Berlin

Proctor R (1999) The Nazi War on Cancer. Princeton University Press
Recker ML (1985) Nationalsozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg. München
Reclam CH (1869) Die heutige Gesundheitspflege und ihre Aufgaben. DvjföG 1: 1-5
Riesberg A (2000) Über den Umgang mit der „verborgenen Geißel". Eine problemorientierte vergleichende Gesundheitssystemanalyse aus der Perspektive der Deutschen Gesellschaft und des Britischen Councils zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1899-1933. Magisterarbeit MHH
Roth KH (1998) Public Health – Nazi Style. Der Wandel von Herrschaftsstrategien und Klassenverhältnissen im Spiegel der gesundheitspolitischen Reorganisationsvorstellungen der Deutschen Arbeitsfront (1935-1944). In: Kaupen-Haas H, Rothmaler C (Hrsg) Strategien der Gesundheitsökonomie. Ffm S 131-176
Sauerteig L (1999) Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart
Schwoch R (2002) „Die amtlichen Gesundheits- und Fürsorgestellen müssen für alle sorgen..." Nationalsozialistische Versorgungsstrukturen: Gesundheitspolitische Vorstellungen versus Versorgung im Alltag. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg) Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung. Juventa Verlag, Weinheim (im Druck)
Shani S, Siebzehner MI, Luxenburg O, Shemer J (2000) Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level – the Israeli experience. Health Policy 54: 169-185
Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (2001) Bürgerkonferenz. Streitfall Gendiagnostik. Newsletter 11: 1-4
Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main, S 296-297