

deten Handelsgiganten Wal-Mart, „Wäre dem nicht so, könnten wir nicht so spielend Leute finden.“

In verbesserte Arbeitsbedingungen zu Investieren, würde erst mal kosten. Dafür gibt es vielleicht ethische Motive aber derzeit keine wirtschaftlichen. Da mag das Handelsblatt über ein betriebliches Gesundheitsseminar jubeln: „Allein durch bessere Ernährung und mehr Bewegung ließen sich in dem betreffenden Unternehmen schon nach sechs Monaten die Fehlzeiten um 60 Prozent von zwei auf 0,8 Fehltag pro Mitarbeiter reduzieren“ – solange man mit Entlassungsdrohungen das selbe Ergebnis erzielt, wird dieses Projekt wenig Nachahmer finden. „Nachhaltigkeit“ wird nur praktiziert, wenn sie sich rechnet. Wenn in ein paar Jahren eine „Rohstoffverknappung“ bei den FacharbeiterInnen eintreten wird, sieht es wieder anders aus. Es könnte auch schon jetzt anders aussehen, wenn dies eine wehrhafte Republik wäre, die das Verursacherprinzip zur Richtschnur nähme. 40 Mrd. Euro pro Jahr – so die vorsichtige Schätzung der Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen – lässt sich die Allgemeinheit weithin klaglos von denen aufbrummen, die ansonsten verkünden, Solidargemeinschaft sei ein alter Hut.

Das funktioniert auch deshalb, weil Workoholism in besseren Kreisen schick ist. Während der dot.com-Blase wurden im Fernsehen smarte AufsteigerInnen gezeigt. Zarte Frauenhände – ob präventiv oder kurativ sei dahingestellt – waren an ihren Nackenmuskeln zugange, während sie sich vom PC gar nicht mehr trennen wollten. Hat sich erledigt. „Ihr Leben war Arbeit“ stand auf dem Grabstein meiner Großmutter.

Nicht erledigt hat sich, dass bei der Berechnung der „Arztminute“ eine Wochenarbeitszeit von über 50 Stunden zugrunde gelegt wird. Damit wird eher kokettiert, als dass gesagt wird „haben wir sie noch alle?“ Wobei – für unsere privilegierten Berufe gilt tatsächlich häufig der Spruch: „Bei der Arbeit hat mir selten das Vergnügen gefehlt, aber beim Vergnügen öfter die Arbeit“. Unter dieser Voraussetzung erhält Arbeit gesund – körperlich und seelisch.

Aber so ist es eben nicht überall und so ist es immer weniger. „Psychische Belastungen in der Arbeitswelt nehmen in alarmierendem Maße zu“ – das war schon 2002 Ergebnis einer BKK-Untersuchung: Wenn hohe psychische Anforderungen (z.B. extremer Arbeitsanfall, widersprüchliche Anforderungen, nicht ausreichende Zeit) zusammen auftreten mit geringer Einflussnahme auf die Arbeitsaufgaben (wenig Entscheidungsfreiheit, Mitbestimmung, Transparenz, Möglichkeit zur Weiterqualifikation, Abwechslung), dann steigt die Zahl der AU-Tage um ca. 50% an und zwar über alle Diagnosen (u. a. Arbeitsunfälle, Magengeschwüre, Atemwegsinfektionen, Rückenerkrankungen) und unabhängig von Alter, Geschlecht, körperlicher Belastung.

Über den krank machenden Faktoren der Arbeitswelt vergessen wir leicht, dass Arbeitslosigkeit die Gesundheit noch ungleich mehr gefährdet. Der ideologisch unverdächtige Armutsbericht der Bundesregierung (www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit/armutsbericht/index.cfm) weist aus: 60% der langzeitarbeitslosen Männer haben gesundheitliche Probleme – aber „nur“ 28 % der männlichen Erwerbstätigen (bei den Frauen ist das Verhältnis 52% zu 35%). Arbeitslose verhalten sich „gesundheitsriskanter“ (z.B. sind doppelt so viele arbeitslose wie erwerbstätige Frauen adipös), weil die Gleichgültigkeit gegenüber sich selbst zunimmt und Scheinbefriedigungen zum Ausweg werden, wenn ein befriedigendes Leben kaum möglich ist. Die Gesundheitsprobleme machen aber nicht halt bei den unmittelbar Betroffenen. Die Kinder der Deklassierten bleiben in ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung hinter den anderen zurück.

Corinne Maier, die französische Analytikerin plädiert in ihrem

Bestseller für „Die Entdeckung der Faulheit. Von der Kunst, bei der Arbeit möglichst wenig zu tun“. „Es gibt kein Recht auf Faulheit“, konstatiert der noch amtierende Kanzler dieser Republik. Ich schlage folgende Arbeitsteilung vor: wir machen uns daran, die Faulheit zu entdecken und die politische Klasse fängt endlich damit an, die Arbeit zu erledigen, für die sie gewählt wurde und bezahlt wird: Implizite Gesundheitspolitik in Form einer guten Arbeits- und Sozialpolitik zu leisten.

URSULA NEUMANN

Wahre Lügen – Manipulation durch Informationen



David Klemperer

Nach einem Vortrag von David Klemperer zum Thema Krebsvorsorge ging eine Psychologin mit der Leidenschaft derer, die sich im Besitze der Moral wissen, den Redner scharf an: sie arbeite in einer Krebsklinik und erfahre täglich, wohin unterbliebene Vorsorge führe. Es spielte keine Rolle, ob das, was Klemperer referiert hatte, korrekt war oder nicht – dass er kritische Bemerkungen zum Mamma-Screening gemacht hatte, ließ ihn in den Augen dieser Kollegin fast persönlich verantwortlich für den Tod von Tausenden Frauen sein. Es ist keineswegs nur die Medizin- und Pharmaindustrie, die argumentiert, aus Verantwortung für uns selbst und gegenüber anderen müssten wir alles in Anspruch nehmen, was uns in Sachen Prävention geboten wird. „Wir produzieren Sicherheit“ – wer da Kaufzurückhaltung empfiehlt, hat bei diesem hochemotionalen Thema schlechte Karten. Ob pränatale Diagnostik, Prostata-Test oder Osteoporose-Mobil – man will sich ja nichts vorwerfen müssen. Bayer und andere sind im Wettlauf um eine „Polypill“. Die soll jede(r) ab 55 nehmen – denn damit würde die Zahl der Herzinfarkte um 88 Prozent und die Zahl der Schlaganfälle um 80 Prozent reduziert. Sagen die Pressesprecher. Um wie viel Prozent der Gewinn der Firmen stiege, sagen sie nicht.

David Klemperer ist Professor für medizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Sozialmedizin und Public Health an der FH Regensburg und war Referent für Fragen der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen beim Bremer Senat.

U.N.

Das halbvolle bzw. halbleere Glas ist ein gängiges Beispiel für die Darstellung ein und desselben Sachverhalts in zwei unterschiedlichen For-

Relatives und absolutes Risiko

Behandlungsgruppe		Plazebogruppe		relative Risikoreduktion (%)	absolute Risikoreduktion (%)
Überlebende	Verstorbene	Überlebende	Verstorbene		
9.000	1000	8.000	2.000	50	10,00
9.900	100	9.800	200	50	1,00
9.990	10	9.980	20	50	0,10
9.999	1	9.998	2	50	0,01

men. In der angloamerikanischen Literatur zur medizinischen Entscheidungsfindung wird dies als «framing» bezeichnet. Tatsächlich kann der Rahmen das Bild verändern. Die unterschiedliche Darstellungsform führt zu unterschiedlicher Wahrnehmung und Bewertung und kann letztlich ausschlaggebend für die Entscheidung sein.

Am Beispiel der Angioplastie (PTCA, Herzkranzgefäß-Aufdehnung) zur Beschwerdelinderung bei Patienten mit anhaltender Angina pectoris (Schmerz im Brustkorb infolge koronarer Herzkrankheit) konnte gezeigt werden, dass sich Patienten bei positiver Darstellung des Risikos («99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen») häufiger für den Eingriff entschieden als bei negativer Formulierung («Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf»). Bei positiver Formulierung sagten 49 Prozent «definitiv ja» oder «vielleicht», bei negativer Formulierung 27 Prozent.

Das Beispiel zeigt, dass die Entscheidung des Patienten von der Art der gegebenen Informationen abhängig sein kann. Dies könnte durch gezielten Einsatz dazu genutzt werden, die Entscheidung von Patienten zu beeinflussen.

Ärzte wie Psychotherapeuten sind häufig nicht neutral bezüglich der zur Diskussion stehenden medizinischen bzw. psychotherapeutischen Intervention. Als Anbieter von Gesundheitsleistungen, die ihnen einen materiellen Vorteil bringen, stehen sie in einem Interessenkonflikt. Unabhängig davon, ob der Konflikt bewusst ist oder nicht, kann sich dies auf die Quantität und Qualität der Informationen auswirken, die der Arzt oder Psychotherapeut dem Patienten zur Verfügung stellt.

Manipulation durch selektive Information ist in der Medizin häufig anzutreffen.

Anlässlich der Brustkrebs-Diagnose von Kylie Minogue haben sich der Berufsverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Pathologie zu Wort gemeldet. In den Online-Nachrichten des Deutschen Ärzteblattes war am 20.5.2005 zu lesen (www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=20172):

- Weltweit erkranken jährlich rund eine Million Frauen an Brustkrebs, in Deutschland 47.000.
- Nur jede zweite Frau nehme die jährliche Krebsvorsorge in Anspruch.
- Die Sterblichkeit an Brustkrebs solle um 30 Prozent gesenkt werden.
- Brustkrebs im Frühstadium könne meist vollständig geheilt werden («Heilungschancen bei fast 90 Prozent»)

Ohne Zweifel implizieren diese Informationen die Sinnhaftigkeit der Teilnahme aller Frauen an der Früherkennung von Brustkrebs. Aber zusätzliche Informationen verändern das Bild. Zur Kontrastierung handelt es sich um ausgewählte Informationen, welche die Teilnahme weniger attraktiv erscheinen lassen.

- Im Krebsatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums wird die Zahl der Neuerkrankungen an Brustkrebs mit 42.600 pro Jahr um 4.400 Fälle niedriger geschätzt.

- Die meisten Frauen, bei denen die Diagnose Brustkrebs gestellt wird, sterben nicht an Brustkrebs. 2003 starben 17.173 Frauen an Brustkrebs.
- Im Jahr 2003 starben in Deutschland 457.676 Frauen. Von 27 verstorbenen Frauen ist somit eine Frau an Brustkrebs verstorben. Anders formuliert sterben von 100 Frauen etwa 4 an Brustkrebs.
- In der Altersgruppe, in der sich Kylie Minogue befindet (35 bis 40 Jahre), starben 2003 in Deutschland von 100.000 Frauen 7,4 an Brustkrebs.
- Für das Früherkennungsprogramm für 50 bis 69-jährige Frauen mit zweijährlichen Röntgenaufnahmen der Brust gilt für einen 10-Jahreszeitraum Folgendes:
 - eine Frau von 1.000 profitiert von der Früherkennung, sie wäre ohne Früherkennung an Brustkrebs verstorben. Während vier Frauen ohne Früherkennung sterben, reduziert sich mit Früherkennung die Zahl der Todesfälle auf drei. Die relative Risikoreduktion beträgt somit 25 Prozent.
 - Die Minderung des absoluten Sterberisikos für Brustkrebs beträgt 0,1 Prozent (eine Frau von 1.000), entsprechend einer number needed to screen von 1.000.
 - Insgesamt wird bei der Früherkennung Brustkrebs bei 7 Frauen von 1.000 entdeckt. Drei dieser Frauen versterben nicht an Brustkrebs. Drei der insgesamt sieben Frauen mit Brustkrebs versterben trotz der Früherkennung an Brustkrebs.
 - Bei einer Frau von 1.000 wird ein vorhandener Brustkrebs nicht erkannt.
 - In 10 Jahren wird bei 250 von 1.000 Frauen im Röntgenbild ein Hinweis auf möglichen Brustkrebs festgestellt, der sich bei weitergehenden, teils invasiven Untersuchungen, bei 242 Patienten nicht bestätigt (falsch positive Befunde).

Diese wenigen – wie gesagt ebenfalls selektierten Informationen – lassen die Früherkennung weit weniger attraktiv erscheinen.

Was folgt daraus?

Die Information von Patienten sollte weder zum Ziel haben, eine medizinische Intervention attraktiv oder unattraktiv zu machen. Die Mehrheit der Patienten wünscht umfassende Informationen, damit sie sich an der Entscheidung beteiligen oder sie zumindest nachvollziehen können. Die informierte medizinische Entscheidungsfindung setzt das Verständnis von potentielltem Nutzen und Schaden der zur Entscheidung anstehenden Behandlungsoptionen voraus. Klare, ehrliche und verständliche Informationen, die alle relevanten Aspekte der Entscheidung abdecken, sind dafür eine unabdingbare Voraussetzung. Numerische Informationen allein in Form der relativen Risikoreduktion können in die Irre führen, weil beispielsweise eine 50-prozentige Minderung des relativen Risikos bedeuten kann, dass von 10.000 Patienten 1.000 profitieren als auch ein Einziger (s. Abbildung).

Die Information von Frauen bezüglich der Brustkrebsfrüherkennung liegt derzeit noch im Argen. Eine Untersuchung von 58 Informationsbroschüren als auch von 27 Websites über das Brustkrebs-Screening

ning zeigen, dass durch selektive Information und Framing ein hochgradig verzerrtes positives Bild dieser Intervention gezeichnet wird. Insbesondere wird die absolute Risikoreduktion vorenthalten.

Das Rezept für Manipulation durch Information ist einfach und auf viele Situationen übertragbar: Informationen selektieren und ihnen einen passenden Rahmen geben («framing»), den potentiellen Nutzen übertreiben, den potentiellen Schaden verschweigen. Den Patienten bzw. Bürger erschrecken und ihm mit der Intervention, um die es geht, die passende Hilfe anbieten. Bewährt hat es sich auch, Prominente zu Fürsprechern zu machen, insbesondere wenn es sich um Krankheitsfrüherkennung handelt. Hilfreich ist auch eine Show am Samstagabend zum jeweiligen Thema (wie kürzlich zur Darmkrebsfrüherkennung). Kritiker sind als verantwortungslos bis verrückt zu beschimpfen, weil sie fahrlässig das Leben von Menschen aufs Spiel setzen. Ob Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs oder Polypill zur primären Prävention der koronaren Herzkrankheit – das Rezept wirkt.

DAVID KLEMPERER

Das Dilemma der Prävention



Rüdiger Hagelberg

Irrungen, Wirrungen

Stellen Sie sich vor, ein Patient, Herr M., geht zum Arzt, weil er gesund ist und es bleiben will. Was hat der Arzt damit zu tun, werden Sie fragen und der Arzt vermutlich auch (es sei denn, er ergreift die Chance zum „IGeLn“). Zum Arzt gehen wir bewährterweise, weil wir krank sind und nicht aus Gründen der (primären) Prävention oder Gesundheitsförderung. Wir verknüpfen unsere Gesundheit eher mit einer Patienten-Rolle und einem pathogenetischen und weniger mit einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis.

Zwischen Medizin und Prävention besteht eine unklare Beziehung. Was hat das Tragen von Sturzhelmen mit Medizin, das Ausheilen einer Bronchitis mit Prävention zu tun? Ziehen Antiraucherkampagnen und Forderungen nach Rußpartikelfiltern in Dieselfahrzeugen am gleichen prophylaktischen Strang? Dem Bereitstellen von Krippen- und Kindergartenplätzen wird ein hoher präventiver Wert zugeschrieben. Was hat das mit Gesundheit oder gar mit Medizin zu tun?

Prävention und Gesundheitsförderung sind Gebiete, die sich in ih-

rer Bedeutung nicht so leicht wie die uns vertraute Medizin erschließen. Ihr und ihrer Lehre von der Entstehung und Heilung von Krankheiten (Ätiologie und Pathogenese) begegnen wir selbstverständlicher als Prävention und Gesundheitsförderung mit ihrer Lehre von der Erhaltung und Entstehung von Gesundheit (Salutogenese). Bei beiden geht es aber offenbar um Gesundheit und um verschiedene Wege dahin.

Prävention und Gesundheitsförderung im Schatten der Medizin

Wenn wir uns bei unserer Gesundheit an der „mächtigen“ Medizin orientieren, vermuten wir Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Nähe. So, als seien sie Teilgebiete von ihr wie Kardiologie oder Kinderheilkunde. Aus der Logik, dass die Medizin die „Mutter aller Gesundheit“ sei, resultiert die Mittelbereitstellung für Prävention und Gesundheitsförderung aus den Sozialkassen, vor allem denen der GKVen. Prävention und Gesundheitsförderung werden so zu Anhängseln von Krankheits-, Pflege- und Rentenkosten degradiert. Die Höhe der Mittel spricht dieselbe Sprache. Gesetzlich bereitgestellte Ausgaben für die Medizin verhalten sich zu denen für Prävention und Gesundheitsförderung etwa wie eine Villa zu einer Hütte. (Medizin ca. 240 Milliarden Euro pro Jahr, Prävention und Gesundheitsförderung ca. 180 Millionen Euro.) Die jetzt geplante Erhöhung der Gelder für auf 250 Millionen Euro sind ein „Tropfen auf den heißen Stein“ und Beweis für fehlende Neuorientierung.

„Mächtige Medizin“ ist kein Schlagwort. Sie hat Prävention und Gesundheitsförderung von zwei Seiten „in der Zange“: Einerseits besitzt sie Wissen über die Krankheiten, denen durch Prävention zuvor gekommen werden soll und hat so eine unbestreitbare Kompetenz. Auf der anderen Seite der „Zange“ verheißt sie, Krankheiten immer besser und rascher zu heilen. Warum sich gesund ernähren, wenn es die Pille zum Abnehmen (oder den chirurgischen Eingriff zum Fettabsaugen) gibt? Wenn Organe und Gelenke, die durch ungesunde Lebensführung geschädigt wurden, immer reibungsloser ersetzt werden können? Wenn wir immer älter werden und besser leben, obwohl die Lebensrisiken durch Umweltschäden, Fehlernährung oder Bewegungsmangel u. a. angeblich immer größer werden?

Die Medizin drängt den Präventionsgedanken an den Rand und folgt einer Tendenz unserer Zeit, die auf den raschen Erfolg und das reibungslose Beseitigen von Symptomen ausgerichtet ist. Vom mühsameren Weg zu Gesundheit und Heilung will sie wenig wissen und trägt dazu bei, dass ein Verständnis von Gesundheit, das diese als Folge achtsamer, selbstverantwortlicher Lebensführung sieht, an Bedeutung verliert. Sie macht sich so zum Komplizen mancher Trends in der „Spaß- oder Konsumgesellschaft“, die einer vernünftigen, gesundheitsbezogenen Für- und Vorsorge entgegen wirken. Medizin als „moderne Dienstleistung“ in dieser Weise kann kein Vorbild für Prävention und Gesundheitsförderung sein.

Beim Bau eines Hauses oder der Konstruktion eines Autos käme niemand auf die Idee, es mit der Sicherheit und Zuverlässigkeit nicht so genau zu nehmen, weil es erfolgreiche Reparaturbetriebe gibt, die spätere Schäden beseitigen können. Der präventive Gedanke, Schäden soweit wie möglich von vornherein auszuschließen, ist hier selbstverständlich. Reparaturen (oder Rückrufaktionen) sind für uns ärgerliche und häufig teure Ausnahmen. Es ist daher nicht leicht verständlich, dass wir uns in erster Linie auf den „Reparaturbetrieb“ Medizin stützen, wenn es um unsere Gesundheit geht.

Das mindert nicht die segensreiche Bedeutung, die der „Reparatur-