

Prävention eines irreversiblen Organversagens als medizinische und ethische Herausforderung

Monika Bobbert

I. Einleitung

Durch die Fortschritte in der Medizin und die demografische Entwicklung werden zukünftig eher noch mehr kranke Menschen auf ein Ersatzorgan warten.¹ Auch wenn sich die Organspendebereitschaft in Deutschland erhöhen sollte, können voraussichtlich nicht alle Patienten mit einem drohenden oder vollständigen Organversagen ein Transplantat erhalten.

Außerdem wird die Organtransplantation aus ethischer Sicht problematisch bleiben: Zwar kann eine Organtransplantation – als Therapie eines irreversiblen Organversagens – das Leben eines Menschen nicht nur im Akutfall retten, sondern oftmals bei chronischen Leberleiden entscheidend verlängern.² Jedoch sind – anders als sonst

¹ Für medizinische Hinweise danke ich Dr. R. Koschny und PD Dr. T. Ganten. Der Beitrag entstand parallel zu einem vom Marsilius-Kolleg der Universität Heidelberg geförderten interdisziplinären Forschungsprojekt zu medizinischen, ethischen und rechtlichen Problemen der Lebertransplantation.

² Allerdings kann auch nicht allen Patienten durch eine Transplantation dauerhaft geholfen werden. Ca. zwei Drittel der Transplantierten von Leber oder Herz leben nach einem Jahr noch, wobei das statistische Einjahresüberleben von der Organgruppe, vom Gesundheitszustand des Empfängers, der Organqualität, der Qualität der Operation und der Nachsorge abhängt: vgl. die Zahlen für das Einjahres- und Fünfjahresüberleben nach Lebertransplantation z. B. den Überblick von *Pascher, Andreas, Nebrig, Maxim, Neuhaus, Peter*, Irreversibles Leberversagen: Transplantation als Behandlungsoption, in: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013/10), 167–173. Vgl. für die Prognose nach Herztransplantation: *Lange, Rüdiger*, Herzchirurgie, in: *Jörg Rüdiger Siewert, Hubert J. Stein*, (Hg.), *Chirurgie, Heidelberg* ⁹2012, 399–478, 473. Nierentransplantierte haben sehr viel höhere, Lungentransplantierte sehr viel geringere Einjahres-Überlebensraten. Vgl. für die Prognose nach Nierentransplantation: *Keller, Christine K., Gerberth, Steffen K.*, Nierentransplantation, in: *dies.*, *Praxis der Nephrologie*, Berlin ³2010, 291–332, 295. Vgl. für das Einjahresüberleben nach Lungentransplantation *Hien, Peter*, *Praktische Pneumologie*, Berlin ²2012, 131–137, 137.

bei medizinischen Behandlungen – bei einer Organtransplantation unmittelbar Dritte betroffen: hirntote Patienten, denen Organe entnommen werden, andere Patienten, die auch auf ein Organ warten, Angehörige, die entsprechend einem angenommenen Willen des Patienten der Organentnahme zustimmen, Lebendspender, die Belastungen und kurz- oder langfristige Gesundheitsschäden auf sich nehmen und schließlich Menschen, die im Rahmen des in Deutschland und Europa rechtlich verbotenen Organhandels ein Organ verkaufen oder sogar Opfer von Organraub werden. Die Prävention eines irreversiblen Organversagens zur Vermeidung ethischer Probleme ist daher dringend geboten.

Solide Organe, die heute routinemäßig transplantiert werden, sind Niere, Leber, Herz und Lunge. Der Schwerpunkt der folgenden Präventionsüberlegungen wird auf diesen Organen liegen und weniger auf Dick- oder Dünndarm und Bauchspeicheldrüse, die seltener transplantiert werden. In Medizin und Psychologie wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Im vorliegenden Beitrag steht vor allem die primäre Prävention im Vordergrund, d. h. die Mittel zur Verhütung einer Erkrankung, die zu einem Organversagen führen kann.³ Die sekundäre Prävention, die sich auf das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Erkrankungen bezieht, die schließlich in einem Organversagen enden könnten, ist ebenso relevant, da sie darauf abzielt, schwerere Krankheitsstadien zu verhindern. Allerdings beinhaltet die sekundäre Prävention neben dem Ziel, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zu ändern, viele medizinische Einzelinterventionen zur Früherkennung und bestmöglichen Behandlung der einzelnen Erkrankungen im Vorfeld eines Organversagens, die den Rahmen dieses Beitrags ebenso sprengen würden, wie organbezogene medizinische Überlegungen zur tertiären Prävention.

³ Vgl. für die Einführung der Unterscheidung *Caplan, Gerald*, *Principles of preventive psychiatry*, New York: Basic Books 1964; vgl. für deren Erläuterung aus medizinsoziologischer Sicht *Slesina, Wolfgang*, Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Eine Begriffsbestimmung, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (2007), 2196–2198.

II. Mögliche Ursachen eines Organversagens

Die medizinische Literatur zur Frage der Entstehung eines Organversagens ist jeweils sehr umfangreich und zudem äußerst vielfältig. Die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Erkrankungen, die zu einem Organversagen führen können, sind nicht nur unterschiedlich gut belegt, sondern umfassen in der Regel sehr viele Wirkzusammenhänge und patienteneigene Risikofaktoren wie genetische Prädisposition, Alter, Geschlecht, Gewicht, Begleiterkrankungen, usw. Statistische Korrelationen zwischen Risikofaktoren und Erkrankungen sind teils hoch signifikant, teils wenig signifikant. Nicht immer können den Korrelationen Erklärungen über Kausalzusammenhänge zur Seite gestellt werden. Außerdem führt keineswegs jede Organerkrankung zu einem Organversagen. Die vielfältigen Einflussfaktoren erschweren es in einigen Fällen, von einer definitiven Ursache eines Organversagens bei einem bestimmten Patienten zu sprechen, besonders im Zusammenhang mit medikamentös-toxischen Leberschäden. Gleichwohl lassen sich für den irreversiblen Ausfall eines Organs einige ausgewählte Verursachungszusammenhänge angeben, die für die Frage nach der primären Prävention von Organschäden relevant sind.

So ist beispielsweise in Deutschland eine Alkohol- oder Hepatitis B, D oder C-induzierte Leberzirrhose der häufigste Grund für ein irreversibles Leberversagen.⁴ Durch die vor Jahren generell eingeführte Impfung gegen Hepatitis B im Kindesalter, die auch vor Hepatitis D schützt, und verbesserte Therapien der Hepatitis B werden diese Zirrhosen zurückgehen. Demgegenüber werden durch Hepatitis-C bedingte Zirrhosen in den nächsten 10 bis 20 Jahren noch zunehmen, da sich die Therapieoptionen erst in den letzten ein bis zwei Jahren deutlich verbessert haben. Zur Prävention einer Leberzirrhose zählt neben Impfung die frühzeitige Therapie der chronischen Hepatitis B und C. Dazu müssen jedoch therapiebedürftige Patienten identifiziert werden. Da mehr als die Hälfte der Hepatitis-

⁴ Vgl. zur Übersicht über Ätiologie und Prävention in Bezug auf die Leber: *Wiegand, Johannes, Berg, Thomas*, Ätiologie, Diagnose und Prävention einer Leberzirrhose, in: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013/6), 85–91, sowie *Sauerbruch, Tilman, Appenrodt, Beate, Schmitz, Volker, Spengler, Ulrich*, Konservative und interventionelle Therapie der Komplikationen bei Leberzirrhose, in: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013/8), 126–132.

B-Patienten unter Menschen mit Migrationshintergrund vermutet wird, und diese Gruppe (darunter insbesondere Frauen) unzureichenden Zugang zum Gesundheitssystem hat, stellt die Behandlung von Hepatitis B eine Herausforderung dar. Eine zunehmende Rolle als Ursache einer Leberzirrhose in Deutschland spielt die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung, die durch falsche Ernährung und Bewegungsmangel verursacht wird.⁵ In Deutschland leiden bereits heute ca. 20 Prozent der Bevölkerung an einer meist durch Übergewicht bedingten Fettleber, die in eine Zirrhose oder ein Leberzellkarzinom (HCC) übergehen kann. Für das individuelle Risiko, eine Leberzirrhose zu entwickeln, spielen jedoch offenbar auch genetische Risikofaktoren eine wichtige Rolle.

Im Unterschied zum akuten Leberversagen, etwa durch Medikamente, giftige Substanzen, bakterielle und virale Infektionen, schreiten chronische Lebererkrankungen langsam fort.⁶ Die Frühdiagnose einer Leberzirrhose ist durch wenig aufwändige Maßnahmen (u. a. körperliche Untersuchung, Laboranalysen, Sonografie) möglich. Da die Prävention einer Zirrhose auf der Früherkennung und einer individuell angepassten Therapie beruht, sind für die sekundäre Prävention in erster Linie die niedergelassenen Allgemeinärzte, bei schweren Verläufen⁷ dann aber auch die Fachärzte gefragt.

Eine Herztransplantation ist meist wegen einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz erforderlich, die eine gemeinsame Endstrecke zahlreicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etwa Bluthochdruck oder Myokardinfarkt darstellt.⁸ Aber auch angeborene Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße, Tumoren oder Schädigungen des Herzens durch Infektionen können eine Herztransplantation erforderlich machen. Die Risikofaktoren für eine kardiovaskuläre Erkrankung sind vielfältig.⁹ Relativ eindeutig korrelieren Nikotinkonsum, Blut-

⁵ Vgl. *Wiegand, Berg*, Ätiologie, Diagnose und Prävention einer Leberzirrhose (s. Anm. 4), 90.

⁶ Vgl. *Berr, Frieder, Schiefke, Ingolf, Vogel, Wolfgang*, Leberversagen, in: *Jürgen Schölmerich, Stefan Burdach, Helmut Drexler* (Hg.), *Medizinische Therapie* 2005/2006, Berlin 2005, 860–870, 861.

⁷ Vgl. *Sauerbruch, Appenrodt, Schmitz, Spengler*, Konservative und interventionelle Therapie der Komplikationen bei Leberzirrhose (s. Anm. 4), 126–132.

⁸ Vgl. *Lange*, Herzchirurgie, (s. Anm. 2), 399–478, bes. 468ff.

⁹ Vgl. *Schneider, Christian A.*, Kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren therapeutische Beeinflussung, in: *Erland Erdmann* (Hg.), *Klinische Kardiologie*, Hei-

hochdruck und erhöhte Cholesterinwerte mit einer Herzerkrankung, aber auch Diabetes mellitus, körperliche Inaktivität und Übergewicht sind sehr wahrscheinlich mitbedingende Faktoren. Bei einer chronischen terminalen Niereninsuffizienz ist die Nierentransplantation die wirksamste Behandlungsmethode. Der irreversible Ausfall der Nierenfunktion kann außerordentlich vielfältige Ursachen haben, da die Nieren häufig in Folge von anderen Erkrankungen oder Organdysfunktionen geschädigt werden.¹⁰ Risikofaktoren für eine chronische Niereninsuffizienz sind Diabetes mellitus und Bluthochdruck. Häufigste Indikation für eine Lungentransplantation sind chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD), Lungemphyseme, fibrosierende Lungenerkrankungen und Mukoviszidose.¹¹ Risikofaktoren für eine COPD sind Zigaretteninhalationsrauchen über viele Jahre, schwere Lungeninfektionen in der Kindheit, Asthma und Luftverschmutzungen durch Stäube, Dämpfe und Abgase am Arbeitsplatz und in der Umwelt.¹² Insbesondere starkes Rauchen korreliert sehr stark mit einer COPD-Entstehung.

III. Risikofaktoren: Dimensionen und Relevanz für Forderungen nach gesundheitsbewusstem Verhalten

Übergreifend lässt sich in Bezug auf solide Organe festhalten, dass als Faktoren der primären Prävention, die sich durch die Lebensweise beeinflussen lassen, nachweislich relevant sind: gesundheitsbewusste Ernährung und moderate sportliche Betätigung, um Übergewicht und hohe Blutfettwerte zu vermeiden, sowie das Unterlassen von nachgewiesen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, nämlich Alkohol- und Nikotinkonsum. Zudem verstärken sich die genannten Risikofaktoren gegenseitig. Diese Risikofaktoren sind allerdings nicht organspezifisch, sondern treffen auch auf die Vermeidung zahlreicher anderer Erkrankungen zu. Darüber hinaus wäre im Fall eines bereits bestehenden Übergewichts oder einer Al-

delberg ⁸2011, 1–12, sowie *Foody, Joanne Micale* (Ed.), *Preventive cardiology*, Totowa, New Jersey 2006.

¹⁰ Vgl. *Keller, Gerberth*, *Chronische Niereninsuffizienz* (s. Anm. 2), 199–228.

¹¹ *Hien*, *Praktische Pneumologie* (s. Anm. 2), 132.

¹² *Ebd.*, 317.

kohol- oder Nikotinabhängigkeit die sekundäre Prävention relevant: Da es um Änderungen des Gesundheitsverhaltens, ja der Lebensführung geht, wären neben Ärzten insbesondere Psychologen, aber auch andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens gefragt, um über Beratung und Psychotherapie Verhaltensveränderungen zu ermöglichen und dauerhaft zu sichern.

Allerdings ist zu beachten, dass die meisten der nachgewiesenen schädlichen Einflussfaktoren nicht allein durch individuelles Verhalten bzw. Handeln bedingt sind, also durch Bewusstheit und Freiwilligkeit eines Menschen. So weist auch der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wieder explizit auf den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage bzw. zwischen Krankheit, Bildung und wirtschaftlicher Situation hin:¹³ Im mittleren Erwachsenenalter korreliert die gesundheitliche Verfassung mit dem Nettoäquivalenzeinkommen. Ein niedriges Einkommen geht einher mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes und chronische Bronchitis.¹⁴ Die Beobachtung, dass sich Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen häufiger gesundheitsriskant verhalten und Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen, wird im Armuts- und Reichtumsbericht darauf zurückgeführt, dass ein niedriges Einkommen meist mit geringerem Bildungsstand einhergeht. Eine gute Bildung drücke sich auch in solchem Wissen und solchen Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und einen angemessenen Umgang mit Belastungssituationen unterstützten. Zudem bildeten Menschen unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen bereits früh gesundheitsrelevante Einstellungen und Werthaltungen aus.

Außerdem gehen psychologische empirische Studien und Theorien zur Entstehung von Suchterkrankungen oder Übergewicht davon aus, dass in der Regel mindestens drei Dimensionen von Einflussfaktoren, nämlich biologisch-genetische, psychische und

¹³ Vgl., *Bundesministerium für Arbeit und Soziales*, Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2013, 259f. Vgl. dort auch die Verweise auf die entsprechenden empirisch-soziologischen Studien.

¹⁴ Vgl. ebd., 259.

soziale, beteiligt sind.¹⁵ Hinzu kommt, dass ein großer Teil der alkoholabhängigen Patienten mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose hat.¹⁶

Sich lediglich auf innerpsychische Faktoren zu beschränken, wäre also auch aus psychologischer Sicht nicht angemessen. Darüber hinaus wäre angesichts multifaktorieller Zusammenhänge die Rede von einer kausalen Verursachung nicht vertretbar, ebenso wenig individuelle Schuldzuweisungen oder Sanktionen. Dies bedeutet, dass Prävention, die vorrangig beim „freien und bewussten Handeln“ des Individuums ansetzt, zu kurz greifen und zudem die Problematik bereits auf der Sachebene unzulässig verkürzen würde. Bei ethischen Überlegungen zur Prävention ist daher die Regel „Sollen setzt Können voraus“ im Einzelnen abzuklären.¹⁷ Wo Freiheit in Anspruch genommen oder auch von Außenstehenden unterstellt wird, muss sie auch verfügbar sein. Autonomie bedarf der Unterstützung und Beratung. Von sozialem ethischer Seite aus betrachtet bedarf Freiheit sozialer Bedingungen, die Wahlmöglichkeiten eröffnen und Wissen und Bewusstheit fördern.

Keineswegs kann davon ausgegangen werden, dass mit etwas gutem Willen eine der Gesundheit abträgliche oder eindeutig schädliche Lebens- oder Verhaltensweise dauerhaft verändert werden kann. Viel-

¹⁵ Vgl. für substanzinduzierte Störungen wie z. B. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit Davison, Gerald, Neale, John, Hautzinger, Martin (Hg.), *Klinische Psychologie*, Weinheim ⁷2007, 410ff., bes. 433–441 sowie Lindenmeyer, Johannes, *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*, in: Hans-Ulrich Wittchen, Jürgen Hoyer (Hg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Berlin ²2006, Kap. 35. Vgl. für Essverhalten und Entstehung von Übergewicht Pudiel, Volker, Westenhöfer, Joachim, *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*, Göttingen, Bern, Toronto ³2003. Vgl. für Bewegungs- und Sportverhalten Stoll, Oliver, Pfeffer, Ines, Alfermann, Dorothee, *Lehrbuch Sportpsychologie*, Bern 2010, Teilbereich B: Gesundheitssport und Gesundheitsverhalten, bes. 223–354: Einstiegs- und Bleibemotivation im Sport. Vgl. für die Entstehung von Erkrankungen generell Faller, Hermann, Lang, Hermann, *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Berlin ²2006, 10–44.

¹⁶ Vgl. u. a. Schneider, Udo, Altmann, A., Baumann, M. u. a., Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany, in: *Alcohol and Alcoholism* 36 (2001), 219–333 sowie Kranzler, Henry R., Rosenthal Richard N. (Hg.), *Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders*, in: *American Journal on Addictions*, 12 (2003), 26–40.

¹⁷ Vgl. Mieth, Dietmar, *Die Therapie der Freiheit*, in: *Erwägen, Wissen, Ethik* 14 (2003/4), 630–632, 631.

mehr müssen angesichts der Multifaktorialität, was Entstehung und auch Veränderung des gesundheitsschädlichen Verhaltens anbelangt, sozial-institutionelle Wege beschritten werden. Da sich vielen Bereichen der Medizin gesundheitliche Risiken oder bereits eingetretene Gesundheitsprobleme nicht allein durch eine ärztliche Ermahnung oder Verordnung, sondern erst durch Verhaltensänderungen lösen lassen, sollten psychologische Therapien – z. B. für konkrete Interventionen mit bereits erkrankten Patienten (kognitiv-) verhaltenstherapeutischen Ansätze, die sich besonders bewährt haben – eingesetzt werden.¹⁸ Eine solche sekundäre Prävention könnte jedoch nur von psychologischen Experten durchgeführt werden. Die Ärzteschaft hätte insbesondere bei Patienten mit einem erhöhten Organschädigungsrisiko zwar die Aufgabe, Problembewusstsein, Wissen und Motivation zu fördern, dann aber die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere Psychologen, Psychotherapeuten, Pädiatern und Sozialarbeitern zu suchen, da diese auf die Förderung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen spezialisiert sind.¹⁹ Darüber hinaus wären jedoch auch gesundheits- und sozialpolitische Instrumente zur primären Prävention zu fordern. Gesundheitsförderliche Konzepte, die die vielfältigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Entstehung und Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens aufgreifen, wären von Bund, Ländern und Kommunen z. B. in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen zu entwickeln, und am Arbeitsplatz, aber ebenso schon in Kindergärten, Schulen und Hochschulen, in Vereinen und Medien zu etablieren. Aus empirischen Studien ist hinreichend bekannt, für welche Risikogruppen spezifische Präventionsprogramme zu entwickeln wären. Die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ist sicherlich ein erster Schritt, um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in der Bevölkerung stärker zu entwickeln und in besonderer Weise diejenigen anzusprechen, die mit den bisherigen Präventionsangeboten der Krankenkassen nicht erreicht werden.²⁰ Aber auch Werbeverbote für Alkohol, ähnlich wie für Tabak, eine etwas kri-

¹⁸ Vgl. *Faller, Lang* (Hg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (s. Anm. 15), Kap. 1 Entstehung und Verlauf von Krankheiten, bes. 10–44 und Kap. 3 Förderung und Erhaltung von Gesundheit.

¹⁹ Vgl. *Verres, Rolf*, Verhaltensänderung, in: *Hermann Faller, Hermann Lang* (Hg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Berlin ²2006, 297–299.

²⁰ Vgl. *Deutscher Bundestag*, Gesetz zur Förderung der Prävention, 27.7.2013.

tischere Einstellung zum Konsum der „Gesellschaftsdroge“ Alkohol und eine Nullpromille-Regelung für Autofahrer/innen wie in anderen europäischen Länder wären sicherlich ebenso förderlich (in Ländern mit eingeschränkter Verfügbarkeit des Alkohols gehen die Folgekrankheiten und Todesfälle zurück) wie strengere gesetzliche Kennzeichnungspflichten für den Zuckergehalt in Lebensmitteln oder ein Fach Gesundheitserziehung in den Schulen.

IV. Rechte und Pflichten der primären und sekundären Prävention aus sozialetischer Sicht

Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie übermäßigen Nikotin- und Alkoholgenuss zu vermeiden, um die eigene Gesundheit nicht zu gefährden und möglichst lang gesund zu leben, ist sicherlich ein guter Rat im Hinblick auf Fragen des gelingenden Lebens. Jedoch ist strittig, ob sich eine moralische Pflicht, die eigene Gesundheit nicht zu gefährden und Krankheit zu vermeiden, mit guten Gründen behaupten lässt, solange nicht Andere in ihren moralischen Rechten beeinträchtigt werden. Die Ausübung von Zwang wäre aber in beiden Fällen unzulässig, weil moralische Verantwortung nur unter der Voraussetzung eigener Einsicht und Freiwilligkeit wahrgenommen werden kann. Wenn allerdings durch das gesundheitsriskante Verhalten von Menschen Andere bzw. ein Solidarsystem aus ethischer Sicht tendenziell problematische „Hilfsmittel“ wie Organspende und Organtransplantation einsetzen müssen, um ihrer Pflicht der Lebensrettung eines Menschen mit Organversagen nachzukommen, besteht die Pflicht der Kranken, nur so weit Hilfe einzufordern, als dies unbedingt nötig ist. Primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen anzunehmen, ist also die moralische Pflicht eines jeden Menschen, der sich vorstellen kann, sich mit Hilfe eines Spenderorgans medizinisch behandeln zu lassen. Allerdings sollte allein schon aufgrund der Unmöglichkeit von Kausalbehauptungen in Bezug auf Individuen epidemiologisch ausgerichteten Präventionsmaßnahmen der Vorzug gegeben werden. Insgesamt wäre gesundheitsbewusstes Verhalten sozial zu vermitteln, jedoch nicht direktiv aufzuerlegen.

Außerdem müsste die sekundäre Prävention noch ausgebaut bzw. professionalisiert werden. Bislang lernen Medizinstudierende

z. B. noch zu wenig über Suchterkrankungen und deren Therapie, so dass weder die Vielfalt der Entstehungsbedingungen noch wirksame psychologische Verfahren zur Verhaltensänderung bekannt sind. Teilweise gehen Ärztinnen und Ärzte aus Unkenntnis davon aus, dass Alkoholabhängigkeit oder Übergewicht eher durch Willensschwäche als durch multiple psychosoziale und soziologische Faktoren bedingt sind, die sich nicht lediglich durch gutes Zureden oder gar nicht verändern lassen. Die Lehrbücher der Chirurgie, Inneren Medizin und Psychiatrie legen beim Thema „Alkoholabhängigkeit“ den Schwerpunkt auf die Skizzierung medizinischer Symptome und Folgen sowie der Pharmakotherapie.²¹ Der aktuelle Wissensstand zu Entstehungsbedingungen und Entstehungstheorien sowie psychotherapeutische Vorgehensweisen werden nicht vermittelt. Dieser in den Lehrbüchern angelegte medizinische, individualisierende Blick kann dazu führen, dass vorschnell Schuldzuweisungen vorgenommen werden und sich der Arzt angesichts der ungesunden Lebensweise des Patienten zugleich ohnmächtig fühlt. Bei einer bereits bestehenden Suchterkrankung oder Adipositas sollte flächendeckend kompetente Psychotherapie zur sekundären Prävention bereit stehen.

²¹ Vgl. als pars pro toto die Lehrbücher der Inneren Medizin, Chirurgie und Psychiatrie zum Thema Alkoholabhängigkeit: *Schumpelick, Volker, Bleese, Niels, Mommsen, Ulrich* (Hg.), *Kurzlehrbuch Chirurgie*, Stuttgart ⁷2006, 92–93; *Riede, Ursus-Nikolaus, Werner, Martin, Schäfer, Hans-Eckart*, *Allgemeine und spezielle Pathologie*, Stuttgart ⁵2001, 144–146; *Keil, Wolfgang*, *BASICS Rechtsmedizin*, München 2009, 68–71; *Hahn, Johannes-Martin*, *Checkliste Innere Medizin*, Stuttgart 2010, 640–643; *Herold, Gerd und Mitarbeiter*, *Innere Medizin*, Köln 2011, 899–903; *Langer, Peter, Rosien, Ulrich* (Hg.), *Praktische Gastroenterologie*, Stuttgart 2011, 325–333; *Zilker, Thomas*, Sucht, in: *Michael Böhm, Michael Hallek, Wolff Schmiegel*, (Hg.), *Innere Medizin*, München ⁶2009, 1420–1425; *Huber, Gerd*, *Psychiatrie*, Stuttgart 2005, 545–561; *Wunn, Eva*, *BASICS Psychiatrie*, München 2006, 58–60; *Hell, Daniel, Endrass, Jerome, Vontobel, Jürg, Schnyder, Ulrich*, *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie*, Bern ²2007, 80–87; *Schneider, Frank, Weber-Papen, Sabine*, *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ... in 5 Tagen*, Berlin 2010, 192–201; am ausführlichsten, wenngleich weniger häufig von Studierenden gelesen: *Tölle, Rainer, Windgassen, Klaus*, *Psychiatrie*, Berlin ¹⁶2012, 142–156. Auch in den gängigen Lehrbüchern der medizinischen Psychologie finden sich zum Thema Alkoholabhängigkeit und Interventionsmöglichkeiten meist nur kurze Ausführungen, so z. B. *Faller, Hermann, Lang, Hermann* (Hg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Berlin ³2010, 145f.

Allerdings sollte methodische Fragen empirischer Studien bei den zu entwickelnden Gesundheitsprogrammen und -empfehlungen empirischer Studien nicht ausgeklammert werden. In Bezug auf die primäre Prävention sollten nur Zusammenhänge, die hochsignifikant sind, zu Forderungen der Verhaltensänderung führen. Denn das Eingreifen in Lebensstile und Alltagsaktivitäten durch „Gesundheitserziehung und -bildung“ bedarf einer Rechtfertigung, die zum einen auf zuverlässigen empirischen Befunden basiert, und die zum anderen die Verhältnismäßigkeit von Vorsorge-„Aufwand“ und probabilistischem Schutz-„Wert“ diskutiert.

Die Transplantationsmedizin hat sich in den vergangenen 40 Jahren enorm ausgeweitet. Wenn mehr Ressourcen für die primäre Prävention von Erkrankungen, deren Endstrecke die Organtransplantation sein kann, bereit gestellt würden, könnten unter Umständen weniger problematische Mittel zum rechten, d. h. früheren Zeitpunkt eingesetzt werden.²²

²² Vgl. hierzu u. a. die „Zahl der Woche“ im Deutschen Ärzteblatt 110 (2013/37), A 1650. Lediglich 1,4 Prozent der Ausgaben gesetzlicher Krankenkassen entfielen 2012 auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.