

# Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik

Im deutschen Sprachraum gibt es kaum Bemühungen, dem Bedarf an systematischer Reflexion über die moralischen Herausforderungen im Zusammenhang mit Public Health mit einer Public-Health-Ethik bzw. mit einer Ethik für die Gesundheitswissenschaften zu begegnen [1, 2, 3, 4]. Mithin werden für moralische Probleme von Public Health medizinethische Ansätze und Verfahrensweisen herangezogen und angewandt. Ein konzeptioneller Rahmen für eine Public-Health-Ethik, der dem Gegenstand, der Perspektive, dem Fokus und der Sprache der Akteure sowie den Ausrichtungen relevanter Institutionen entspricht, fehlt. Eine ethisch akzeptable Public-Health-Praxis braucht jedoch eine Public-Health-Ethik. In diesem Sinne ist der vorliegende Aufsatz ein Plädoyer für eine Public-Health-Ethik, die mit eigener Perspektive und eigenem Bezugsrahmen ein Instrumentarium für Public-Health-Akteure (als Oberbegriff für Public-Health-Wissenschaftler oder Praktiker) bietet, um moralische Herausforderungen zielführend diskutieren zu können.

Die Diskussion um eine Public-Health-Ethik dient auch der Medizinethik. Sie ermöglicht dieser, ihre Grenzen bewusst zu ziehen und sich zu fokussieren. Denn Public-Health-Ethik und Medizinethik sollten „um der unterschiedlichen Schwerpunkte, Entscheidungsebenen und Reflexionsvektoren willen nicht identifiziert oder in eine einseitige, asymmetrische Abhängigkeit gebracht werden“ ([4] S. 79). Zudem haben beide aufgrund der unterschiedlichen moralischen Aufträge von

Medizin und Public Health differierende moralische Schwerpunkte. So ist dieses Plädoyer für eine Public-Health-Ethik zugleich ein Beitrag für die Medizinethik. Die gegenseitige Abgrenzung dient der Stärkung der jeweiligen Fokussierungen. Wenn man beide Bereiche voneinander trennt, können sie sich gut ergänzen und komplementäres Arbeiten ermöglichen, zumal inhaltliche und methodische Überlappungen durchaus angenommen werden können.

Zum Vorgehen: Zunächst werden Medizin und Public Health voneinander abgegrenzt. Dann wird erklärt, was unter dem Begriff „Bereichsethiken“ zu verstehen ist, bevor Ansätze der Medizinethik skizziert werden. Danach werden zentrale Merkmale einer Public-Health-Ethik dargestellt. Abschließend wird ein normativer Rahmen für Public-Health-Ethik formuliert und in einem konzisen Set aus Prinzipien zusammengefasst.

## Abgrenzung zwischen Medizin und Public Health

In der Medizin wendet der Arzt in stationärer oder ambulanter Umgebung seine medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten auf einen Patienten an, um diesen zu versorgen – d. h. zu heilen, sein Leiden zu mindern oder seine Gesundheit zu erhalten. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist konstituierendes Merkmal der Medizin [5, 6]. Public Health kann hingegen als die „öffentliche Sorge um die Gesundheit aller“ verstanden werden [7].

Wenn Public-Health-Akteure ihr Themenfeld in Abgrenzung zur Medizin erklären, hört man mitunter folgende Allegorie: Ein Arzt und ein Public-Health-Akteur gehen an einem reißenden Fluss spazieren. Plötzlich schwimmen in den Fluten mehrere Menschen um Hilfe schreiend vorbei und drohen zu ertrinken. Der Arzt springt in den Fluss, um einzelne Personen zu retten. Der Public-Health-Akteur läuft stromaufwärts, versucht die Ursache des Unglücks zu erkunden und Sorge dafür zu tragen, dass unmittelbar keine weiteren Personen in den Fluss fallen. Wenn er dieses Problem gelöst hat, überlegt er in umfassenderen Dimensionen weiter: Sind die Flussbegrenzungen oder Brücken nicht gut? Was zieht Leute überhaupt ans Wasser? Was kann langfristig getan werden, damit keine Menschen in Flüssen ertrinken?

Das Beispiel soll zeigen, dass der Arzt akut sowie in späteren Phasen einer Krankheit kurativ tätig ist und den einzelnen ihm unmittelbar gegenüberstehenden Patienten versorgen möchte. Ihm geht es um die eine betroffene Person. Public Health umfasst hingegen nach einer Definition „alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierte Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel“ ([8], S. 4).

Prinzipiell besteht jedoch unter Public-Health-Akteuren wenig Einigkeit darüber, Public Health konsensuell zu definieren. Dennoch lassen sich einige Kernmerkmale herausstellen, die ihr Wesen – speziell auch in Abgrenzung zur Medizin – beschreiben. Public Health lässt sich aufgliedern in ein Handlungsfeld wissenschaftlicher Forschung und Ausbildung (häufig in Deutschland als Gesundheitswissenschaft bezeichnet) und ein Handlungsfeld der Praxis (u. a. öffentlicher Gesundheitsdienst, der Public-Health-Aufgaben auf kommunaler Ebene erarbeitet und umsetzt). Konkret zählen zu den Public-Health-Aufgaben auch Pandemiemanagement, humanitäre Katastrophenhilfe, Bevölkerungsaufklärung, Surveillance, Gesundheitsberichterstattung, Arzneimittelsicherheitsüberprüfung, Trinkwasserüberprüfung, Epidemiologie, Drogen- und Krankheitsprävention, Impfstoffentwicklung, Impf- und Screening-Programme, Verletzungs- und Gewaltprävention etc.

Zusammenfassend kann man mit Kälble folgende Aspekte als Kern von Public Health herausstellen, der die Abgrenzung zur Medizin deutlich macht:

1. „der Blick auf das Gesundheitswesen als Ganzes (Systembezug),
2. die Bevölkerungsorientierung mit dem Ziel der Stärkung von Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung oder vulnerabler Gruppen (Gesundheitsförderung, Ressourcenstärkung),
3. die Vorrangstellung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Verhaltens- und Verhältnisprävention) vor Kuration, Pflege und Rehabilitation,
4. der breite multidisziplinäre wissenschaftliche Ansatz,
5. die multiprofessionelle Praxis (Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen),
6. die Fokussierung auf die Interaktion von Umwelt und Verhalten bezogen auf die Entstehung von Krankheiten bzw. die Berücksichtigung sozioökonomischer und soziokultureller Bedingungen (z. B. Bildungsstand, Arbeitssituation, soziales Umfeld) als Determinanten für Krankheit und als wesentliche Voraussetzung für die Gestaltung von Gesundheit,

7. die Suche nach Möglichkeiten (und Grenzen) von Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Krankheitsbekämpfung im Kontext ethisch und ökonomisch vertretbarer Maßnahmen und
8. die Anwendungsorientierung bzw. der (mehr oder weniger starke) Praxisbezug“ [9].

Nach einer groben aber prinzipiellen Abgrenzung zwischen Public Health und Medizin sollen nun ihre jeweiligen ethischen Rahmen betrachtet werden.

### Medizinethik und Public-Health-Ethik als Bereichsethiken

#### Bereichsethiken

Moral ist der Bereich des Sittlichen, die Gesamtheit der Verhaltensregeln und Überzeugungen einer Person oder Gruppe. Ethik hingegen ist die systematische Reflexion auf Moral – z. B. wenn moralische Konfliktsituationen einer Klärung bedürfen. Bereichsethik ist der Oberbegriff für verschiedene, an konkreten Sachdimensionen festgemachte Ethikdiskurse (z. B. Medizinethik, Wirtschaftsethik, Medienethik). Bereichsethiken beschäftigen sich, nach Kaminsky, mit aktuellen und konkret zu fassenden moralischen Problemen, um Politik zu beraten oder zu korrigieren [10]. Sie fokussiert auf politische Beratungsgremien als institutionalisierte Diskurse der Bereichsethik. Ihrem professionellen Hintergrund entsprechend, hat Kaminsky vor allem den Nationalen Ethikrat und die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ im Blick, was die Kopplung zwischen Bereichsethik und Politik als konstituierendes Element dieser Ethik verstärkt.

Hier erscheint es jedoch sinnvoll, Kaminskys Fokus leicht zu korrigieren, um eine bessere Abgrenzung der unterschiedlichen Bereichsethiken zu ermöglichen. Viel relevanter als der Politikbezug erscheint der Gegenstandsbezug. Ansonsten würden Public-Health-Akteure, die dem Leitbild der Public-Health-Trias (Assessment, Policy Development, Assurance) [11] folgen, argumentieren, dass durch die Komponente des Policy Development alle gesundheits- und krankheits-

bezogene Ethikdiskurse, die Politik beraten wollen, Public-Health-Ethik seien; ja vielleicht sogar zum Kerngeschäft von Public Health gehörten, da dort – wie die Public-Health-Definition von Schwartz zeigt (s. oben) – ethische Maßstäbe eine Rolle spielen sollen.

Die ergänzende Nennung eines Innungsbezugs, der Aspekte wie gemeinsame Aufgaben, Herausforderungen, Auftraggeber, Erfahrungen, Werkzeuge und – ganz praktisch, jedoch hochrelevant – Netzwerke berücksichtigt, scheint hier plausibel und zielführend. Faktisch besteht nämlich eine Abgrenzung zwischen Diskutanten der Bereiche Medizin und Public Health und somit auch weitgehend zwischen den entsprechenden Bereichsethiken, was sich beispielsweise in der Tatsache ausdrückt, dass es medizinische sowie Public-Health-Fachgesellschaften gibt. Innerhalb einer Innung spricht man – in Anlehnung an eine Kuhnsche „scientific community“ [12] – zudem noch die gleiche Sprache, hat das gleiche Lexikon – eine Grundbedingung für einen wechselseitig verständlichen Diskurs<sup>1</sup> – und auch gemeinsame oder zumindest ähnliche Perspektiven auf Probleme.

Der Begriff „Innung“ soll dabei – in Ermangelung eines tragfähigen deutschen Begriffs für scientific community der nicht den vorbelasteten Begriff „Gemeinschaft“ enthält – den handwerklichen Berufen entlehnt werden. Zudem erscheint es schwierig, in Bezug auf Public Health von einer Profession oder Disziplin zu sprechen. Denn in Kälbles Definition wird deutlich, dass Public Health nicht nur als multidisziplinär, sondern in der Praxis auch als multiprofessionell zu verstehen ist. Dies ist auch ein Grund dafür, dass sich die Public-Health-Ethik als Bereichs- und Innungsethik und nicht als Ethos oder Professionsethik verstehen sollte.

Eine Bereichsethik soll also nicht nur die Öffentlichkeit oder Politik beraten, sondern auch der Innung selbst Orientierung geben. Sie kann dem einzelnen

<sup>1</sup> Das bedeutet nicht, dass einzelne Akteure, die nicht aus der Innung kommen und – z. B. moralphilosophisch – beraten, sich dieses Lexikon nicht aneignen können. Dies ist im Gegenteil Grundbedingung für Interdisziplinarität. Nur ist in diesem Fall das leitende Lexikon das Public-Health-Lexikon.

Akteur in seiner alltäglichen Arbeit Hilfestellung, argumentatives Handwerkszeug und Rückhalt, kurz gesagt, einen methodischen und inhaltlichen Reflexionsrahmen für sich ergebende moralische Probleme bieten. Dieser Rahmen ist fest umschrieben, um spezifisch und fassbar zu sein, um den Blick zu schärfen und ethisch konkrete Kriterien und Normen zu liefern.

Es geht nicht nur darum, Institutionen beim Erlassen von Regeln oder Handlungsempfehlungen anzuleiten. Auch der Public-Health-Akteur selbst kann in seiner täglichen Arbeit zur Konsultation oder Selbstvergewisserung auf die Bereichsethik bzw. auf ihren Rahmen zurückgreifen, um Orientierung zu finden. Entsprechend benötigen Bereichsethiken einen ethischen Bezugsrahmen – einen „spezifischen Katalog moralischer Normen oder eine bestimmte Verfahrensregel“ ([10] S. 113). Ein Bezugsrahmen, so könnte man ergänzen, nennt Normen (Prinzipien, und zu Regeln spezifizierte Prinzipien) [13, 14], ggf. auch Tugenden, die zwar auch in anderen Bereichen eine Rolle spielen können, für die jeweilige Bereichsethik in ihrer jeweiligen Konstellation aber konstituierend bzw. besonders zentral und wichtig sind. Der Bezugsrahmen hilft, die Bereichsethik zu fokussieren, moralische Orientierung zu bieten und den Diskurs pragmatisch zu begrenzen [10]. Im Folgenden sollen die Bezugsrahmen der Medizinethik und Public-Health-Ethik herausgestellt bzw. entwickelt werden.

### Medizinethik

Medizinethik „meint (...) die reflexiv-argumentative Disziplin, deren Aufgabe in der Prüfung, Begründung und gegebenenfalls Vermittlung der für den Bereich der Medizin relevanten ethischen Regeln, Einstellungen und Institutionen im Licht der generellen ethischen Prinzipien und der jeweiligen Handlungskontexte besteht“ ([15] S. 652). Dabei befasst sich Medizinethik zentral und ursprünglich mit dem Arzt-Patient-Verhältnis. Als eine historisch einflussreiche normative Quelle der Medizinethik kann das hippokratische Ethos genannt werden, das Normen für das Arzt-Patient-Verhältnis gibt.

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:103–111  
DOI 10.1007/s00103-007-0115-z  
© Springer Medizin Verlag 2006

P. Schröder

### Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik

#### Zusammenfassung

Bisher werden im deutschen Sprachraum wenig Versuche unternommen, einen ethischen Rahmen für die moralischen Herausforderungen von Public Health explizit zu machen, obwohl in Zeiten von SARS oder einer drohenden Influenzapandemie der Bedarf an einer Public-Health-Ethik auszumachen ist. Ein Defizit bisheriger ethischer Erörterungen von Public-Health-Problemen liegt darin, dass keine systematische Trennung zwischen Medizinethik und Public-Health-Ethik erarbeitet wurde. Somit wird dem Kern und der Interdisziplinarität von Public Health

nicht entsprochen. Deshalb entwickelt der Autor im vorliegenden Aufsatz einen Rahmen für Public-Health-Ethik. Es werden verschiedene Ansätze diskutiert und zentrale Merkmale einer Public-Health-Ethik dargestellt. Weiterhin wird ein konzises Set ethischer Prinzipien, mit denen den moralischen Herausforderungen von Public Health begegnet werden kann, zur Diskussion gestellt.

#### Schlüsselwörter

Public-Health-Ethik · Medizinethik · Prinzipien · Gerechtigkeit

### A separation of public health ethics from medical ethics

#### Abstract

Until now there are only a few approaches in the German-speaking realm to establish an explicit ethical framework for moral issues of public health – although a need for public health ethics in times of SARS and avian flu is obvious. One deficit of the discussion so far is that there is no systematic separation of medical ethics and public health ethics. Thus, the core and interdisciplinary focus of public health is often not met. However, to frame discussions of moral issues within a specific public health ethics framework seems to be fruitful. This pa-

per deals with the conceptual differences of medical ethics and public health ethics. The discussion helps both applied ethical discourses to sharpen their focus and strengthen their appeal. The author develops and presents a conceptual and normative frame for public health ethics and offers a concise set of ethical principles for the discussion of moral challenges in public health.

#### Keywords

public health ethics · medical ethics · principles · justice

Der hippokratische Ansatz der Medizin lässt sich ethisch mit den Prinzipien beneficence (Wohltätigkeit) und non-maleficence (Schaden vermeiden) rekonstruieren. Oft zusammengefasst als *Salus aegroti suprema lex*, das Heil des Kranken ist das oberste Gebot. Der Eid, der als Kodex der Arztethik zu verstehen ist, berücksichtigt jedoch lediglich die Sicht des Arztes auf seinen Patienten.

Nun ergeben sich hierbei aber spezielle Probleme, die zur Folge hatten, dass das medizinische Credo erweitert werden musste: Der Arzt möchte seinem Ethos gemäß dem Patienten Gutes tun, kann aber nicht unbedingt wissen, was das Gute für diesen ist. Er ist nicht kompetent, das Gute für den Patienten zu bestimmen, da dieser sein Gut aus verschiedenen Sphären individuell nach eigenen Wertvorstellungen definiert, jener aber höchstens für die Sphäre des medizinisch Guten eine Expertise besitzt. Der Arzt muss den Patienten daher nach seinem Willen fragen, um zu erfahren, was dessen Gut und somit sein Auftrag ist [16]. So wurde der Aspekt der Autonomie in der Medizinethik gestärkt und mitunter auf die Formel *voluntas aegroti suprema lex* gebracht.

Ein weiteres Problem mit dem hippokratischen Ethos sieht Veatch in der Zentrierung auf einen Patienten. Dies resultiert, mit Veatch gesprochen, in einem gesellschaftlich unverantwortlichen Hyperindividualismus [16]. Das Ethos gibt dem Arzt hier keinen Anhaltspunkt, wie Ressourcen (geldwerte Leistungen, Apparate, Organe etc.) unter Patienten zu verteilen sind. Es scheint notwendig, dass ein Prinzip Gerechtigkeit auch in der Medizinethik zwecks Allokation knapper Ressourcen berücksichtigt wird [17]. So gehören zu den zentralen Prinzipien der Medizinethik neben den hippokratischen Prinzipien beneficence und non-maleficence auch der Autonomierespekt und distributive Gerechtigkeit [18].

Wenn in den 1960er-Jahren in den USA eine Renaissance der Medizinethik unter neuen Vorzeichen begann – weil aufgrund neuer Technologien, Ressourcenknappheit und moralischer Vergehen in der medizinischen Forschung eine hippokratische Arztethik nicht mehr ausreichte –, so ist in Zeiten einer drohenden Influenzapandemie, einem gesteigerten Bewusst-

sein einer Korrelation zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit oder geplanter Public-Health-Programme zur Eindämmung gesundheitlicher Risiken Anlass gegeben, auch im deutschen Sprachraum Public-Health-Ethik systematisch zu denken und von der Medizinethik abzugrenzen. Eine Abgrenzung ist notwendig, weil sich in der heutigen Zeit die Lösung dringender gesundheitlicher Herausforderungen nicht auf das Arzt-Patient-Verhältnis oder die Allokation von Ressourcen beschränken lässt.

### Public-Health-Ethik – Abgrenzungsversuche

#### Public-Health-Ethik im angloamerikanischen Raum

Im angloamerikanischen Sprachraum gibt es Ansätze, um eine Public-Health-Ethik zu bestimmen. Zu nennen sind hier 2 Publikationen von James Childress et al. sowie Dan Beauchamp und Bonnie Steinbock [19, 20].

Childress et al. wollen das Feld der Public-Health-Ethik kartieren, machen dies aber nur für die Public-Health-Ansätze, Rechtsgrundlagen und Traditionen in den USA. Dabei grenzen sie Public-Health-Ethik nicht explizit von Medizinethik ab. Sie lehnen sich in ihrem Begründungsansatz an die Arbeiten von Tom Beauchamp und Childress an, ohne aber aufzuzeigen, wie dieser Früchte tragen kann.

Dan Beauchamp und Bonnie Steinbock werden dem Titel ihres Buches „New Ethics for the Public’s Health“ im einleitenden theoretischen Kapitel [21] und bei der Auswahl der aufgenommenen Artikel (die nicht für das Buch geschrieben, sondern bereits vorher publiziert worden waren) einer Public-Health-Ethik nicht gerecht. Sie zeigen keinen konzeptionellen Rahmen auf und wenden allgemeine ethische Aspekte auf Public-Health-Herausforderungen an. Es wird allerdings deutlich, dass sie einem kommunitaristischen Ansatz folgen. Damit vertreten sie Ansichten, die problematisch erscheinen; etwa dass die Definition des Wohls einer Person von der Gemeinschaft und nicht vom Einzelnen bestimmt wird. Eine Denkrichtung, die in Deutschland aufgrund des historischen Hintergrunds eher wenig Zustimmung erfahren dürfte.

#### Public-Health-Ethik im deutschsprachigen Raum

Im deutschen Sprachraum beobachtet man eine einfache Übertragung der Medizinethik auf Public Health. Im Folgenden werden 3 deutschsprachige Ansätze für eine Public-Health-Ethik vorgestellt. In diesem Zusammenhang sollen die Unzulänglichkeiten in der bisherigen Diskussion aufgezeigt werden. Es wird aber auch hervorgehoben, wo zentrale Punkte erfasst wurden und besondere Verdienste liegen.

Kuhlmann regt einen Diskurs über die Grundlagen einer Public-Health-Ethik an. Sie geht davon aus, dass diese – von ihr „Ethik in den Gesundheitswissenschaften“ genannt – innerhalb der Bioethik verortet wird, d. h., sie wendet biomedizinische Ethik auf eine Public-Health-Ethik an [2]. Dadurch gibt sie der neuen Bereichs- und Innungsethik eine biomedizinische Denkrichtung vor.

Kuhlmann orientiert sich am Ansatz von Beauchamp und Childress, den diese in ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ entwickelt haben [19]. Sie zieht diese Arbeit sowohl zur Erklärung metaethischer Konzepte als auch konkreter Prinzipien heran, um eine Public-Health-Ethik zu umreißen. Ihre Beispiele sind dabei oft medizinisch. Die Entwicklung eines konkreten Ethikansatzes für Public-Health-Ethik bzw. für eine Ethik der Gesundheitswissenschaften erfolgt nicht.

Dass der Ansatz von Beauchamp und Childress für die angewandte Ethik im gesundheitlichen Bereich wichtig ist, erkennt auch Wehkamp [1]. Er sieht aber auch, dass dieser in Bezug auf Public Health weiterentwickelt bzw. verändert werden muss, da er speziell für die moralischen und ethischen Herausforderungen der Biomedizin konzipiert wurde.

Bittner und Heller grenzen in ihrem analytischen Aufsatz „Ethik in den Gesundheitswissenschaften“ systematisch zuerst die Gesundheitswissenschaften von der Medizin ab [3]. Sie verwenden zwar den Begriff der Gesundheitswissenschaften (da ihr Artikel für das „Handbuch Gesundheitswissenschaften“ geschrieben wurde), halten aber den englischen Begriff „Public Health“ für angemessener, sodass man ihr Anliegen durchaus auch als Ethik in Public Health oder Public-Health-Ethik bezeichnen kann. Jedoch subsumieren sie

Public-Health-Ethik unter Medizinethik. Obwohl sie den Begriff „Medizinethik“ als Übersetzung von „Health Care Ethics“ betrachten, bleibt es eine Fokussierung auf Medizin und Health Care. Entsprechend bleiben viele Public-Health-Aspekte unberücksichtigt, da Health Care nur eine von 4 Gesundheitsdeterminanten betont, die man wie folgt benennen kann: biologische und genetische Gegebenheiten, Lebensstil und Gesundheitsverhalten, natürliche und physische Umwelt und letztlich die medizinische Versorgung [22].

Für Bittner und Heller ist Gerechtigkeit das zentrale Prinzip der Public-Health-Ethik. Das erscheint erst einmal plausibel, steht Gerechtigkeit doch im Zentrum der Sozialethik. Im Gegensatz zur Personalethik, die sich auf interpersonelle moralische Herausforderungen also auf individuelles Handeln bezieht, setzt sich die Sozialethik mit gesellschaftlichen, strukturellen und institutionellen moralischen Aspekten auseinander. Bei Bittner und Heller geht es jedoch nur um knappe Gesundheitsressourcen und distributive Gerechtigkeit. Gerechtigkeit ist das vermittelnde Prinzip bei der Aufteilung von Vor- und Nachteilen innerhalb einer Gesellschaft oder Gruppe. Bei Gerechtigkeit als zentraler Norm von Public Health muss es aber – wie z. B. Powers und Faden konstatieren – um mehr gehen als um Gesundheitsressourcen und distributive Gerechtigkeit. Vielmehr geht es in Public Health z. B. auch um die Vermeidung von Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Als Beispiel sei hier die potenzielle Stigmatisierung von schwarzen, armen Frauen, die als Hochrisikogruppe für HIV gelten, in den USA durch Screening-Programme genannt [23]. Ein weiteres Beispiel – um eine aktuelle Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst aufzuführen – findet sich in Nordrhein-Westfalen. Hier ist die Säuglingssterblichkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besonders hoch. Betrachtet man die Zahlen genauer, zeigt sich, dass diese unter Bürgern mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch herausgeforderten Wohngebieten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr als doppelt so hoch ist [24]. Ein Gerechtigkeitspostulat schärft hier die Aufmerksamkeit dafür, dass bei der Ein-

leitung erforderlicher Interventionen darauf zu achten ist, Migranten nicht zu stigmatisieren und sie dem Vorurteil auszusetzen, sie würden ihre Kinder nicht gut genug umsorgen. Gleichzeitig unterstützt ein solches Postulat das Unternehmen, die betreffende Risikogruppe im Sinne einer health literacy zu befähigen [25].

Ein weiterer Aspekt ist Umweltgerechtigkeit. Bei Public Health geht es auch um die äußeren Faktoren von Gesundheit. In den letzten Jahren hat man in der Public-Health-Forschung begonnen, den Einfluss von Umweltbelastungen auf die Gesundheit einzelner Gruppen zu berücksichtigen und unter Gerechtigkeitsaspekten zu betrachten [26]. Eine medizinethisch erarbeitete Gerechtigkeit für den Umgang mit knappen Ressourcen hilft hier nicht unbedingt weiter. Ebenso wenig hilft diese bei der Erörterung gesundheitlicher Ungleichheiten, die dem sozioökonomischen Gradienten folgen. Gerechtigkeit ist gleichwohl wichtig, um diesen Ungleichheiten entgegenzuwirken, ohne eine Anpassung an das schlechtere Niveau (levelling down) zu wählen.

Dabrocks Erarbeitungen zum Gerechtigkeitsbegriff sind hier umfassender. Er stellt in seinem Artikel zur Public-Health-Ethik Gerechtigkeit als zentrales Prinzip in den Mittelpunkt [4]. In der systematischen Abgrenzung zwischen Medizinethik und Public-Health-Ethik geht er systemtheoretisch vor. Er benennt die Kodierung – d. h. die Differenz, die im Luhmannschen Ansatz die Kommunikation leitet – von Public Health und so auch von Public-Health-Ethik als „gesund/nicht gesund“. Hingegen hätte nur die Medizin – und so auch die Medizinethik – die Kodierung „krank/nicht krank“. Bittner und Heller würden entgegen, dass diese Kodierung unzutreffend ist, weil Medizin keine Krankheitswissenschaft ist, zumal auch die Diätetik zu den Kerngebieten der Medizin gehört. Auch zu Public Health gehört die Erforschung von Krankheit und ihren Determinanten, was durch die Kerndisziplin der Epidemiologie deutlich wird [3]. Andererseits kann man Medizin auch als eine Disziplin bestimmen, deren Schlüsselbegriffe Gesundheit und Krankheit sind und zudem gerade der „Gesundheitsbegriff eine teleologische Kategorie [bildet], auf die alles Handeln bezogen

wird“ [5]. Daher scheint eine abstrakte Abgrenzung über die reine Begrifflichkeit irreführend und – mit Bittner und Heller gesprochen – „semantisch nicht korrekt“ ([3], S. 426).

Eine Luhmannsche Rekonstruktion ist letztlich sehr abstrakt und sicherlich in der Praxis schwer vermittelbar. Eine Public-Health-Ethik als Bereichsethik soll aber Praktiker erreichen, einen ethischen Bezugsrahmen mit Praxisrelevanz geben und einen Diskurs für diejenigen anbieten, die in Public Health arbeiten. Nur so kann eine Public-Health-Ethik in einem niederschwellig zugängigen Diskurs beratend tätig sein. Eine Bereichsethik muss den Akteuren und ihrer professionellen Vielfalt (gleichwohl dem gemeinsamen Auftrag verpflichtet) gerecht werden und für die Lösung von Problemen in der Praxis konkret hilfreich sein.

## Public-Health-Ethik: normative Eckpunkte eines Rahmens

Public Health wird als Disziplin gesehen, die den moralischen Anspruch hat, das Wohlergehen der Menschen durch Verbesserung ihrer Gesundheit zu fördern [23]. Die Frage ist, welche Aspekte der Moral in diesem Kontext von besonderer Bedeutung sind und welche Grundorientierungen besonderes Gewicht bekommen sollten. Dies soll im Folgenden diskutiert werden.

## Utilitarismus als ethischer Rahmen für Public Health?

Die oben dargelegte Allegorie verdeutlicht, dass Ärzte und Public-Health-Akteure in Bezug auf gesundheitliche Fragen unterschiedliche Perspektive einnehmen. Der Arzt sieht in den im Fluss treibenden Personen ertrinkende, hilfsbedürftige Menschen. Der Public-Health-Akteur erkennt sofort auch die Ursachen des Problems oder der Notwendigkeit einer Ursachensuche. Beide sehen etwas anderes und definieren ihren moralischen Auftrag und ihre Aufgaben unterschiedlich.

Man könnte dem Public-Health-Akteur vorwerfen, er nehme das Ertrinken Einzelner in Kauf und renne stattdessen flussaufwärts, um anderen Personen zu helfen, nicht in den Fluss zu fallen, ohne

zu wissen, ob diese überhaupt hineinfallen würden. Das Leitkriterium seines Handelns wäre also der Versuch, die größtmögliche Anzahl von Menschen zu retten, also den gesundheitlichen Gesamtnutzen zu maximieren.<sup>2</sup> Entsprechend gilt Public Health vielfach als ein utilitaristisches Unterfangen, da es die Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens als alleinige Ziel- und Messgröße ansieht [19]. Die Public-Health-Ethik ist aber nicht notwendigerweise eine utilitaristische Ethik.

Im Utilitarismus wird die Maximierung des Nutzens als einziges Kriterium für die ethische Beurteilung einer Handlung herangezogen. Dass Utilitarismus durchaus als ethischer Rahmen für Public Health diskutiert wird, zeigen Buchanan et al. [27]. Bei der Maximierung des Nutzens haben Vertreter eines Public-Health-Modells, wie Buchanan et al. es nennen, auch keine Probleme damit, Nutzen über die Grenzen von Personen hinweg abzuwägen. Dadurch ignoriert der Utilitarismus aber den Anspruch auf Wahrung der Unverletzbarkeit von Personen – also das, was man im deutschsprachigen Diskurs als Respektierung der Menschenwürde bezeichnen würde. Dieses Modell nimmt die von vielen Menschen geteilte Überzeugung, dass „each individual is an irreducibly distinct subject of moral concern“ ([27], S. 12), nicht ernst genug. Es kann also resümiert werden, dass die Implementation eines utilitaristischen Systems das hohe Risiko trägt, individuelle Freiheit zu verletzen und gesellschaftliche Exklusion zu fördern.

Das auf positive Konsequenzen bedachte Moment im Wesen von Public Health ist also die Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens. Dieser sind jedoch Grenzen gesetzt, die man in Anlehnung an Nozick side-constraints nennen kann. Sie tragen der Erkenntnis Rechnung, dass jedes Individuum ein irreduzibel abgegrenztes Moralobjekt ist. Die in der Menschenwürde begründete gebotene Nichtverletzung der negativen Anspruchsrechte des einzelnen Individuums, nicht instrumentalisiert oder gar ge-

<sup>2</sup> Ethisch wäre es dabei allerdings schwer zu rechtfertigen, würde er sofortige zumutbare Hilfe ob der vagen Vermutung, mittelfristig andere Menschen zu retten, unterlassen.

opfert zu werden, muss als side constraint für die Handlungsfreiheit von Personen und Institutionen gelten [28].

Das Streben nach gesundheitlichem Gesamtnutzen, nach etwas Gutem, ist also vom Richtigen – den Rechten – zu begrenzen. Gleichwohl kann es hier zu Konflikten kommen, die Abwägungen erlauben. Diese müssen aber zu rechtfertigen sein. Denn es schiene widersinnig, die Freiheit einer Person niemals einzuschränken, wenn andere geschützt werden können. Die Abwägung ist dabei unter dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Einzelfall zu treffen. Kaum jemand würde beispielsweise bestreiten, dass es ethisch akzeptabel ist, einen mit einer hoch ansteckenden Krankheit Infizierten vorübergehend gegen seinen Willen in Quarantäne zu nehmen. Vielmehr erscheint es hier verhältnismäßig, sein Freiheitsrecht einzuschränken.

Folglich lautet die oberste Regel einer Public-Health-Ethik: Strebe den gesundheitlichen Gesamtnutzen an, ohne dabei unberücksichtigt zu lassen, dass eine Gruppe aus Individuen besteht. Folglich dürfen andere individualetische Grundsätze nicht – zumindest nicht ungerechtfertigt und unverhältnismäßig – verletzt werden. Diese oberste ethische Regel ist kein unreflektiertes Health by the Numbers [29], sondern eine Spezifikation der Prinzipien der Achtung der Menschenwürde und des Maximierens des gesundheitlichen Gesamtnutzens unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit.

### Erstorientierung an Gruppen und Effizienz – weitere Konkretisierungen

Der Auftrag des Public-Health-Akteurs ist es, Gesundheit für alle zu erreichen und dabei auch einen besonderen Fokus auf vulnerable Gruppen zu legen [9, 23]. Alle kann man aber nicht immer mit jeder Maßnahme erreichen – weder auf einem Makrolevel (z. B. einer ganzen Bevölkerung), noch auf einem Mesolevel (z. B. einer vulnerablen Subgruppe). Man erreicht bei einer Gruppenorientierung mit Standardmaßnahmen nur eine Teilgruppe, weil bestimmte Personen über bestimmte Maßnahmen nicht erreichbar sind, sie von den Maßnahmen nicht be-

troffen sind (z. B. betrifft das Mammographiescreening Männer aufgrund der geringen Brustkrebsinzidenz nicht, einen systematischen Screeningansatz für die Hauptkrebsarten von Männern gibt es jedoch nicht), oder auch weil sie bestimmte Ressourcen oder Fähigkeiten nicht besitzen (z. B. weil sie die Sprache der Mehrheit nicht verstehen, nicht lesen können oder keinen Zugang zu Medien haben).

Jedoch sollte gelten: Nur weil eine Maßnahme nicht alle Personen in der Bevölkerung, in einer Gruppe oder Subgruppe erreicht, heißt das nicht, dass man sie deshalb unterlassen müsste. Es besteht wohl kein Imperativ zum levelling down (dieses, einem strengen Gleichheitsgrundsatz verpflichtete Prinzip könnte hier wie folgt spezifiziert werden: Kann ich nicht alle erreichen, versuche ich erst gar nicht, überhaupt jemanden zu erreichen, um niemanden auszuschließen). Um im Bemühen, alle (einer Gruppe bzw. Subgruppe) zu erreichen, sich allen anzunähern, orientiert man sich am besten an der größtmöglichen Summe von Menschen (einer Gruppe bzw. Subgruppe).

Was auf den ersten Blick utilitaristisch klingt, ist es nicht. Denn die Orientierung an der größtmöglichen Zahl ist eine Erstorientierung, der diesbezügliche moralische Auftrag besteht prima facie. Es geht darum, dass die Maßnahmen an der Regel, der Mehrheit, nicht an der Ausnahme ausgerichtet werden. Das heißt, Public-Health-Akteure zielen mit ihren Maßnahmen zuerst auf den Großteil der Personen ab, die es betrifft bzw. betreffen kann. Es muss jedoch gleichzeitig – einer Bedarfsgerechtigkeit folgend – analysiert werden, wen die Maßnahmen trotz eines Bedarfs nicht erreichen. Basierend auf diesen Kenntnissen, müssen dann konkrete Ergänzungsmaßnahmen für Einzelne erarbeitet werden, damit möglichst niemand durch das gespannte Gesundheitsnetz fällt. Diese Maßnahmen können mitunter pro Kopf teurer sein als jene für die Mehrheit. Mit anderen Worten: In diesem Kontext geht es also erst um Gruppenmaßnahmen und dann darauf folgend um Individualmaßnahmen. Da Letztere mitunter verhältnismäßig teurer sein können, würde ein Utilitarist dafür argumentieren, diese zu unterlassen und die eingesparten Ressourcen in weitere Gruppenmaßnahmen

zu investieren. Aber wie gesagt, Utilitarismus ist untragbar.

In diesem moralischen Auftrag liegt im Vergleich zur Situation des Arztes ein moralischer Perspektivwechsel: Ein Arzt hat diese Gruppenmaßnahmen nicht zu bewerkstelligen – auch wenn er mit den Konsequenzen dieser Orientierung zu kämpfen hat (z. B. wenn er keine Medikamente mehr verschreiben kann, weil sein Budget verbraucht ist oder der Gemeinsame Bundesausschuss das Medikament aus der Liste zu erstattender Medikamente genommen hat).

Es geht in Public Health also auch darum, das Beste für die Mehrheit zu erreichen, ohne den Einzelnen dabei zu übergehen. Je mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, umso größer ist das Potenzial, alle zu erreichen. Dabei ist Effizienz gleichermaßen sowohl ein moralischer Auftrag als auch ein ethisches Kriterium, wenn es darum geht, bei der Verfolgung eines Ziels mit den vorhandenen Ressourcen möglichst verantwortlich umzugehen und diese beispielsweise nicht verschwenderisch einzusetzen.

Resümierend gilt, dass Public Health sich prima facie an Gruppen – also an einer großen Anzahl von Menschen – orientiert und dabei den Grundsatz der Effizienz berücksichtigen soll. Danach muss sie sich gleichwohl denen zuwenden, die von diesen Primärmaßnahmen ausgeschlossen wurden, um sie individuell (oder in kleineren Gruppen) zu versorgen.

Das hier Diskutierte unterscheidet eine konkrete Public-Health-Ethik vom Utilitarismus. Es ist nicht schlecht, sich um die Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens zu sorgen – im Gegenteil, das ist der Ursprung von Public Health. Es wäre nur schlecht, sich ausschließlich hierum zu sorgen.

## Soziale Gerechtigkeit

Wie bereits herausgestellt, hat Public Health den Auftrag, sich um die Gesundheit aller zu kümmern, und muss daher (aufgrund der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten) auch besonders vulnerable Gruppen berücksichtigen. Der Fokus auf Gruppen erfordert die Betrachtung der sozialen Dimension bei der Festlegung ethischer Prinzipien. Die sozi-

## Übersicht 1

### Prinzipien einer Public-Health-Ethik

#### 1. Maximieren des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutz

- a. Erstorientierung an der größeren Summe von Personen und ihrem gesundheitlichen Nutzen
- b. Falls notwendig: Einschränkung individueller Freiheiten zum Schutze der Bevölkerung (unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit)

#### 2. Achtung vor der Menschenwürde

- a. Keine Instrumentalisierung/Opferung Einzelner
- b. Selbstbestimmung
- c. Informed Contract/Informed Consent
- d. Vermeidung von Zwang
- e. Individualmaßnahmen/Kompensation durch spezielle Maßnahmen für exkludierte Einzelne, wenn Maßnahmen für die Mehrheit ausgerichtet wurden

#### 3. Gerechtigkeit

- a. Reduktion sich verstärkender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten (ohne Bedarfs-, Leistungsgerechtigkeit und andere Kriterien der Gerechtigkeit zu vergessen) u. a. durch Public-Health-Programme und epidemiologische Forschung
- b. Gesundheitsförderung/-schutz auch für benachteiligte und/oder kleinere Gruppen
- c. Health Literacy, Empowerment und Befähigung von Einzelpersonen und Risikogruppen
- d. Keine Diskriminierung und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppen

#### 4. Effizienz

- a. Berücksichtigung, dass öffentliche Gelder begrenzt sind (und Öffentlichkeit ist der Auftraggeber von Public Health)
- b. Verantwortung den anderen Mitmenschen und Steuerzahlern gegenüber

#### 5. Verhältnismäßigkeit (als Querschnittsprinzip)

- a. Zweck-Mittel-Relation beachten

ale Dimension kann man – der ethischen Tradition folgend – weiter im Prinzip Gerechtigkeit konkretisieren. Dieses Prinzip muss dem Ausgleich zwischen dem Wohl der Gruppe auf der einen Seite und den Rechten und dem Wohl jeder einzelnen Person auf der anderen Seite Rechenschaft tragen. Zugleich ist es die soziale Gerechtigkeit, die gegen Exklusion und gegen Ungleichheiten steht. Gerechtigkeit ist also der Ansatz, um ein mögliches Spannungsverhältnis zwischen Allgemeinwohl (lies: gesundheitlichen Gesamtnutzen) und Menschenwürde auszugleichen. Dies ist sowohl für die epidemiologische Public-Health-Forschung als auch für Public-Health-Programme von Relevanz.

In der Epidemiologie wird die Verteilung von gesundheitsrelevanten Faktoren, Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung systematisch untersucht [30]. Sie soll dabei einem „gesellschaftlichen Interesse“ [31] nachkommen, d. h., sie wird auch vom Prinzip der Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens geleitet. Die epidemiologische Forschung besitzt einen beobachtenden Charakter, während die klinische Forschung mit randomisier-

ten Interventionsstudien arbeitet. Wenn, wie gefordert [31], epidemiologische Studien vor ihrer Durchführung Ethikkommissionen vorgelegt werden, sollten sich diese bei deren Beurteilung nicht primär an medizinethischen Prinzipien, sondern an Prinzipien der Public-Health-Ethik orientieren und somit andere Bewertungskriterien anlegen als an klinische Interventionsstudien. Trotz der Ausrichtung auf eine gesundheitliche Gesamtnutzenmaximierung sollte eine Balance im Prinzip Gerechtigkeit gefunden werden. Denn epidemiologische Studien sollten soziale und gesundheitliche Ungleichheiten nicht vergrößern. Ob diese unterschiedlichen Ausrichtungen zur Beurteilung von Studien eine innungsspezifische und personelle Neugestaltung von Ethikkommissionen, also die Errichtung spezieller Public-Health-Ethik-Kommissionen, erfordert, bleibt eine zu diskutierende Frage.

Weiterhin wäre zu diskutieren, ob nicht auch Public-Health-Programme vor ihrer Implementierung von solchen Kommissionen zu begutachten wären. Steht nämlich Gerechtigkeit nicht im Fokus dieser Programme, kann Public

Health soziale und gesundheitliche Ungleichheiten – z. B. zwischen Migranten und Nicht-Migranten – weiter verstärken: Fehlt die Gerechtigkeitsperspektive, kann es passieren, dass beispielsweise bei einem Neugeborenen-Screening nur nach Krankheiten gesucht wird, die überwiegend bei Kaukasiern, nicht aber bei Personen anderer ethnischer Gruppen vorkommen.

Ein für die Public-Health-Ethik relevanter Gerechtigkeitsbegriff muss bei diesen Fragestellungen und auch bei anderen zuvor genannten Herausforderungen – z. B. Umweltgerechtigkeit und Herausforderungen jenseits der Distribution knapper Ressourcen – hilfreich und anwendbar sein. Zu klären, welche Kriterien eine konkrete bereichsethische soziale Gerechtigkeit unter den für Public Health spezifischen Prämissen ausmachen, ist weitere Aufgabe einer Public-Health-Ethik (vgl. Diskussionsvorschlag in [Übersicht 1](#)).

### Ausblick

Medizin ist nicht Public Health. Beide haben differierende moralische Aufträge. Es unterscheiden sich auch die jeweiligen Akteure, ihre Aufgaben und Methoden sowie die moralischen Herausforderungen, die sich ihnen stellen ([Tabelle 1](#)). Diesen speziellen Anforderungen kann am besten in bereichsethischen Diskursen und mittels spezifischer Handwerkszeuge begegnet werden. Folglich wird an dieser Stelle für eine eigenständige konkrete Public-Health-Ethik plädiert. Von einer Abgrenzung zwischen Medizinethik und Public-Health-Ethik profitieren letztlich beide. Durch die Besinnung auf ihre jeweiligen Gegenstandsbereiche schärfen beide ihr Profil und erlangen die erforderliche Fokussierung.

Public-Health-Ethik fokussiert auf andere Normen als Medizinethik. Ihre zentralen Normen wurden in diesem Beitrag diskutiert. Sie bestehen in den Prinzipien Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutz, Achtung vor der Menschenwürde, Effizienz, Gerechtigkeit und Verhältnismäßigkeit ([Tabelle 1](#)).

Nur wenn man Public-Health-Ethik als eine genuine Bereichs- und Innungsethik konzipiert, erreicht man auch die

Tabelle 1

Abgrenzung zwischen Medizin und Public Health mit Blick auf die Ethik		
	Medizin	Public Health
Akteure	Ärzte	Gesundheitswissenschaftler und Mitarbeiter von Public-Health-Institutionen in interdisziplinär arbeitenden Teams
Auftraggeber	Individuen (v. a. Patienten) Krankenhäuser	Öffentlichkeit (Staat/Land/Kommune)
Zielpersonen	Patient	Bevölkerung (vulnerable) Gruppen
(Primäre moralische) Ziele	Krankheitsbekämpfung und Gesundheitserhaltung des Individuums	Gesundheitserhaltung, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Reduktion der Krankheits- und Verletzungsinzidenz und -prävalenz
Krankheitsvorkommen	Individuell	Bevölkerung, Gruppe
Aufgabenfelder (primär)	Heilung, Individuelle Gesundheitsberatung, Individuelle Patientenaufklärung	Gesundheitserhaltende und -fördernde Infrastruktur schaffen, Epidemiologische Forschung, Seuchenschutz, Politikberatung, Gesundheitsberichterstattung, Regulationen im Gesundheitswesen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsrisiken
Methode	Medizin, „Heilkunst“	Epidemiologie (zentrale Methode), Viele andere Methoden und Wissenschaften, die multi- und interdisziplinär arbeiten (inkl. sozialwissenschaftlichen und statistischen Ansätzen)
Scientific Community und Arbeitsumfeld (≈ Innung)	Ärzte in Forschung und Praxis, getragen von dem gemeinsamen moralischen Leitbild, individuelles Leid zu verhindern	Multidisziplinäre Gruppe mit verschiedenen Methoden, getragen von dem gemeinsamen moralischen Leitbild der „öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller“
Ethik	Medizinethik	Public-Health-Ethik
Erstorientierung	Wohl des Patienten	Wohl der Bevölkerung/Gruppe
Primäres moralisches Spannungsverhältnis	Autonomierespekt vs. Non-Maleficence und Beneficence	Maximieren gesundheitlichen Gesamtnutzens vs. Autonomierespekt, Paternalismus vs. Autonomierespekt.
Aufgaben der Innungs- und Bereichsethik	Entscheidungskriterienberatung für Ärzte und Ärztenverbände	Entscheidungskriterienberatung für Public-Health-Wissenschaftler und -Akteure, Gesundheitspolitikberatung

Public-Health-Innung und ihre Akteure. Diese können sich mit den Grundorientierungen und spezifischen moralischen Prinzipien identifizieren und diese als für ihre Arbeit hilfreiche Instrumente betrachten.

### Korrespondierender Autor

**Dr. phil. Peter Schröder**

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd), Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld, BRD  
E-Mail: peter.schroeder@loegd.nrw.de



Literatur

1. Wehkamp KH (1998) Public Health und Ethik. Public Health Forum 22: 2–3
2. Kuhlmann E (2002) Bioethik und Gesundheitswissenschaften: eine neue Ethik für die Gesundheit der Bevölkerung? In: Kolip P (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa, Weinheim, S 173–194
3. Bittner R, Heller S (2003) Ethik in den Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften, 3. Aufl. Weinheim, Juventa, S 425–440
4. Dabrock P (2002) Zur Eigenart von Public-Health-Ethik und Ethik des Gesundheitswesens gegenüber biomedizinischer Ethik. In: Brand A et al. (Hrsg) Individuelle Gesundheit versus Public Health? Lit, Münster, S 79–95
5. Labisch A, Paul N (2000) Medizin. 1. Zum Problemstand. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik, Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 630–642
6. Rager G (2000) Medizin. 2. Wissenschaftstheoretisch. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik, Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 642–646
7. Brand A, Stöckel S (2002): Die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller – ein sinnvoller Anspruch? In: Brand A et al. (Hrsg) Individuelle Gesundheit versus Public Health? Lit, Münster, S 11–28
8. Schwartz F (2003) Public-Health-Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz F (Hrsg) Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Elsevier, München, S 3–6
9. Kälble K (2006) Public Health in Deutschland. Entwicklung und Entwicklungsstand. In: Brand A, Schröder P, Bora A et al. (Hrsg) Genetik in Public Health. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd), Bielefeld (im Druck)
10. Kaminsky C (2005) Moral für die Politik. Mentis, Paderborn
11. Institute of Medicine (1988) The future of public health. Division of health care aervices. Committee for the Study of the Future of Public Health. National Academy Press, Washington, D.C.
12. Kuhn TS (1996) The structure of scientific revolutions, 3. Aufl. The University of Chicago Press, Chicago
13. Beauchamp TL (1996) The role of principles in practical ethics. In: Sumner W, Boyle J (eds) Philosophical perspectives on bioethics. University of Toronto Press, Toronto, pp 79–95
14. Richardson HS (1990) Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems. Philosophy Public Affairs 19: 279–310
15. Honnefelder L, Fuchs M (2000) Medizinische Ethik. Systematisch. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik, Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 652–661
16. Veatch R (2000) Doctor does not know best: why in the new century physicians must stop trying to benefit patients. J Medicine Philosophy 25: 701–721
17. Veatch R (1982) A theory of medical ethics. Basic Books, New York
18. Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles of biomedical bthics, 5. Aufl. Oxford University Press, New York
19. Childress JF, Faden RR, Gaare RD et al. (2002) Public health ethics: mapping the terrain. J Law Medicine Ethics 30: 170–178
20. Beauchamp D, Steinbock B (1999) New ethics for the public's health. Oxford University Press, Oxford
21. Beauchamp D, Steinbock B (1999) Introduction: Ethical theory and public health. In: Beauchamp D, Steinbock B (eds) New ethics for the public's health. Oxford University Press, Oxford, pp 3–23
22. Gutzwiller F, Jeanneret O (1996) Konzepte und Definitionen. In: Gutzwiller F, Jeanneret O (Hrsg) Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Huber, Bern u. a., S 23–29
23. Powers M, Faden R (2006) Social justice: the moral foundations of public health and health policy. Oxford University Press, Oxford
24. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) (2006) Säuglingssterblichkeit in NRW. Kurz und Informativ. Iögd, Bielefeld
25. Schröder P (2004) Gendiagnostische Gerechtigkeit. Lit, Münster
26. Bolte G, Mielck A (2004) Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Juventa, Weinheim
27. Buchanan A, Daniels N, Brock D, Wikler D (2000) From chance to choice: genetics and justice. Cambridge University Press, Cambridge
28. Nozick R (1974) Anarchy, state, and utopia. Basic Books, New York
29. Darragh M, Milmo McCarrick P (1998) Public health ethics: health by the numbers. Kennedy Institute Ethics J 8(3): 339–358
30. Kurth BM (2006) Epidemiologie und Gesundheitspolitik. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49: 637–647
31. Hoffmann W, Latza U, Terschüren C (2005) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Gesundheitswesen 67: 217–225

**Natürlicher Mechanismus verhindert eine Überreaktion des Immunsystems**

Das körpereigene Immunsystem kann durch selbstverstärkende Mechanismen überreagieren und in der Folge gesundes Gewebe angreifen. Dies ist z. B. bei Autoimmunerkrankungen, Rheuma, Typ I-Diabetes oder schweren Entzündungsreaktionen der Fall.

Wissenschaftler der Gesellschaft für Biotechnologische Forschung (GBF) in Braunschweig haben einen natürlichen Mechanismus zur Hemmung des Immunsystems entdeckt. Ein Molekül namens GPR83 kann Überreaktionen der körpereigenen Abwehr verhindern, bevor das eigene Gewebe geschädigt wird. Bei GPR83 handelt es sich um einen Rezeptor, der auf der Oberfläche von T-Zellen exprimiert wird und der auf heftige, entzündliche Reaktionen des Immunsystems zu reagieren scheint. Wird GPR83 aktiviert, werden andere T-Zellen inaktiviert und es kommt zur Immuntoleranz.

Sollte es gelingen, GPR83 mit Medikamenten gezielt zu stimulieren, wäre es möglich Über- oder Fehlreaktionen des Immunsystems, wie Autoimmunerkrankungen, zu verhindern. Im Gegenzug wäre es denkbar, Reaktionen des Immunsystems durch das gezielte Blockieren von GPR83 zu verstärken, beispielsweise zur Therapie schwerer Infektionen oder bei der Tumor-Therapie.

Die Ergebnisse wurden in der in der Fachzeitschrift Journal of Immunology publiziert (Hansen W et al. (2006) J Immunol 177:209–215).

*Quelle: Gesellschaft für Biotechnologische Forschung (GBF), Braunschweig*