

Originalarbeiten

Gibt es eine Gesundheitspflicht?

Günther Patzig

Is there a duty to keep well?

Summary. The high social costs of medical care and the fact that life styles and the avoidance of unnecessary risks have pronounced effects on morbidity suggest the possibility of establishing a duty of the individual to look after his (or her) health. Can society exert pressure on the individual to conform? The three main arguments for such a right of the community are examined: paternalism, fair distribution of costs and benefits, benefits to the national economy. The conclusions reached are that paternalism must be carefully weighed against respect for autonomy; the fair distribution argument is faced with empirical and moral difficulties; and the benefits to the national economy can only be used to strengthen other arguments, being almost useless alone.

Key words: Prevention – Paternalism – Utilitarianism – Health risks – Autonomy – Fairness

Zusammenfassung. Angesichts der hohen sozialen Kosten von Krankheiten und der Tatsache, daß eine gesunde Lebensweise und vernünftige Risikovermeidung die Krankheitsrate erheblich verringern kann, liegt es nahe, dem einzelnen eine „Pflicht zur Gesundheit“ zuzuweisen. Kann die Gemeinschaft den einzelnen zwingen, diese Pflicht zu erfüllen?

Die drei wichtigsten Argumente für ein solches Erzwingungsrecht werden geprüft: Paternalismus, Fairneß der Nutzen-Kosten-Verteilung, gesellschaftlicher Gesamtnutzen. Ergebnis: Paternalismus muß stets gegen Freiheitsrechte abgewogen werden; dem Fairneß-Argument setzen empirische und moralische Gesichtspunkte enge Grenzen; das Argument des volkswirtschaftlichen Nutzens kann nur als Verstärkung der anderen Argumente akzeptiert werden.

Schlüsselwörter: Prävention – Paternalismus – Utilitarismus – Gesundheitspflicht – Gesundheitsrisiken – Autonomie – Fairneß – Verteilungsgerechtigkeit

1. Die gegenwärtige Lage

Die medizinische Versorgung der Mitglieder unserer Gesellschaft ist schon jetzt sehr teuer, und sie wird infolge der raschen Fortentwicklung medizinischer Forschung und Technik noch erheblich teurer werden. Diese Tendenz wird verstärkt durch die Bevölkerungsentwicklung, die dadurch bestimmt ist, daß der Anteil der älteren und sehr alten Menschen stetig zunimmt. Dabei sind Geburtenregelung und Verlängerung der individuellen Lebenserwartung die Hauptfaktoren, beides Errungenschaften, die wesentlich auf Erfolge der Medizin zurückgehen.

Es ist die natürliche Folgerung, daß der Wunsch entstehen wird, die ständig weiterentwickelten diagnostischen und therapeutischen Verfahren allen Mitgliedern der Gesellschaft zugänglich zu machen. Und wir müssen uns fragen, ob wir eine entsprechende Vergrößerung des Aufwands für die medizinische Versorgung auch finanzieren können.

Auf der anderen Seite steht fest, jedenfalls für einige sehr verbreitete und gravierende Krankheiten, daß die Lebensführung des Einzelnen wesentliche Bedeutung für das Ausmaß des Risikos hat, krank zu werden. 90% der an Lungenkrebs Erkrankten hätten diese Krankheit nicht bekommen, wenn sie nicht geraucht hätten. Übergewicht, Mangel an körperlicher Bewegung, Streß, Rauchen und Vernachlässigung eines erkannten hohen Blutdrucks sind, neben genetischen Faktoren, eindeutige Risikofaktoren bei koronaren Herzerkrankungen, der zur Zeit noch wichtigsten einzelnen Todesursache für Männer in der Bundesrepublik. Man kann annehmen, daß es noch viele andere Krankheiten gibt, bei denen die Lebensweise eine entsprechende risikoerhöhende bzw. risikovermindernde Rolle spielt. Man denke nur an den Alkoholismus als Ursache von Leberkrankheiten (und Verkehrsunfällen) oder, neuerdings natürlich besonders aktuell und gravierend, an AIDS.

Die in den letzten Jahren öfters vorgelegte These, nach der Zurückdrängung der wichtigsten Infektionskrankheiten seien die verbleibenden, meistens chronischen Krankheiten im wesentlichen durch das Verhalten der Patienten verursacht (so z. B. H. Schäfer, *Ärztliche Ethik*, 1983, S 133–135)¹, ist wohl eine von den statistischen Daten nicht voll gedeckte Pauschalbehauptung. Solange man keine zuverlässigere Basis für die These hat, Krebserkrankungen seien generell, nicht nur wie Lungenkrebs durch Rauchen, durch das Verhalten und besonders auch durch psychische Einstellungen der Patienten mitverursacht, sollte man mit solchen Thesen sehr vorsichtig umgehen. Denn man sollte das Unglück der Patienten nicht noch dadurch vergrößern, daß man ihnen zu versteinen gibt, sie seien an ihrer schweren Erkrankung eigentlich „selbst schuld“.

Aber die vorher genannten klaren Beispiele wie Lungenkrebs und Herz- und Kreislaufkrankungen reichen schon aus, um das moralische Problem sichtbar zu machen, das hier auftritt. Allgemein kann man wohl mit Belloc und Breslow [3] sagen: „Wer sich an die sieben bewährten Regeln hält: mäßige Nah-

¹Vgl. auch: Sade R (1987) In: Beauchamp TL, Walters LeRoy (eds) *Contemp Issues Bioethics*, 2nd edn. Belmont, California, S 386–389, bes. S 387: 67% aller Todesfälle in den USA 1973 hatten Krankheiten zur Ursache, die durch Rauchen, Alkoholismus oder Übergewicht ausgelöst oder verschlimmert werden, oder gingen auf Unfälle zurück.

rungsaufnahme, regelmäßige Mahlzeiten, morgens Frühstück, keine Zigaretten, mäßiger oder gar kein Alkoholkonsum, wenigstens einiges körperliches Training und täglich sieben bis acht Stunden Schlaf, der wird mit siebzig Jahren im Schnitt so frisch sein wie 35- bis 40jährige, die weniger als drei dieser Regeln einhalten.“

2. Ethische Beurteilung der Sachlage

Es stellen sich nun im Hinblick auf die moralische Beurteilung der so skizzierten Situation die folgenden Fragen:

1. Gibt es eine rational begründbare moralische *Verpflichtung* des Individuums, durch sein persönliches Verhalten die eigenen Chancen, gesund zu bleiben und länger zu leben, zu verbessern?
2. Inwieweit ist die Allgemeinheit berechtigt, ja verpflichtet, Maßnahmen zu treffen, die den Einzelnen veranlassen, ja dazu zwingen können, eine solche Gesundheitspflicht zu erfüllen?

Zu 1.: Kant hielt die Vorsorge für die eigene Gesundheit nicht für einen kategorischen Imperativ, aber für einen sehr gut begründeten hypothetischen Imperativ, nicht für ein „Gebot der Sittlichkeit“, aber doch für einen „Ratschlag der Klugheit“. Ich möchte Kant hier insofern folgen, als ich dem Einzelnen, lebte er für sich allein, eine solche *moralische* Verpflichtung nicht auferlegen möchte. (Für einen religiös eingestellten Menschen, der sein Leben als Geschenk Gottes ansieht, für dessen Gebrauch er Gott gegenüber verantwortlich ist, besteht eine solche moralische Verpflichtung durchaus; es sei denn, er setze seine Gesundheit um höherer, von Gott nach seiner Überzeugung gebilligter oder sogar verodneter Ziele willen aufs Spiel. Jedoch ist eine solche religiöse Verpflichtung, eben als solche, nicht so wie eine rationale Begründung allgemein konsensfähig.)

Gegen Kant möchte ich aber doch darauf hinweisen, daß unser Leben und unsere Gesundheit regelmäßig auch andere Menschen und die Allgemeinheit berühren. Andere Menschen können von uns wirtschaftlich oder persönlich abhängig sein; unsere Gesundheit und Existenz sind unseren Angehörigen und Freunden emotional wichtig; die Allgemeinheit kann Interesse an unserer Existenz als eines Mitwirkenden an Gemeinschaftsaufgaben haben und unsere Kompetenzen und Talente brauchen.

Insofern also besteht eine – sozial vermittelte – Pflicht des Einzelnen, sich in angemessener Weise um seine Gesundheit zu kümmern und überflüssige Risiken zu vermeiden.

Ich sage ausdrücklich „in angemessener Weise“ und „überflüssige Risiken“. Denn es wäre unsinnig, zu verlangen, man solle *alle* Gesundheitsrisiken ausschließen und so leben, wie es manche Gesundheitsfanatiker tun, d.h. ausschließlich nach Gesichtspunkten der Gesundheitserhaltung. Mit vollem Recht hat nach meinem Urteil seinerzeit ein mir bekannter 74jähriger, international hoch angesehener Kollege seinem Arzt widersprochen, als der ihm eine USA-

Vortragsreise wegen der Risiken des Flugs bei altersbedingter Herzschwäche ausrechnen sollte: Er habe sein „Lebensoll“ schon übererfüllt und könne nun tun, was er für lohnend halte, ohne sich noch weiter um seine Gesundheit zu sorgen. Das Menschenleben würde verkümmern, wenn wir nicht um uns wichtiger Ziele und Aufgaben willen auch Gesundheitsrisiken in Kauf nehmen dürften.

Das Ergebnis dieser Überlegungen zu unserer ersten Frage wäre, daß wir eine sozial vermittelte moralische Pflicht haben, in unserer Lebensweise auf gesundheitliche Risiken in angemessenem Umfang Rücksicht zu nehmen.

3. Drei Argumentationsstrategien für eine Gesundheitspflicht

Was nun die zweite Frage angeht, inwieweit die Allgemeinheit berechtigt oder sogar verpflichtet sein kann, den Einzelnen zu veranlassen, ja dazu zu zwingen, diese Gesundheitspflicht zu erfüllen, so sind bei der Erörterung dieser Frage vor allem drei mögliche Argumentationsstrategien zu berücksichtigen: das wohlverstandene Eigeninteresse des Betroffenen, die faire Verteilung der Lasten in der Gesellschaft und schließlich der gesellschaftliche Gesamtnutzen.

a) *Paternalismus*

Gesundheit ist ein Gut, das um seiner selbst willen zu schätzen ist, ja das in der Präferenzordnung der meisten Menschen mit Recht einen sehr hohen Rang einnimmt. Der Zustand der Gesundheit ist als solcher erfreulich, zumal Krankheit mit Leiden und Schmerzen verbunden zu sein pflegt; außerdem ist ein hinreichend stabiler Gesundheitszustand die notwendige Voraussetzung für viele Aktivitäten und Funktionen, die wir ebenfalls um ihrer selbst willen hoch schätzen.

Eine Gesellschaft, die am Wohlergehen ihrer Mitglieder interessiert ist, könnte daher berechtigt, ja verpflichtet sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es dem Einzelnen erleichtern, Gefährdungen seiner Gesundheit zu vermeiden. Das würde der allgemeinen Verpflichtung aller Menschen entsprechen, ihren Mitmenschen nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse und der Verwirklichung ihrer Ziele behilflich zu sein. Es könnte dann durchaus eine gesellschaftliche Aufgabe sein, in den Fällen, in denen der Einzelne in Versuchung ist, seine Gesundheit und Sicherheit leichtsinnig zu gefährden, stellvertretend einzugreifen und ihn vor diesen Risiken zu schützen. So ist die inzwischen zum Gesetz erhobene Pflicht für Autofahrer, Sicherheitsgurte anzulegen, und für Motorradfahrer, Sturzhelme zu tragen, auch als eine vorsorgliche Schutzmaßnahme im Interesse des Einzelnen zu verstehen. An manchen Stränden ist Baden ohne Aufsicht von Rettungsschwimmern verboten. Bestimmte Drogen werden, ebenfalls durch gesetzliche Regelungen, dem Verbraucher unzugänglich gehalten. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, Sicherheit und Gesundheit von Personen auch gegen ihre gegenwärtigen Wünsche und Präferenzen zu sichern, pflegt man als „paternalistisch“ zu bezeichnen. Der Ausdruck deutet an, daß man ein solches Verhalten besonders bei Eltern findet, die verpflichtet und berechtigt sind, das wohlverstandene langfri-

stige Wohl ihrer Kinder auch gegen den (noch unverständigen) Willen der Kinder durchzusetzen, sie z. B. zum Zahnarzt und in die Schule zu schicken, auch wenn sie dazu keine Lust haben. Wo immer man damit rechnen kann oder muß, daß die Personen, über deren subjektiven Willen man sich im Einzelfall hinwegsetzt, ähnlich wie Kinder, nicht in der Lage sind, in selbständiger und kompetenter Weise ihre Interessen wahrzunehmen, ist eine solche stellvertretende Interessenwahrnehmung „schwacher“ Paternalismus; geht man über den Willen von Personen hinweg, die an sich durchaus zu einer kompetenten Selbstbestimmung fähig wären, sprechen wir von „starkem“ Paternalismus (die inzwischen allgemein eingebürgerte Unterscheidung stammt von Joel Feinberg [2]).

Vielleicht sollte man übrigens darüber hinaus noch einen „milden“ Paternalismus von einem „harten“ Paternalismus unterscheiden: „Milde“ würde ich Maßnahmen nennen, die z. B. auf Unterrichtung über die Risiken einer Verhaltensweise abzielen, und durch Werbung (oder Verbot der Werbung), durch Erhöhung der Unkosten usw. indirekt auf das Verhalten der Personen Einfluß zu nehmen suchen. „Harter“ Paternalismus wäre die Verhängung von Sanktionen durch gesetzliche Verbote, bis hin zum physischen Zwang, mit dem man jemanden daran hindert, etwas zu tun, was man als *für ihn* schädlich oder gefährlich ansieht. Die Unterscheidung von starkem und schwachem Paternalismus bezieht sich also auf die Personen, die Adressaten solcher Maßnahmen sind: sind diese Personen im Normalsinne fähig, über ihre Angelegenheiten selbständig zu entscheiden, handelt es sich um starken, in allen anderen Fällen (Kinder, psychisch Gestörte, Debile usw.) um schwachen Paternalismus. Die Unterscheidung von hartem und mildem Paternalismus bezieht sich auf die Maßnahmen selbst, die erwogen werden: Setzt man sich über einen erkennbaren entgegenstehenden Wunsch oder Entschluß der betreffenden Person hinweg, handelt es sich um harten Paternalismus; beschränkt man sich auf Maßnahmen, die durch Information, Veränderung der Rahmenbedingungen von Handlungen etc. den Betroffenen veranlassen, seine Präferenzen zu ändern, kann man von mildem Paternalismus sprechen. Es ist klar, daß es hier keine scharfen Grenzen gibt. Aber andererseits gibt es auch jeweils exemplarische Fälle für jede Spielform des Paternalismus, die zur Orientierung sehr geeignet sind.

Der „schwache“ Paternalismus ist, denke ich, unproblematisch; er beruht auf der in vielen Fällen begründeten Voraussetzung, daß jemand, vorübergehend oder auf Dauer, nicht in der Lage sei, seine wahren langfristigen Interessen zu erfassen oder nach ihnen zu handeln. „Starker“ Paternalismus ist allemal ein Eingriff in die Freiheitsrechte von Individuen und daher bedenklich. Nach klassischer liberalistischer Lehre [1] – die mit der Auffassung von Kant in diesem Punkt übereinstimmt – ist ein solcher Eingriff in den Freiheitsbereich von Personen nur erlaubt, wenn es darum geht, zu verhindern, daß *dritte* Personen durch das Verhalten der betreffenden Person geschädigt oder gefährdet werden könnten. Wenn jemand nur sich selbst gefährdet, z. B. durch leichtsinniges Bergsteigen, Teilnahme an Autorennen, andauernde berufliche Überanstrengung, sind wir zwar berechtigt, vielleicht auch verpflichtet, ihn zu warnen und ihm hinsichtlich seines Verhaltens Vorhaltungen zu machen, nicht aber, ihn mit Sanktionen oder mit Gewalt an seinen Aktivitäten zu hindern. Respekt vor der Autonomie unserer Mitmenschen ist eine wichtige und einleuchtende mora-

lische Pflicht, die in unserer Verfassung ja sogar grundsätzlich abgesichert ist. Es besteht aber ebenso die Verpflichtung, anderen zu helfen und sie vor Gefahren, auch vor Gefahren, denen sie sich nur selbst aussetzen, zu schützen. Die Entscheidung, wie man sich zu verhalten hat, muß in einem solchen Pflichtenkonflikt jeweils nach den Umständen des Einzelfalls getroffen werden. Ein *schwerer* Eingriff in die Freiheitsrechte ist oft ein zu hoher Preis für eine an sich erwünschte Risikoverminderung; ein leichter Eingriff könnte gerechtfertigt sein, wenn die Gefahr erheblich ist und unmittelbar droht. Es könnte also in einzelnen Fällen ein „schwacher“ Paternalismus auch mit Zwangsmitteln moralisch vertretbar sein. Dagegen halte ich es für plausibel, daß nur „milde“ Formen des „starken“ Paternalismus moralisch zulässig sind.

b) Das Fairneß-Argument

Die zweite Argumentationsstrategie ist nicht auf das Wohl des jeweils Gefährdeten oder Sich-Gefährdenden bezogen. Sie beruft sich vielmehr auf das Prinzip der *fairen Verteilung von Chancen und Kosten* innerhalb einer Gesellschaft, also auf ein Prinzip der Gerechtigkeit. Nach dieser Argumentationsstrategie ist es moralisch unzulässig, daß diejenigen, die sich „vernünftig“ verhalten, und dadurch Einschränkungen ihrer Lebensmöglichkeiten in Kauf nehmen, die Lasten und Kosten dafür tragen sollen, daß andere eine solche Disziplin nicht einhalten. Es erscheint ungerecht, wenn die Folgen „unvernünftigen“ Verhaltens Einzelner auf die Allgemeinheit abgewälzt werden. Warum sollen die Nichtraucher die Mehrkosten, die im Gesundheitswesen durch Versorgung der Folgekrankheiten des Rauchens entstehen, in gleicher Weise wie die Raucher selbst tragen?

Sind die beitragszahlenden Nichtraucher nicht berechtigt, zu verlangen, daß die Allgemeinheit auf die Raucher als eine Risikogruppe einen Druck ausübt, um ihr Verhalten zu ändern, oder wenigstens zu verlangen, daß die Risikogruppe einen finanziellen Sonderbeitrag, einen Risikozuschlag, leistet, um die zusätzlichen Kosten, die durch ihr Verhalten entstehen, aufzufangen? Man könnte erwägen, Tabakwaren mit einer zusätzlichen Abgabe zu belasten, die hoch genug ist, um das durch Rauchen verursachte Zusatzrisiko abzudecken – oder Tabakwaren gleich so teuer zu machen, daß der Preis jedenfalls auf die meisten abschreckend wirkt. Sollten vielleicht auch die Preise für Skilift-Fahrkarten um einen Betrag erhöht werden, der die Kosten der Behandlung von Knochenbrüchen und den Produktionsausfall durch unnötige Krankenhausaufenthalte und Urlaubsverlängerungen deckt? So attraktiv diese Argumentation zunächst erscheint (besonders für Nichtraucher und Nicht-Wintersportler), so ergeben sich doch Schwierigkeiten, wenn man die Sache näher betrachtet. Die Erforschung der Risikofaktoren, die mit verschiedenen Lebensgewohnheiten verknüpft sind, ist noch in den Anfängen und im Fluß. Von einigen klaren Fällen, wie der Korrelation zwischen Zigarettenrauchen und Lungenkrebs, abgesehen, sind die Hypothesen über solche Zusammenhänge oft noch umstritten. Die Gefahren des Passivrauchens (die allerdings in letzter Zeit überzeugend belegt wurden), die Rolle erhöhten Cholesterinspiegels bei der Genese des Herzinfarkts, die Bedeutung des „Streß“ für Kreislaufkrankungen und Magenge-

schwüre haben in den vergangenen Jahren unterschiedliche Beurteilung durch kompetente Forscher erfahren. Es besteht die Gefahr, daß noch ungesicherte Annahmen über solche Kausalzusammenhänge vorschnell zur Basis einschneidender gesundheitspolitischer Maßnahmen gemacht werden.

Zweitens muß man damit rechnen, daß ein großer Teil der jeweiligen Risikogruppen, z. B. Raucher, Alkoholiker, Personen mit ungesunden Eßgewohnheiten und entsprechend hohem Übergewicht, Drogensüchtiger und Homosexueller ihre Verhaltensweise nicht freiwillig gewählt haben und daher auch nicht in der Lage wären, durch bloßen Entschluß von ihr abzulassen. Diese Verhaltensweisen können auf Veranlagung, auf frühkindliche Entwicklungsstörungen, auf sozialen Gruppendruck, auf soziale Konflikte, auf Verführung durch Reklame und andere komplexe Konstellationen zurückgehen. Daß Drogenkonsum und Alkoholismus eine physische Abhängigkeit auslösen können, ist bekannt; aber auch unmäßige Nahrungsaufnahme kann zu einer Sucht werden, die alle Versuche des Individuums, sich aus seiner ungünstigen Lage zu befreien, vereitelt. Die schädliche Verhaltensweise kann auch ein verzweifelter Versuch sein, psychische Konflikte zuzudecken. Kurz, diese Lebensgewohnheiten könnten nicht nur zur Krankheit führen, sondern selbst schon Symptome einer psychischen Erkrankung sein, der das Individuum ohne Psychotherapie oder andere fachkundige Hilfe nicht entrinnen kann. Appelle an Vernunft und Willenskraft wären hier zwecklos, und man würde die ohnehin schon Geschädigten einer zusätzlichen Belastung aussetzen, wenn man sie durch entsprechende Sanktionen bestraft. Die Unterscheidung zwischen denen, die solche Risiken aus freien Stücken auf sich nehmen und dann auch die z. B. finanziellen Folgen ihres Verhaltens tragen oder ihre Lebensweise, wenn sie das nicht wollen, ändern können, und jenen anderen, die einen solchen Freiheitsgrad gar nicht mehr haben oder nie hatten, wäre im Einzelfall schwer zu treffen. Insofern würde die Gerechtigkeitsforderung nach Risikozuschlägen, die Versicherungskosten nach dem Risiko der Lebensweise gewichten, eine andere, neue Ungerechtigkeit zur Folge haben, weil Kranke und leichtsinnige Gesunde zu Unrecht gleichbehandelt würden.

Es ist übrigens auffallend, daß entsprechende Sanktionen meist für solche Verhaltensweisen vorgeschlagen werden, die ohnehin moralisch abgelehnt werden: körperliche Bequemlichkeit („Faulheit“), übermäßige Nahrungsaufnahme („Gefräßigkeit“), sexuelle Promiskuität gehören hierher, während andere, vielleicht ebenfalls gefährliche Verhaltensweisen, wie Arbeitswut, übermäßiges Sonnenbaden, Hochleistungssport und dergleichen nicht in den Katalogen der unerwünschten Aktivitäten auftreten. Es legt sich daher der Verdacht nahe, hier werde eigentlich der Versuch gemacht, moralisch mißliebige Verhaltensweisen durch gesundheitspolitische Maßnahmen zurückzudrängen.

Dafür scheint mir auch ein Beleg zu sein, daß gegen die sogenannte „Abreibung auf Krankenschein“ oft mit dem Argument opponiert wird, die Krankenversicherung sei nicht dazu da, Kosten aufzufangen, die von den Betroffenen durch ihr freiwilliges Verhalten allererst ausgelöst werden. Wäre dies Argument wirklich tragfähig, so müßte es ebenso gegen die Übernahme der Geburtshilfekosten durch die Krankenkassen oder gegen die Übernahme der Kosten von Sportunfällen vorgebracht werden, was aber in der öffentlichen Dis-

kussion nicht oder nur selten geschieht. Und wenn gesagt wird, es sei den Abtreibungsgegnern nicht zuzumuten, sich mit ihren Beiträgen an den von ihnen moralisch mißbilligten Maßnahmen zu beteiligen, so müßte wohl, nach der gleichen Logik, auch dem Steuerzahler ein Vetorecht gegen staatliche Aufwendungen für von ihm mißbilligte Zwecke zugestanden werden, wobei man an Forschungsaufwendungen für Gentechnologie, Rüstungsausgaben und manche Sektoren der Kulturförderung denken könnte.

Ich möchte mit diesen Darlegungen nicht das Fairneß-Argument für gesundheitspolitische Maßnahmen entkräften. Es sollte nur klar sein, daß seiner Anwendung sowohl moralische wie empirische Schwierigkeiten entgegenstehen, die sorgfältig durchdacht werden müssen. Im Fall der Anschnallpflicht für Autofahrer und der Sanktionen der Kraftfahrzeugversicherungen gegen alkoholisierte Unfallverursacher scheinen mir diese Schwierigkeiten gering: Es gibt wohl keine krankhafte Anschnallhemmung, und wenn auch Alkoholismus eine Krankheit sein mag, so kann diesen Kranken doch zugemutet werden, dann auf die Benutzung des Autos zu verzichten. Beim Rauchen scheint es ähnlich zu liegen. Die meisten Raucher könnten wohl, wenn sie wollten, das Rauchen einstellen; vielen ist das auch ohne Therapie gelungen. Hier kommt noch, neben den sozialen Kosten, die Gefahr des Passiv-Rauchens verschärfend hinzu, so daß der Schutz der Nichtraucher eine zusätzliche Verstärkung des Fairneß-Arguments bieten würde.

c) *Das Argument des Gesamtnutzens („Utilitarismus“)*

Die dritte Argumentationsstrategie bezieht sich nicht auf Fragen sozialer Gerechtigkeit, insbesondere der fairen Verteilung sozialer Kosten und Lasten, sondern auf den *sozialen Gesamtnutzen*, der durch die Bekämpfung riskanter Lebensgewohnheiten wirksam erhöht werden könnte. Dies Argument ist besonders für utilitaristisch denkende Moraltheoriker und Nationalökonomien attraktiv, und ich möchte betonen, daß ich utilitaristische Ansätze zur Normenbegründung für wichtig, wenn auch nicht für allein ausreichend halte. In diesem Zusammenhang fällt z. B. ins Gewicht, daß der Gewinn vieler zusätzlicher Lebensjahre vieler Angehöriger einer Gesellschaft und die Verringerung von Frühinvalidität durch vernünftigeren Lebensweise von hohem volkswirtschaftlichem Nutzen wären. Ebenso würde der Gesamtnutzen erhöht, wenn ein erheblicher Teil der heute für die Therapie anfallenden Kosten für andere Zwecke, sei es für private Ausgaben oder auch für öffentliche Zwecke wie Bildung, Forschung, Verbesserung der industriellen Infrastruktur oder für andere soziale Maßnahmen, eingespart werden könnte.

Daß die Vorteile, die der Gesellschaft als ganzer durch gesundheitsbewußtere Lebensweise ihrer Mitglieder zufallen würden, eine Rechtfertigung staatlicher Anstrengungen, eine solche gesündere Lebensweise auch durchzusetzen, darstellen würden, ist wohl nicht kontrovers. Die Frage ist natürlich, wie weit solche Maßnahmen in das Privatleben des Einzelnen eingreifen dürfen, ohne die freie Entfaltung persönlicher Wertvorstellungen und Lebensstile, die wir schätzen, einzuschränken. Die Vorstellung, daß auf Anordnung der Regierung die gesamte Bevölkerung morgens zum Frühsport „heraustritt“, oder daß zur

Förderung allgemeiner Nachtruhe des Fernsehprogramm auf allen Kanälen um 22 Uhr endet, daß in den Konditoreien keine Schlagsahne mehr serviert wird, Zigaretten nur auf dem Schwarzen Markt erhältlich wären, solche Vorstellungen sind freilich für die meisten von uns so abschreckend, daß sie lieber in einer liberalen, dafür krankheitsanfälligeren Gesellschaft, wie es die unsrige ist, als in einem solchen neuen „Gesundheits-Sparta“ leben würden, wenn sie sich zwischen beiden entscheiden müßten.

Außerdem hat es etwas Abstoßendes, wenn als Argument für die gesundheitsgemäße Lebensweise des Einzelnen ausschließlich die finanzielle Entlastung der Volkswirtschaft herangezogen wird. Wenn z. B. das Pfeiferauchen die Wahrscheinlichkeit wesentlich erhöhen würde, daß der Betreffende im Alter von 63 bis 65 Jahren, also etwa zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem aktiven Arbeitsleben, stirbt, so wäre, vom Standpunkt volkswirtschaftlichen Gesamtnutzens, das Pfeiferauchen sogar von Vorteil, weil es den Rentenfonds entlastet. Sollte die Gesellschaft entsprechende Verhaltensweisen also besonders fördern und erleichtern? Das volkswirtschaftliche Argument für eine solche Verhaltensweise wäre genauso stark wie das volkswirtschaftliche Argument gegen eine Verhaltensweise, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Frühinvalidität und zu hohen Therapiekosten führt. Dies paradoxe Ergebnis zeigt nicht, daß Kosten-Nutzen-Abwägungen von volkswirtschaftlicher Warte nicht auch als Argument für gesundheitspolitische Maßnahmen eingesetzt werden dürften. Es zeigt aber, daß sie nicht allein entscheiden können und unter einschränkenden Bedingungen stehen. Solche Argumente können wohl nur als Zusatzargumente in den Fällen dienen, in denen wir schon davon überzeugt sind, daß es auch im Interesse des jeweils betroffenen Individuums wäre, das zu tun, was außerdem auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten vorteilhaft wäre.

4. Vorläufiges Diskussionsergebnis

Fassen wir das Ergebnis unserer Überlegungen zusammen: Es gibt eine rational begründbare, sozial vermittelte, moralische Verpflichtung des Einzelnen, in seiner Lebensweise auf gesundheitliche Risiken angemessen Rücksicht zu nehmen. Hinsichtlich der Berechtigung oder gar Verpflichtung der Allgemeinheit, den Einzelnen zur Befolgung dieser Verpflichtung anzuhalten, zu veranlassen oder gar zu zwingen, lassen sich drei mögliche Argumentationstypen unterscheiden: Paternalismus (auf das Wohl des Betroffenen gerichtet), das Prinzip sozialer Gerechtigkeit (auf faire Verteilung sozialer Lasten zielend) und das Prinzip des Utilitarismus (der Maximierung des sozialen Gesamtnutzens dienend).

Der Paternalismus wird durch das Recht des Individuums auf Selbstbestimmung begrenzt; das Fairneßargument hat erhebliche Begründungskraft, begegnet aber bei seiner Anwendung ernstlichen prinzipiellen und empirischen Problemen; das utilitaristische Argument der Kosten-Nutzen-Abwägung kann, wie wir sahen, nur als Zusatzargument in Betracht kommen, wo Individualinteresse und Gesamtnutzen gleichgerichtet sind.

Aus all dem ergibt sich, so meine ich, daß ein „schwacher“ Paternalismus (in dem definierten Sinne) durchaus vertretbar ist: Schutz der (noch) nicht zu auto-

nomer Entscheidung herangereiften Individuen vor schädlichen Einflüssen, z.B. also Verbot der Werbung für Tabakerzeugnisse; Aufklärungskampagnen zur Verbesserung der Information über Gesundheitsrisiken, wie bei AIDS; staatliche Förderung privater Präventionsbemühungen wie Breitensport und die Verbreitung gesunder Ernährungsgewohnheiten. Vor allem aber sollte die Aufgabe des Staates sein, gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu fördern, die dazu beitragen, die vielfachen psychischen Schädigungen zu vermeiden oder doch wenigstens zu mildern, die den Griff zur Flasche, zur Zigarette, zur Droge als Fluchtwege aus Konflikten geradezu vorprogrammieren. Wie in der Medizin gilt auch hier, daß die Bekämpfung der Ursachen (wo man sie kennt) weit lohnender ist als das Kurieren an Symptomen. Und schließlich gilt auch für die Gesundheitspolitik selbst der alte Grundsatz des „Médèn ágan“ („Nichts im Übermaß!“): Gesundheit ist sehr wichtig, aber sie ist nicht allein wichtig. Ein kollektiver Gesundheitsfanatismus wäre selbst eine Form der sozialen Krankheit.

Literatur

1. Mill J ST (1859) On liberty
2. Feinberg J (1973) Social philosophy. Englewood Cliffs, NJ
3. Belloc NB, Breslow L (1972) Relationship of physical status health and health practices. *Prev Med* 1: 409–421
4. Beauchamp DE (1982) In: Beauchamp TL, Walters LeRoy (eds) Public health and individual liberty. *Contemp Issues Bioethics*, 2nd edn. Belmont, California, pp 442–451
5. Wikler D (1982) In: Beauchamp TL, Walters LeRoy (eds) Persuasion and Coercion for health: ethical issues in government efforts to change lifestyles. *Contemp Issues Bioethics*, 2nd edn. Belmont, California, pp 451–457
6. Veatch RM (1982) In: Beauchamp TL, Walters LeRoy (eds) Voluntary risks to health: the ethical issues. *Contemp Issues Bioethics*, 2nd edn. Belmont, California, pp 457–463
7. Patzig G (1983) *Ethik ohne Metaphysik*, 2. Aufl. Göttingen
8. Schaefer H (1983) *Medizinische Ethik*, Heidelberg
9. Wikler D (1987) In: van de Veer D, Regan T (eds) Personal responsibility for illness. *Health Care Ethics*. Philadelphia, pp 326–358

Prof. Dr. G. Patzig
 Philosophisches Seminar
 Georg-August-Universität Göttingen
 Platz der Göttinger Sieben 5
 D-3400 Göttingen