

IMAGO HOMINIS

Band 11 - Heft 1 - 2004

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 11 - Heft 1 - 2004



TABAKRAUCHEN II

1
2004

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Graz)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

INHALTSVERZEICHNIS

IMPRESSUM UND OFFENLEGUNG	4
EDITORIAL	5
AUS AKTUELLEM ANLASS	
M. STOLL <i>Künstliche Befruchtung: Gesetzlosigkeit in Italien aufgehoben</i>	7
N. AUNER <i>Soll PID in Österreich zugelassen werden?</i>	10
L. KENNER, C. HUTTER <i>Auf Forschung über menschliches Klonen verzichten!</i>	12
FOCUS	
E. H. PRAT <i>Das Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht</i>	15
SCHWERPUNKT: Tabakrauchen II	
M. KUNZE <i>Rauchverhalten und Schädlichkeitsbewusstsein</i>	29
H. POPPER <i>Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen</i>	35
P. HOFMANN, R. BONELLI <i>Psychiatrische Aspekte des Rauchens</i>	43
J. BONELLI, K. FELSENSTEIN <i>Jeder Raucher schadet sich selbst</i>	51
AUS DER ARBEIT DES INSTITUTS	
J. BONELLI et al. <i>S.O.M. Sinnorientierte Medizin</i>	55
NACHRICHTEN	59
KLARSTELLUNG	62
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	63
BUCHBESPRECHUNGEN	65
ANKÜNDIGUNG	70

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER,
 Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
 Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
 Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
 E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org/>
 DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER

Redaktion/Nachrichten: Dr. Marion STOLL, Robert GLOWKA

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Robert GLOWKA

Herstellung: Druckerei ROBITSCHEK & Co, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien

Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA

Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,

Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-

Abo-Service: Robert GLOWKA

Bankverbindung: CA AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;

IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Redaktionsschluss: 5. März 2004

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel. +43-1-715 35 92, Fax +43-1-715 35 92-4, e-mail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: DDr. Klaus KÜNG, Feldkirch

Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK

Ehrwürdige Mutter Visitatorin Sr. Magdalena POMWENGER, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul

Ehrw. Mutter Gen.-Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen

Ehrw. Mutter Gen.-Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern

Pater Paulus KOHLER OH, Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

Direktor:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Wien

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

Diese Ausgabe wird gesponsort von:



Brüssel hat dem Rauchen den Kampf angesagt. Und dies obwohl die Europäische Union von den Mitgliedsländern keine direkte Kompetenz für das Gesundheitswesen erhalten hat. Indirekt kann die EU aber großen Einfluss nehmen, weil die öffentliche Gesundheit nicht von anderen öffentlichen Bereichen scharf getrennt werden kann. So sind von der EU wichtige Impulse auf Länder wie Deutschland, England und Österreich ausgegangen, die bisher nur halbherzig Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums getroffen haben.

Der Begriff „öffentliche Gesundheit“ (Public health) ist vor allem in Amerika ganz geläufig. Mehrere Universitäten in den Vereinigten Staaten haben eine eigene Fakultät (z. B. Harvard School of Public Health) gegründet, weil Gesundheit keine reine Privatangelegenheit ist. Aus der Sicht der politischen Ethik muss der Staat und seine Organe für Lebensbedingungen sorgen, die es erlauben, gesund zu leben. Der Staat ist daher verpflichtet, die notwendigen Strukturen zu schaffen, z. B. Aufklärung über gesundheitliche Gefährdungen zu fördern und sogar gegebenenfalls sie selbst zu betreiben. Es liegt außerdem in der öffentlichen Kompetenz, Missstände zu beheben und Risiken zu minimieren bzw. unfreiwillig Gefährdete zu schützen.

Im deutschen Kulturraum scheint es etwas länger als in anderen Regionen zu dauern, bis die staatlichen Organe ihre Verantwortung in Sachen Tabakrauchen wahrnehmen. Jetzt aber könnte es so weit sein. Österreich und Deutschland sind bereit, mehr als nur Scheinmaßnahmen zu treffen. Natürlich steigen gleichzeitig die Tabaklobbys auf die Barrikaden. Unter dem Motto „Angriff ist die beste Verteidigung“ versuchen sie jede Maßnahme, die das Rauchen einschränkt, erstens als einen Angriff auf die Freiheit der Bürger, und zweitens wirtschaftspolitisch als wahnwitzig hinzustellen.

Mit dem Vorwurf des Attentats auf die persönliche Freiheit der Bürger wird auch gemeint, dass damit die tragende Säule des demokratischen Selbstverständnisses unserer Kultur getroffen wird. In Wirklichkeit ist es aber umgekehrt. Dadurch, dass das Rauchen zu einem tief verwurzelten kulturellen Phänomen geworden ist, in einer Zeit, als die Schädlichkeit eines gemäßigten Tabakrauchens und des Passivrauchens noch nicht medizin-wissenschaftlich unwiderlegbar bewiesen werden konnte, haben die Raucher das für sich und für Dritte schädigende Verhalten, ohne sich vor jemandem verantworten zu müssen, durchgesetzt. Es ist also nicht die Freiheit des Rauchers, die nun durch gesetzliche und sozialpolitische Maßnahmen abgeschnitten werden soll. Ziel ist es vielmehr, die während der letzten Jahrhunderte straflos beraubte Freiheit der Nichtraucher und der potentiellen Raucher (z. B. der Jugendlichen durch Mangel an richtiger Aufklärung) zu schützen. Dies wird besonderes deutlich, wenn das Phänomen Rauchen aus einer kultursoziologischen und -ethischen Perspektive beleuchtet wird, wie es im Focusbeitrag dieses Heftes der Fall ist.

Gerade aus der kultursoziologischen Perspektive zeigt sich, wie tenden-

ziös und gewinnorientiert die Propaganda der Tabakindustrie ist. In den letzten Wochen hat sie in mehreren Ländern Europas die Nachricht verbreiten lassen, dass die von der EU in allen Mitgliederländern erwirkte Maßnahme, die Tabakpackungen mit starken Warnungen für den Raucher zu versehen, keine Umsatzeinbußen gebracht hat. Abgesehen davon, dass es noch zu früh ist, die Wirkung der Maßnahme zu prüfen, müsste die Tabakindustrie wissen, dass Warnungen auf Zigaretenschachteln nur ein Teil der neuen Aufklärungsstrategie ist, die sich nicht so sehr an die aktuellen Raucher richtet, die mehr als solche Sprüche benötigen, um die Sucht zu überwinden, sondern primär potentielle Raucher abschrecken will.

Die Raucherlobbys könnten allerdings darin recht haben, dass die wirksamen Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens rein ökonomisch betrachtet kontraproduktiv sind, d. h. letztlich werden sie viel Geld kosten. Die Raucher tragen mit ihren Steuern wesentlich mehr als ihre Mitbürger zur Finanzierung des Gesundheitssystems und der Pensionsfonds bei: sie sterben durchschnittlich neun Jahre früher als die Nichtraucher und konsumieren daher kaum ihre Pensionen. Außerdem belasten sie auch weniger das Gesundheitsbudget, weil sie die Krankheitsjahre, die erst im hohen Alter sehr teuer werden, kaum erreichen. Darüber hinaus würde eine rasche Abnahme des Tabakverbrauchs zum Verlust von vielen tausenden Arbeitsplätzen in allen Ländern der Welt führen. Man sollte vor allem den zweiten Teil des Arguments ernst nehmen und Vorsorge treffen, den Verlust der Arbeitsplätze durch Schaffung von neuen Betätigungsmöglichkeiten zu kompensieren. Dies ist politisch machbar und ethisch geboten. Der von einem zynisch-ökonomischen Utilitarismus durchdrungene erste Teil des Arguments muss aber aus einer ethischen Position heraus zurückgewiesen werden. Man darf nicht vergessen, dass es sich um die größte „Epidemie“ unserer Zeit handelt. Man kann die Raucher einfach nicht als „nützlich“ hinstellen und volkswirtschaftlich gesehen instrumentalisieren, ebenso wenig wie eine Katastrophe, die Millionen von Menschenleben fordert, deshalb zu begrüßen wäre, weil sie die Überlebenden wirtschaftlich besser stellt. Es ist daher politisch unmoralisch, einen Industriezweig, dessen Produkte große gesundheitliche Schäden bewirken, nur deshalb zu rechtfertigen und zuzulassen, weil er große Staatseinnahmen bringt und indirekt eine Verminderung der Staatsausgaben (Pensionen und Gesundheitskosten) bewirkt. Man darf einfach den jährlichen Verlust von fünf Mio. Menschenleben und den insgesamt 44 Mio. Lebensjahren, die der Tabakkonsum verursacht, gegen materielle Vorteile nicht aufwiegen. Der Tausch von Leben gegen Geld widerspricht der Würde des Menschen. Die Tatsache, dass die Raucher „freiwillig“ rauchen, ändert nicht viel daran. Politik und Bürger wären dazu verpflichtet, alles Mögliche zu tun, damit alle Entscheidungen zum Rauchen tatsächlich unter jenen Bedingungen erfolgen, die es erlauben, sie als frei zu bezeichnen. Dafür muss die Gesellschaft jegliche Art von Fehlinformation unterbinden: Der Weg bis dorthin ist noch lang, aber die Richtung stimmt jetzt.

Die Herausgeber

Künstliche Befruchtung: Gesetzlosigkeit in Italien aufgehoben

Marion STOLL

In den deutschsprachigen Medien kaum beachtet oder kommentiert wurde Mitte Dezember im italienischen Senat ein in der Öffentlichkeit heiß umstrittenes und viel diskutiertes Gesetz verabschiedet, das die Anwendung der Methode der *in-vitro*-Fertilisation eng absteckt und eingrenzt.¹ Nachdem das restriktive Gesetz nach der Erstpräsentation in der Kammer im Mai 2001 nach einer langen Latenz endlich im Juni 2002 mit einer ansehnlichen transversalen Mehrheit approbiert wurde, fehlte zum endgültigen Beschluss nur noch die Zustimmung von Seiten des Senats. Nach eineinhalb Jahren wurde das Gesetz im Dezember 2003 im Eiltempo durch den Senat bestätigt, allerdings mit einigen wenigen geringfügigen Änderungen des Gesetzes, die zwar nicht den Kern der Aussage, sondern lediglich Details der finanziellen Regelung betrafen, aber eben dadurch eine erneute Approbation durch die Kammer notwendig machten. Der dritte Durchgang des Gesetzes in der Kammer betraf somit nur mehr marginale Aspekte des Gesetzes. Die Wortmeldungen der Abgeordneten strichen diesen Umstand auch immer wieder hervor, fügten jedoch hinzu, dass die Tatsache, dass das Gesetz in der Abgeordnetenkammer erneut zur Diskussion, wenn auch nur in spezifischen Punkten vorgelegt wird, die Gelegenheit in sich birgt, über die wahre Notwendigkeit einer Änderung des gesamten Gesetzes nachzudenken. Die Diskussionen wurden zum Teil recht emotional und erhitzt geführt. Die definitive Bestätigung des Gesetzes durch den Senat erfolgte schließlich am 10. Februar 2004; beachtlich, mit welcher Aufmerksamkeit der Gesetzesbeschluss in den italienischen Medien verfolgt, bearbeitet, dokumentiert und kommentiert wurde.

Nach vielen Jahren der Gesetzlosigkeit gibt

es nun endlich eine Regelung der *in-vitro*-Fertilisationspraxis in Italien. In jenem Staat also, der häufig in Zusammenhang mit den provokanten Aussagen des Italiener Severino ANTONORI, die letztlich doch nichts anderes als Windhauch sind, und mit der Existenz von „Oma-Müttern“ und Leihmüttern und damit mit einer wahrhaften Verdrehung der Natur in bioethischen Debatten zitiert wird.

Wie können wir uns die Lage in Italien vor dem vielbesagten Gesetz vorstellen? Bisher gab es beinahe 400 Zentren, die die künstliche Befruchtung anboten, ohne übergeordnete Kontrollinstanz, ohne gemeinsame Richtlinien, ohne gesetzlich abgesteckte Tätigkeitsbereiche. Das neue Gesetz setzt den Hauptakzent auf das Prinzip der Vorsicht, anstatt der Tendenz einer undifferenzierten Liberalisierung freien Lauf zu gewähren. Das ausgesprochene Ziel des Gesetzes ist die Verteidigung des schwächsten Subjektes, des ungeborenen Kindes, das trotz seiner Unfähigkeit sich zu artikulieren dennoch existiert und dem daher derselbe Respekt wie allen anderen menschlichen Lebewesen entgegengebracht werden muss.

Um das Wesentliche der neuen Normen kurz zusammenzufassen:

- Es dürfen nur drei Eizellen pro Zyklus befruchtet werden.
- Die heterologe Befruchtung ist ebenso verboten wie die Präimplantationsdiagnostik.
- Alle erzeugten Embryonen müssen transferriert werden.
- Das Einfrieren von Embryonen ist verboten sowie jede Art von Eingriffen und Manipulationen am Embryo, d. h. jede Art von Embryonenforschung oder jede nicht auf die Reproduktion ausgerichtete Nutzung (Stammzellgewinnung) sind damit ausgeschlossen.
- Was die bereits eingefrorenen Embryonen

betrifft, so entscheidet der Gesundheitsminister über das weitere Procedere.

- Erlaubt sind die homologen Techniken, die Samen und Eizellen desselben Paares verwenden.
- Die IVF-Techniken sind prinzipiell nur zugänglich für verheiratete oder zusammenlebende Paare unterschiedlichen Geschlechts in zeugungsfähigem Alter.

Das Gesetz wurde in den letzten Wochen und Monaten recht eifrig diskutiert, verfochten, angefeindet und kommentiert. Eigentlich wurden die Stimmen in den Medien erst beim Durchgang durch den Senat im vergangenen Jahr laut; zum Großteil waren dies heftige Vorwürfe, die von den verschiedensten politischen Lagern, Feministengruppierungen, usw. über die Medien in die italienische Landschaft hineinposaunt wurden. Die Bezeichnungen für das neue Gesetz reichten von „Gesetz gegen die Forschung“ über „Kniefall vor dem Vatikan“ und „Bestrafung für die Frauen“ bis hin zu „Taliban-Gesetz“. Der Ruf nach einem Referendum wurde laut. Denn das Gesetz stelle einen brutalen Angriff gegen die Selbstbestimmung der Frau dar und bedeute einen schweren Schlag gegen die Laizität des Staates. Die katholische Lehre werde als Grundlage des Gesetzes verwendet, doch die praktischen Bedürfnisse auch der katholischen Bürger würden dabei nicht berücksichtigt.

Doch gehen wir nun kurz einige der meist erhobenen allgemeinen Vorwürfe im Einzelnen durch:

1) Das neue Gesetz sei ein Gesetz gegen die Forschung.

Dieses Argument ist recht leicht zu entkräften. Man braucht sich nur um eine positive Sicht einer Eindämmung bemühen: wenn der Weg enger ist, kommt man schneller voran und erreicht Ergebnisse, die dem Menschen nützlicher sind. Als ein Beispiel hierfür könnte man folgendes Faktum anführen: mit der Rechtfertigung, dass es die künstliche Befruchtung gibt, wurde seit 1996 in Italien keine Forschung mehr betrieben, um die Sterilität zu bekämp-

fen. Unter diesem Aspekt liegt es sogar näher, das Gesetz als besonders forschungsfreundlich und -fördernd zu betrachten.

2) Das neue Gesetz sei ein Gesetz gegen die Frauen.

Dieses Argument stützt sich vor allem auf den vonseiten der Feministen erhobenen Anspruch auf das Recht auf ein Kind und auf die sogenannte Selbstbestimmung der Frau. Dem Vorwurf ist zuallererst entgegenzuhalten, dass dieses Gesetz über die künstliche Befruchtung nicht bloß die Frauen betrifft. Eine unfruchtbare Frau hat sicherlich das Recht, von ihrer Pathologie, die sie daran hindert, zu empfangen, geheilt zu werden, aber die Sterilität ist ja nicht nur ein Problem der Frau, sondern immer auch ein Problem des Paares. Und das Gesetz achtet nun einmal nicht nur auf die Rechte der Frau, sondern ebenso, in zuvor noch nie da gewesener Weise auf das Recht des noch ungeborenen Kindes. Doch, um nicht den Anschein zu erwecken, dass alle Frauen sich durch dieses Gesetz angegriffen und bestraft sehen: es gibt auch Äußerungen von Frauen, die in diesen Normen nicht nur keinen Angriff auf die Weiblichkeit, sondern entgegen diesem sogar eine besondere Garantie für die Wahrung der Rechte der Frauen sehen, insbesondere durch die effektive Kontrolle in den diversen IVF-Zentren. Weiters sei das sogenannte Recht auf ein Kind nochmals erwähnt: ist es nicht so, dass dieser erhobene Anspruch, um jeden Preis ein eigenes Kind zu haben, viel mehr in einem egoistischen Wunsch als in wahrer Liebe wurzelt?

3) Das neue Gesetz sei ein Gesetz der Katholiken.

Es ist von vorneherein widersinnig, ein solches Gesetz als ein katholisches zu bezeichnen, denn, wenn es nach der katholischen Lehre ginge, würde jegliche IVF-Praxis nicht erlaubt werden. Sicherlich, es ist auch ein Anliegen des Vatikans, dass die Gesetzlosigkeit auf diesem Gebiet aufgehoben wird, doch eben nicht nur des Vatikans. Im übrigen war die Stellungnahme des Vatikans im vergangenen Dezember kurz und bündig: sie weist er-

neut darauf hin, dass jede Zeugung außerhalb des ehelichen Verkehrs unmoralisch ist, legte abermals den Standpunkt der Kirche, die grundsätzlich gegen jede Technik der künstlichen Befruchtung sei, dar, bezeichnete das Gesetz aber dennoch als einen Fortschritt gegenüber der bisherigen Gesetzlosigkeit in Italien im Sinne einer Schadensbegrenzung.

Der Weg des nun vorliegenden Gesetzes war ein langer: diese Latenz begünstigte die irrige Vorstellung, dass das, was effektiv möglich war, ebenso ein Recht darstelle. Dass es nun endlich ein Gesetz zur Regelung der *in-vitro*-Fertilisation gibt, stellt einen wesentlichen Fortschritt dar. Dass dieses Gesetz zu-

dem zum Teil deutlich restriktivere Regelungen als die Vergleichsgesetze in anderen europäischen Ländern aufweist, kann aus bioethischer Sicht ebenso nur begrüßt werden.

Referenzen

- 1 Der Gesetzestext ist im italienischen Wortlaut auf www.camera.it abrufbar (Nr. 1514).

Dr. Marion STOLL, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Soll PID in Österreich zugelassen werden?

Notburga AUNER

Die österreichische Öffentlichkeit darf sich auf eine Debatte über die Präimplantationsdiagnostik vorbereiten. Das Signal dafür hat der Vorsitzende der österreichischen Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Prof. Johannes HUBER, gegeben, indem er am 15. Jänner 2004 in einem Gespräch mit der „Presse“ folgende Ankündigung gemacht hat. So schreibt die Zeitung: „Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat sich bei ihren Beratungen am Mittwoch (14. Jänner 2004) geeinigt, auch in Österreich die bisher verbotene Präimplantationsdiagnostik (PID) zumindest teilweise zuzulassen“.

Was ist PID?¹ Unter Präimplantationsdiagnostik (PID) oder auch Präimplantations-Gen-Diagnose (PGD) versteht man die Untersuchung eines *in vitro* (im Reagenzglas) erzeugten Embryos auf genetische Defekte hin, bevor dieser Embryo in die Gebärmutter transferiert wird. Defekte, die dabei entdeckt werden, können zur Zeit nicht korrigiert werden. Das bedeutet, dass Embryonen, die Träger dieser Defekte sind, vor dem Transfer in die Gebärmutter eliminiert werden. PID ist daher eine eugenische Maßnahme, die in der Selektion von Menschen im Embryonalstadium besteht.

Erstaunlich in der Ankündigung von Prof. HUBER ist, dass er diese Aussage macht, obwohl, wie er selber bestätigt, „die wissenschaftlichen, rechtlichen und vor allem ethischen Fragen noch nicht abschließend behandelt sind“. Erkundigungen bei den Mitgliedern der Kommission ergaben, dass diese Fragen überhaupt noch nicht zur Diskussion standen, es wurden nur Vorfragen geklärt. Offensichtlich soll nun die Kommission unter Zeitdruck gestellt werden.

Der Vorsitzende der österreichischen Bioethikkommission sieht in der PID eine wesentliche Verbesserung der Situation von Frauen, die durch künstliche Befruchtung schwanger werden. „Das bedeutet“, so HUBER, „dass man

den Frauen nicht mehr eine befruchtete Eizelle einpflanzt und sie damit ins Ungewisse schickt“. Man suggeriert damit, „dass man in Zukunft keinen Embryo mehr einsetzen würde, bei dem man damit rechnen müsse, dass er bereits während der Schwangerschaft abgehen wird oder das Kind kurz nach der Geburt sterben wird“. Dies ist aber nicht korrekt, denn so genau weiß man es nicht, weil derzeit mit und auch ohne Defekt die Erfolgsraten von IVF nicht höher als bei 30% liegen. Letztlich kann es nur darum gehen, zu verhindern, dass Embryonen mit bekanntem Defekt implantiert werden.

Man muss es klar sagen: PID steht nicht im Dienste einer Therapie oder einer Heilung sondern allein im Dienste der Entscheidung über Leben oder Tod. Sie ist unmittelbares Instrument der Selektion und mittelbares Instrument der Tötung von Menschen.

PID öffnet also einer schwer kontrollierbaren Menschenselektion Tür und Tor. Eine gesellschaftliche Akzeptanz der PID würde die Behinderten unter einen unerträglichen, entwürdigenden sozialen Druck setzen: Sie würden als Individuen gelten, die der etablierten Selektion entkommen sind.

Ein weiteres Argument gegen die PID muss angeführt werden: ist sie einmal erlaubt, wird kaum mehr kontrollierbar sein, was und wieso implantiert wird. Die Kriterien der Selektion will man klar definieren, es bleibt aber vorauszusehen, dass es bald nicht mehr um bestimmte Krankheiten gehen wird. Die Grenze zwischen Defekt (Krankheit) und Mangel an erwünschten Eigenschaften wird immer unscharf bzw. kulturell- und modebedingt sein. Mit Hilfe der PID wird es theoretisch sogar möglich, Embryonen auf Normalmerkmale zu testen, nur um Menschen nach Maß zu schaffen. Einen kleinen Vorgeschmack bieten jene (noch wenigen) Zentren, die zwecks Geschlechtsbestimmung die PID anbieten.

Darf sich der Mensch anmaßen, über die Eigenschaften der künftigen Generation zu bestimmen? Würde dies nicht deutlich die Menschenwürde verletzen? In der deutschen Diskussion zu diesem Thema ist klar geworden, dass eine Einschränkung der PID auf wenige Fälle nicht funktionieren kann.

Im Vorjahr hat der Deutsche Ethikrat eine Stellungnahme zur PID mit zwei Voten gemacht: für ein absolutes Verbot waren neun Mitglieder und für eine eingeschränkte Anwendung der PID fünfzehn. Die Empfehlung hat bis jetzt keine Konsequenzen gehabt, und es scheint nicht absehbar, dass das gesetzliche Verbot der PID bald zurückgenommen wird.

Es ist zu hoffen, dass in Österreich, mit oder ohne Empfehlung der Bioethikkommission, PID weiterhin illegal bleibt. Dazu läuft derzeit eine Unterschriftenaktion, die die Aktion Leben (siehe Ankündigung hier unten) promoviert. Zahlreiche Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens, unter anderem auch Kardinal SCHÖNBORN und Kardinal KÖNIG, haben diese bereits unterzeichnet.

Referenzen

- 1 vgl. auch IMABE-ETHIKKOMMISSION, *Erklärung zur Präimplantationsdiagnostik*, Imago Hominis (2001); 8: 91-93

Dr. Notburga AUNER, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Parlamentarische Bürgerinitiative der Aktion Leben Österreich

Die Aktion Leben Österreich hat eine Parlamentarische Bürgerinitiative zum Thema **„Für Menschenwürde und gegen Experimente mit dem Leben“** gestartet.

Experimente am Beginn des Lebens, die dazu führen, dass Embryonen als Rohstoff benutzt, manipuliert oder zerstört werden, sollen abgelehnt werden. Medizinischer Fortschritt kann auch auf anderem Weg erzielt werden.

Der Nationalrat wird aufgefordert:

- * ein wirksames und generelles Verbot des Klonens von Embryonen zu beschließen,
- * die genetische Frühdiagnostik an künstlich (in vitro) erzeugten Embryonen (Präim-

plantationsdiagnostik = PID) zum Zweck der Selektion nicht zuzulassen sowie

- * die Forschung mit adulten Stammzellen zu fördern, anstatt die Forschung an embryonalen Stammzellen zu erlauben.

Die Unterstützungserklärung, Unterschriftenlisten sowie weiteres Informationsmaterial kann von der Aktion Leben bezogen werden:

Aktion Leben
Dorotheergasse 6-8

A-1010 Wien

Tel: +43-1-512 52 21

eMail: info@aktionleben.at

Homepage: <http://www.aktionleben.at/>

Auf Forschung über menschliches Klonen verzichten!

Lukas KENNER und Caroline HUTTER

Woo Sook WANG, Forscher an der veterinärmedizinischen Hochschule von Seoul ließ Anfang Februar die Welt der Wissenschaft aufhorchen. Ihm und seinem Team ist es erstmals gelungen, Menschen zu klonen. Die Darstellung ihrer Versuche haben sie detailliert in der hoch angesehenen Zeitschrift „Science“ am 13. Februar 2004 veröffentlicht. Von 16 Frauen wurden nach intensiver Hormonbehandlung 242 Eizellen gewonnen und von den selben Frauen Erbgut aus somatischen Zellen entnommen. Daraus sind 30 geklonte menschliche Embryonen entstanden, aus denen sich eine stabile Kultur embryonaler Stammzellen gewinnen ließ. Als Schönheitsfehler wird vorerst die Tatsache bewertet, dass die Zellkerne auch von den Eispenderinnen entnommen wurden; deshalb kann nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden, dass es sich dabei um eine parthenogenetische Zellwucherung handelt. Wäre dies der Fall, dann wäre das Experiment kaum von Bedeutung.

Manche Wissenschaftler, wie z. B. der amerikanische Klonexperte R. LANZA und der Wiener Genetiker M. HENGSTSCHLÄGER, haben in den Medien den Erfolg in Seoul als „medizinischen Meilenstein“ bezeichnet, vergleichbar mit der Entwicklung der Antibiotika und Impfstoffe. Ist diese Bewertung nicht überzogen?

Nüchterner beurteilen andere, wie etwa der Biochemiker und Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft E. L. WINNACKER, der in MIT forschende deutsche Mikrobiologe R. JAE-NISCH und der „DOLLY-Vater“ A. COLMAN, dass in Seoul zwar ein weiterer Schritt – weder der erste noch der zweite – im Forschungsklonen getan wurde, der Weg bis zum therapeutischen Klonen aber noch ziemlich lang sein werde. Nüchternheit ist hier allemal angebracht, denn a) die Effizienz der Methode ist vorerst noch so gering, dass die therapeutische Anwendung

noch weit in der Ferne liegt.

b) über die Rückprogrammierung der Erbinformation weiß man eigentlich noch sehr wenig. Bei „DOLLY“ bedurfte es 277 Embryonen, um ein einziges Tier entstehen zu lassen. Fehlbildungen in den geklonten Tieren sind zum jetzigen Zeitpunkt noch die Regel.

c) ob die gewonnenen Stammzellen auch wirklich nutzbar sind, wissen wir nicht und wir werden es auch nicht bald wissen, denn wir können sie derzeit nicht therapeutisch einsetzen. Ein entsprechender Versuch, sie zu nutzen, würde gegen alle Regeln der Ethik verstoßen.

In nahezu allen Beurteilungen klang aber auch mit, dass mit dem Vorstoß in Seoul ein Faktum noch deutlicher geworden ist. Zwischen therapeutischem und reproduktivem Klonen liegt der Unterschied in der Zielsetzung, denn das Produkt ist dasselbe, nämlich ein Embryo. Die verwendete Technik ist daher dieselbe. Außerdem wird man durch die detaillierte Publikation der angewandten Methoden nicht verhindern können, dass diese missbräuchlich verwendet und ausprobiert werden. Vorerst funktionieren die Methoden Gott sei Dank höchstens per Zufall und auch in diesen Fällen äußerst mangelhaft.

Nach Seoul dürfte also das allgemeine Bewusstsein, dass die Lage sehr gefährlich geworden ist, gestärkt worden sein, und es herrscht unter den Wissenschaftlern ein nahezu einhelliger Konsens darüber, dass das Klonen dringend international geregelt und das reproduktive Klonen auf jeden Fall verboten werden muss.

Es wäre aber sehr naiv zu glauben, dass so etwas wie das Klonen sich weltweit per Gesetz allein verhindern ließe. Sobald die Methoden verfeinert sind und ihre Effektivität verbessert ist, werden sie garantiert irgendwann und irgendwo angewandt und es wer-

den immer mehr Argumente – auch ethische – auftauchen, die alles Machbare als gerechtfertigt anerkennen wollen. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte in der Biotechnologie zeigen ja, dass alles, was machbar geworden ist, sich kaum mehr aufhalten lässt.

Die einzig wirksame Maßnahme wäre daher ein gemeinsam von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft getragener Verzicht auf Forschungsklonen. Das würde bedeuten:

- a) internationale und nationale politische Ächtung jeglicher Art Menschenklonens inkl. des Forschungsklonens,
- b) keine öffentliche Finanzierung für Projekte von Institutionen, die sich direkt oder indirekt mit dem menschlichen Klonen befassen oder befasst haben, und
- c) eine klare Stellungnahme der akademischen Gemeinschaft, Projekte in Zusammenhang mit menschlichem Klonen nicht mehr in wissen-

schaftlichen Medien zu veröffentlichen.

Mag sein, dass unsere Verzichtsforderung utopisch klingt. Aber nur dieser radikale Verzicht kann den allgemeinen Willen, das reproduktive Klonen zu verhindern, wirksam umsetzen. Man darf nicht vergessen, dass bereits jedes Forschungsklonen eine Verletzung der Menschenwürde ist, weil dabei Menschenleben völlig instrumentalisiert werden und damit das jedem Menschen von Anfang an zukommende Recht auf Lebensschutz verletzt wird.

Univ.-Prof. Dr. Lukas KENNER
Institut für molekulare Pathologie
Dr. Bohrgasse 7, A-1030 Wien

DDr. Caroline HUTTER
St. Anna Kinderspital
Kinderspitalgasse 6, A-1090 Wien

AUFatmen mit SPIRIVA®

Innovative COPD-Dauerbehandlung

- ▲ Volle 24 Stunden Wirkung¹
- ▲ 1x tägliche Inhalation¹
- ▲ Signifikante Verbesserung der Lungenfunktion^{2,4}
- ▲ Signifikante Reduktion der Dyspnoe^{2,4}
- ▲ Signifikante Steigerung der Lebensqualität^{2,3}
- ▲ Signifikante Reduktion der Exazerbationen^{2,3}

1x täglich



AUFatmen!



Raucherentwöhnung ist die wichtigste präventive Maßnahme und unterstützt die Therapie

(Arznet & Vernehl 2001)

Quellen:

1. Disse B et al. Tiotropium (SPIRIVA®). Mechanical considerations and clinical profile in obstructive lung disease. *Life Sci* 1998;64:457-64
2. Casabun R et al. A longterm evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Resp J* 2002;19:209-16
3. Vincken W et al. Improved health outcomes in patients with COPD during one-year treatment with tiotropium. *Eur Resp J* 2002;19:217-24
4. Donohue JF et al. A 6-months placebo-controlled study comparing lung function and health status changes in COPD patients treated with tiotropium or salmeterol. *Chest* 2002;122:47-55

Spiriva® 18 Mikrogramm - Kapseln mit Inhalationspulver. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jede Kapsel enthält 22,5 Mikrogramm Tiotropiumbromidmonohydrat entsprechend 18 Mikrogramm Tiotropium. Die aus dem Mundstück des Handi-Haler® abgegebene Dosis beträgt 10 Mikrogramm Tiotropiumbromid ist ein langwirksames Anticholinergikum mit selektiver Wirkung auf die M₃-Rezeptoren der glatten Muskelzellen der Bronchien. **Hilfsstoffe:** Laktosemonohydrat. **Anwendungsgebiete:** Tiotropium ist ein Bronchodilatator zur Dauerbehandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD). **Gegenanzeigen:** Tiotropiumbromid Inhalationspulver ist kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Tiotropiumbromid, Atropin oder einem seiner Derivate, z.B. Ipratropium oder Oxitropium, oder gegenüber dem Hilfsstoff Laktosemonohydrat. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Boehringer Ingelheim Austria GmbH

SV210902



FOCUS

Das Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht

Enrique H. PRAT

Zusammenfassung

Tabakrauchen ist ein kulturelles Phänomen, das sich in den letzten Jahrhunderten weltweit verbreitet hat. Als Phänomen ist es anthropologisch (z. B. die Sucht), soziologisch (z. B. Vorbilder), ökonomisch (z. B. Strategie der Tabakindustrie) und politisch (Tabakbesteuerung) fest in der Kultur verankert. Medizinisch gesehen steht heute außer Zweifel, dass sich Tabakrauchen zur größten Dauerepidemie aller Zeiten entwickelt hat. Individualethisch muss man das Rauchen des abhängigen Menschen ablehnen, weil gegen die Tugend der Mäßigung und der Gerechtigkeit verstoßen wird. Aus kultur- und sozialetischer Perspektive hat das Tabakrauchen keine Existenzberechtigung mehr, und alle sollten daran mitwirken, das Phänomen aus unserer Kultur zu eliminieren.

Schlüsselwörter: Tabakrauchen, Tabakabhängigkeit, Mäßigung, Gerechtigkeit, Kulturethik

Abstract

Tobacco smoking is a cultural phenomenon which has spread worldwide during the past centuries. As a phenomenon it is anthropologically (e. g. addiction), sociologically (e. g. imitative), economically (e. g. strategy of the Tobacco Industry), and politically (e. g. tobacco taxes) firmly anchored in our culture. Seen medically, there is no doubt that tobacco smoking has become the greatest continuous epidemic ever seen. With regard to the individuals addicted to smoking, their habit must be spurned since it is against the virtues of temperance and justice. In view of the cultural and social aspects of tobacco smoking, it no longer has the right to exist and everyone should do their utmost to have it eliminated in our culture.

Keywords: Tobacco Smoking, Tobacco Addiction, Temperance, Justice, Cultural Ethics

Anschrift des Autors: Prof. Dr. Enrique H. PRAT, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

I. Die „Dauerepidemie“ Tabakrauchen

Das Rauchen ist ein kulturelles Phänomen, das sich in den letzten drei Jahrhunderten in allen entwickelten Gesellschaften stark verfestigt hat. Tabak war noch im 18. Jahrhundert eine Luxusware. Es wurde daher als eine soziale Errungenschaft empfunden, dass im Laufe des 19. und 20. Jh. der Tabak zur Massenkonsumware geworden ist. Jahrhunderte lang war das Rauchen ein ausgesprochenes Männerverhalten geblieben, später, mit der Emanzipation, führte es auch zur Aufwertung der Weiblichkeit. Dadurch hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jh. die volle Sozialisation des Tabakrauchens vollzogen. Tabakrauchen ist immer noch weitgehend positiv besetzt. Mit Rauchen werden Gefühle der Entspannung und des Genießens, ebenso Werte wie Freiheit und Selbstverwirklichung assoziiert. Es galt noch vor wenigen Jahren – und heute zum Teil immer noch – als ein Zeichen der Weltoffenheit und der Modernität. Von der Jugend wird jedenfalls das Rauchen als beliebtes Statussymbol des Übergangs zum Erwachsensein angesehen.

Die gesellschaftliche Akzeptanz des Tabaks steht im krassen Kontrast zu der Tatsache, dass jährlich rund 5 Mio. Menschen als Folge des Rauchens sterben. Der letzte Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ belegt mit den jüngsten Statistiken die gleiche Botschaft, die bereits in den Berichten der letzten Jahre enthalten war: das Rauchen ist die größte „Epidemie“ unserer Zeit.² Die Gesundheitsschäden durch das Tabakrauchen, auch jene mit letaler Wirkung, steigen, und die Prognosen für die nächsten zwanzig Jahre sind sehr düster. Die Zahl der Menschen, ganz besonders der Männer, die wegen des Tabakrauchens sterben, wächst unaufhörlich. Im Jahr 2000 starben weltweit auf Grund des Rauchens 4,9 Mio. Menschen, davon 3,9 Mio. Männer, das sind 13,4% aller Todesfälle von Männern.³ Man könnte es auf die leichte Schulter nehmen und einfach sagen, einen Grund zum

Sterben muss es ja geben, schließlich müssen wir alle sterben. Aber nicht alle Gründe haben die gleiche moralische Relevanz. Ein Raucher müsste heute genau wissen, dass er auf Grund seiner freien Entscheidung zu rauchen sein Leben im Durchschnitt um neun (Raucherinnen um acht) Jahre verkürzt und die Gesundheit der Menschen in seiner Umgebung schädigt. Raucher⁴ verkürzen ihr Leben freiwillig, ohne jede Nötigung, ohne Zwang oder schicksalhafteres Ereignis und verletzen de facto das Selbstbestimmungsrecht und das Lebensrecht von Passivrauchern. Die WHO hat berechnet, dass die durchschnittliche Anzahl der DALYs (disability adjusted life years), die die Raucher verlieren, bei den Männern 11 und bei den Frauen 10 Jahre beträgt. Dies entspricht einer verfrühten Sterblichkeit von rd. 9 (Männer) bzw. 8 Jahren (Frauen), dazu kommen noch durchschnittlich zwei Jahre schwerer Krankheit. Man kann also mit Sicherheit sagen, dass jährlich weltweit rd. 44 Mio. gesunde Lebensjahre durch das Rauchen vernichtet werden, und zwar rd. 36 Mio. männliche Lebensjahre (4 Mio. x 9 Jahre) und 8 Mio. weibliche (1 Mio. x 8).

Die negativen Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit sind vielfältig und seit Jahrzehnten bestens dokumentiert, vor allem bei Herz-, Lungen- und diversen Krebserkrankungen.⁵ Laufend werden darüber hinaus neue Krankheitsrisiken entdeckt.⁶

Ein harmloses Tabakrauchen gibt es nicht. Heute steht außer Zweifel, dass auch das so genannte leichte Rauchen schädlich ist.⁷ Das „leichte“ Rauchen wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Hierbei wird neben der Anzahl der Zigaretten auch die Tabakmenge und der Kohlenmonoxidgehalt der Ausatemluft herangezogen. Rezente Studien zeigen bei leichtem Rauchen ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risiko.⁸ Schädlich ist auch das „leichte“ Rauchen während der Schwangerschaft.⁹ Durch das hohe Suchtpotential von Nikotin kann schon ein geringer Zigarettenkonsum bei genetischer Disposition zu einer

raschen physischen und psychischen Abhängigkeit führen. Besonders gefährdet sind Jugendliche, die den Hauptanteil an „leichten“ Rauchern stellen. Offensichtlich gibt es keine harmlose Untergrenze des Rauchens. Die Zigarettenbezeichnung „light“ ist eine gefährliche Irreführung der Konsumenten. Dass „light“-Zigaretten „gesünder“ als „normale“ Zigaretten sind, wird von GROMAN et al.¹⁰ widerlegt.

Auch das Passivrauchen hat eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit zur Folge, die meistens mit dem moralisch gravierenden Umstand einhergeht, dass sie durch Dritte verursacht wird. Dies haben die bisher fertiggestellten Untersuchungen, insbesondere eine des Australischen National Health & Medical Research Council aus dem Jahre 1997¹¹ eindeutig belegt.¹²

Zur Gewissheit, dass ein Raucherschaden eintritt

Die Schäden treten mit statistischer Gewissheit ein. Man kann den gesamten Schaden, den das Rauchen einem Kollektiv zufügt, sehr genau messen bzw. voraussagen. Aber man kann nicht genau prognostizieren, wann und welcher Schaden bei einer bestimmten Person eintreten wird. Die Schadenswirkung von Raucheinheiten ist eine multifaktorielle Funktion, zu der nur über die Statistik ein annähernder Zugang zu finden ist.

Die Risiken des Rauchens sind allerdings nicht mit denen des Straßenverkehrs oder beim Sport zu vergleichen, wo nur einige wenige betroffen sind. Medizinisch gesehen verursacht das Rauchen auf jeden Fall einen Schaden, der je nach organischer Disposition, Diät, Lebensstil und Umwelt größer oder kleiner ausfallen kann.¹³ Die Raucher haben – siehe oben – eine bedeutend kürzere Lebenserwartung: durch die Entscheidung zu rauchen bzw. weiter zu rauchen, verkürzen sie ihr Leben, d. h. Raucher würden prinzipiell länger leben, wenn sie nicht rauchten bzw. aufhörten, zu rauchen. „Prinzipiell“ heißt in

diesem Fall, dass auch andere Risiken wirksam werden könnten, so dass im Einzelfall die Lebensverkürzung auch eine andere Ursache (z. B. Unfall) haben kann. Aus diesem Grund haben statistische Aussagen über den Schaden des Rauchens auch für das Individualverhalten moralische Relevanz.

Man kann also zusammenfassend sagen, dass Tabakrauchen nachweislich ein selbstzerstörerisches Verhalten und eine verheerende „Dauerepidemie“ ist:

- a) Das nachhaltige Rauchen bewirkt schwere Krankheiten, die vorzeitig zum Tod führen.
- b) Das aktive Rauchen bewirkt eine durchschnittliche Verkürzung des Lebens um 9 Jahre.
- c) Auch die Schäden des passiven Rauchens sind relevant: es geht sowohl um schwerwiegende Krankheiten als auch um eine beträchtliche Lebensverkürzung, die mit 1,6 Jahren beziffert wird.

II. Rauchen als kulturelles Phänomen und seine moralische Dimension

Die kulturgeschichtliche Dimension des Rauchens steht offensichtlich einer nüchternen moralischen Beurteilung des Phänomens im Wege. Denn angesichts des hohen Stellenwertes der Gesundheit, für deren Sicherstellung die Gesellschaft immer mehr Ressourcen mobilisiert und offensichtlich jeden Preis zu zahlen bereit ist, müsste man konsequenterweise das Rauchen global gesehen als irrationaler Phänomen und individuell als Fehlverhalten bewerten. Objektiv betrachtet bringt es keinen wahren Nutzen, der nicht durch andere, zudem risikolose Mittel erreichbar wäre. Es erhöht in keiner Weise den Wohlstand und das Wohlbefinden der Gesellschaft, und abgesehen von Scheinproblemen löst es kein Problem wirklich. Trotzdem ist das Rauchen durchaus politisch und sozial akzeptiert. Darin liegt also die Irrationalität dieses Verhaltens, das dafür aber, wie bereits erwähnt, nicht weniger als 40 Mio. DALYs jährlich kostet.

Die Tatsache, dass es trotz der bereits erwähnten offensichtlichen Irrationalität nicht an Bedeutung verliert, weist aus kulturkritischer Sicht auf eine starke, kulturell mehrfach gesicherte Verankerung des Rauchverhaltens in unserer Gesellschaft hin.¹⁴ Anthropologische, soziologische, ökonomische und politische Faktoren verankern das Rauchverhalten kulturell fest in unsere Gesellschaft.

Die anthropologische Verankerung

Moralisch sehr relevant ist, dass die Einsichtsfähigkeit und die Entscheidungsfreiheit des Rauchers in Zusammenhang mit seinem Rauchverhalten durch die von der Nikotinsucht verursachte Abhängigkeit eingeschränkt werden können. Mit jeder Abhängigkeit und mit jeder Leidenschaft geht eine geringere oder größere Rationalitätsreduktion einher. Der Tabakabhängige, der in seiner Wahlfreiheit stark eingeschränkt ist, neigt dazu, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Schädlichkeit des Rauchens anzuzweifeln und die Konsequenzen seines Verhaltens herunterzuspielen, so dass die Bereitschaft, sich zu ändern, eher gering ist.¹⁵ Es gibt eine ganze Reihe von Argumenten, die pseudowissenschaftlich nicht zuletzt von der Tabakindustrie entwickelt bzw. unterstützt werden, mit denen er sein Verhalten rechtfertigen kann: rüstige Senioren, die ein Leben lang geraucht hätten; andere gleichwertige Risiken, die in Kauf genommen würden; lieber jetzt genussvoll rauchen, als ein paar Jahre länger vielleicht mit schwerer Krankheit leben zu müssen; usw.

Subjektiv ist die Einsichtsfähigkeit bezüglich der Risiken des Rauchens auch dadurch stark geschwächt, dass die Schäden erst viele Jahre später eintreten. Die große zeitliche Distanz und die Ungewissheit des Eintretens des Schadens – schließlich kann man vorzeitig bei einem Unfall sterben oder irgendwann mit dem Rauchen aufhören – verringern auch die Bereitschaft, für den zukünftigen Schaden schon jetzt die Verantwortung zu übernehmen

und daher die Konsequenzen zu ziehen.

Objektiv ist diese Einsichtsfähigkeit, wie später noch gezeigt wird, auch durch andere Faktoren verringert, welche die Vermittlung des wahren Ausmaßes der Schäden verhindern: Zigarettenwerbung, Berichte über die Überschätzung der Risiken, schlechtes Beispiel von Vorbildern, die Inkonsequenz der beratenden Ärzte, die politische Toleranz der Gesellschaft, die sonst in Gesundheitsfragen kaum bereit ist, Spielraum für hohe Risiken zu tolerieren (vgl. z. B. die Gurtenpflicht beim Autofahren) usw.

Die Einschränkung der Einsichtsfähigkeit hat natürlich eine moralische Relevanz. Niemand trägt moralische Verantwortung für Folgen, die er nicht erahnen konnte, sehr wohl aber für jene, die aufgrund belegbarer Daten vorauszusehen sind. Hier ist daher jeweils zu klären, ob die faktische Einschränkung der Einsichtsfähigkeit selbstverschuldet ist.

Die soziologische Verankerung

Das Rauchen wird stark durch Beispielwirkung unterstützt und verbreitet.¹⁶ Jedes mehr oder weniger öffentliche Rauchen hat eine soziologische Wirkung. Besonders ist das bei Persönlichkeiten wie Politikern, Künstlern, Schriftstellern, Erziehern und Sportlern, ebenso bei Journalisten, Richtern, Wissenschaftlern und Ärzten der Fall. Das Bewusstsein, dass sie dabei einen Beitrag zur Aufrechterhaltung des kulturellen Phänomens leisten und daher Mitverantwortung für den dadurch verursachten Schaden tragen, ist nicht sehr stark ausgeprägt.

Besondere Verantwortung tragen hier die Ärzte. Sie sind die Gesundheitsexperten, die Vermittler der medizinischen Wissenschaft und Berater. Der medizinische Laie kann die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien nicht bewerten. Er ist auf den Arzt als Anwalt des Lebens angewiesen. Ein Arzt weiß, dass Rauchen nicht nur im Krankheitsfall ein schweres Risiko ist, sondern auch, dass es viele tödliche Krankheiten verursachen kann. Nicht-rauchen sollte heute für jeden Arzt als Mittel

erster Wahl für eine allgemeine Prävention gelten. Viele würden das Rauchen aufgeben, wenn der Arzt ihnen ernsthaft sagte, dass die Schädlichkeit gesichert sei. Auf Grund der seit vielen Dekaden vorliegenden Beweise müsste der Arzt jeden Raucher darüber informieren. Wie kann er dies aber, wenn er selber raucht? Erhebungen in Italien ergaben, dass bedauerlicherweise 40% der Ärzte rauchen. In Großbritannien und in den skandinavischen Ländern liegt die Zahl der Ärzte, die rauchen, bereits unter 10%. In Deutschland – und wahrscheinlich ähnlich in Österreich – rauchen rund 20% der Ärzte.¹⁷

Auch derjenige, der sich ganz sicher ist, dass das Rauchen ihm selbst nicht schadet oder nicht mehr schaden kann, hat die moralische Frage nicht gelöst, ob er durch sein Verhalten nicht doch Verantwortung für jene Menschen in seiner Umgebung trägt, die durch sein Verhalten indirekt bestätigt werden und letztlich zu der Gruppe von 5 Mio. Menschen gehören, die jährlich vor der Zeit sterben werden. Es gibt da wohl eine kulturelle und soziale Verantwortung, die moralisch nicht als unbedeutend abgetan werden darf (vgl. Abschnitt IV).

Die ökonomische und die politische Verankerung

Die Tabakindustrie ist weltweit einer der finanzstärksten Industriezweige. Es ist eine sehr gut dokumentierte Tatsache, dass diese ökonomische Stärke gezielt zur kulturellen Verankerung des Rauchens in der Gesellschaft eingesetzt wird.¹⁸ Durch ihre Werbe- und Marketingstrategien erreicht die Tabakindustrie, dass trotz der zunehmenden Zahl der Aussteiger immer mehr Anfänger vor allem unter der Jugend gewonnen werden und so der Markt, von dem sie ihre Macht bezieht, weltweit expandiert.¹⁹ Bis jetzt haben die gesetzlichen Einschränkungen vieler Länder für Zigarettenwerbung kaum eine Wirkung gezeigt. Die Tabakindustrie hat immer Wege gefunden, ihre Umsätze zu halten oder sogar zu steigern.

Die Finanzstärke dieses Wirtschaftszweigs hat natürlich auch ein hohes politisches Gewicht. Dies hat sich z. B. bei der Strategie der Tabakkonzerne zur Verhinderung der EU-Direktive bezüglich des Werbe- und Sponsoringverbots von Tabakprodukten gezeigt. Die Direktive wurde 1989 vorgeschlagen, 1998 beschlossen, 2000 vom Europäischen Gerichtshof auf Betreiben der deutschen Regierung zwar aufgehoben, aber doch 2002 definitiv approbiert. Sie sieht vor, den Werbe- und Sponsoraktivitäten für Tabakprodukte bis 2006 in den Ländern der Europäischen Union ein Ende zu setzen. NEUMAN, BITTON und GLANTZ haben anhand von Protokollen von Philip MORRIS, R. J. REYNOLDS und BROWN and WILLIAMSON, sowie einzelnen veröffentlichten und bestätigten Berichten dokumentiert, wie es der Zigarettenindustrie gelungen ist, diese Direktive mehr als eine Dekade lang zu blockieren. Dabei sind Geldbeträge geflossen, die zum Ankauf von politischem Wohlwollen wirksam gewesen sein dürften.²⁰

Die Tabakbesteuerung ist politisch gesehen ein zweischneidiges Schwert. Ab einer gewissen Besteuerungshöhe hat sie sich dort, wo sie eingeführt ist, als wirksame Maßnahme zur Reduktion des Tabakkonsums erwiesen. Allerdings geraten dabei die öffentlichen Finanzen in eine verhängliche Abhängigkeit vom Tabakverbrauch. Wenn auch die angestrebte Reduktion der Raucher außer Streit steht, so werden doch durch die Tabaksteuer beträchtliche zusätzliche Einnahmen zur Verbesserung des Budgets erzielt, die direkt oder indirekt zur Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen. Es ist eine Frage der politischen Moral, ob der Staat sich eines so gesundheitsschädlichen Produktes bedienen darf, um auf der anderen Seite die Gesundheit zu fördern. Dürfen Gesundheitsschäden (Sterbefälle) und Gesundheitsdienstleistungen (Präventionsmaßnahmen) in einer politischen Entscheidung gegeneinander aufgerechnet werden? Man könnte argumentieren, dass, wenn das Rauchen schon nicht aus der Kultur zu entwurzeln ist,

so doch zumindest die Raucher für den Schaden aufkommen sollen. Aber der Schaden an Gesundheit und Menschenleben ist nicht monetär zu bewerten. Deshalb ist die Besteuerung des Tabaks als Geldquelle der öffentlichen Finanzen eigentlich ein Hindernis, um mit Entschlossenheit seinen Konsum politisch zu bekämpfen. Solange aber dieser politische Wille gegen das Rauchen nicht vorhanden ist, scheint eine starke Tabakbesteuerung, wie von der WHO²¹ empfohlen, trotzdem angebracht.

Ein wirtschaftspolitisches Argument zu Gunsten des Rauchens, das von den Tabaklobbys gerne ins Treffen geführt wird, ist die Zahl der Arbeitnehmer, die weltweit in der Tabakindustrie und -landwirtschaft beschäftigt sind.²² Viele Familien hängen mit ihrem Einkommen von diesen Arbeitsplätzen ab. Dies ist sicherlich ein wichtiger Aspekt aus sozialemethischer Perspektive, der bei der Abwägung von Entscheidungen zur Einschränkung des Rauchens ebenfalls berücksichtigt werden muss. Man sollte aber dieses Argument praktisch-politisch entkräften, indem Beschäftigungsalternativen für diese Menschen geschaffen werden. Vom ethischen Standpunkt aus sind jedenfalls die Arbeitsplätze zur Erzeugung jenes Produkts, das die größte „Epidemie“ unserer Zeit bewirkt, kaum mehr zu rechtfertigen. Deswegen sollten sich die gesundheitsbewussten Nationalstaaten und die internationalen Organisationen bemühen, Alternativen zu schaffen, die einen geordneten Abbau der Tabakindustrie und -landwirtschaft ermöglichen.

Die moralische Frage ist hier, wie ein Industriezweig gerechtfertigt, d. h. zugelassen und sogar gefördert werden kann, dessen Produkte in solchem Ausmaß gesundheitsschädlich sind und objektiv keinen Nutzen bringen, der nicht auch auf eine andere Weise und zudem gefahrlos erreichbar wäre. Es ist kaum verständlich, dass angesichts der fünf Mio. Toten jährlich und dem jährlichen Verlust von 44 Mio. Lebensjahren keine politische Maßnahme gesetzt werden konnte, um der größten Dauer-epidemie aller Zeiten ein Ende zu bereiten.

Aus einer extrem liberalen Position wird argumentiert, dass es nicht Aufgabe des Staates sein kann, die Bürger zu bevormunden. Wenn sich ein freier Markt mit Nachfrage und Angebot bildet, in dem einige Bürger Tabak frei kaufen, den andere produzieren wollen, sollte der Staat es zulassen. Nun entspricht dies aber nicht den Tatsachen. Gerade der hier in diesem Aufsatz verwendete kulturkritische Ansatz zeigt auf, dass ein beträchtlicher Druck auf die Individuen von Seiten der Gesellschaft zur Akzeptanz des Rauchens ausgeübt wird. Erst vor wenigen Jahren wurde schüchtern begonnen, diese Akzeptanz zu hinterfragen, was zur Entstehung einer Antitabakbewegung geführt hat. Es ist eine Tatsache, dass viele Bürger dieser Gesellschaft als Passivraucher ohne ihre Zustimmung, d. h. unter Verletzung ihres Selbstbestimmungsrechts geschädigt werden. Unter diesen Umständen einem individualistischen Liberalismus das Wort zu reden, ist nicht lauter, denn zuerst müssten die Voraussetzungen für die freie Entscheidung der Individuen geschaffen werden. Und das wäre Aufgabe des Staates, der den kulturellen Druck zu Gunsten des Rauchens völlig abbauen und die Nichtraucher schützen sollte, indem jede Art von ungewolltem Passivrauchen (ganz besonders hinsichtlich der Minderjährigen in der Familie) unterbunden wird.

Das Tabakrauchen hat bis vor fünfzig Jahren kaum moralische Fragen aufgeworfen. Erst nachdem medizinische Studien nach und nach die zahlreichen Schadenswirkungen nachgewiesen hatten, begann eine ethische Reflexion, die das ursprüngliche Gewissensurteil des einzelnen Menschen über die sittliche Unbedenklichkeit²³ des Tabakrauchens in Frage stellte. In den letzten fünfzig Jahren hätte sich auf Grund der neuen Erkenntnisse die sittliche Beurteilung radikal verändern müssen. Dies geschah aber nur sehr zögerlich. Sowohl die soziologische wie die politische und ökonomische Verankerung hat eine kulturell sehr wirksame Desinformation der Bürger bewirkt, die immer noch andauert. Deshalb war und

ist es noch zum Teil für den einzelnen Bürger sehr schwer, sich nüchtern ein Bild über die Schäden und über die moralische Relevanz des Rauchens zu machen. Diese Frage soll im nächsten Abschnitt beleuchtet werden.

III. Individualmoralische Bewertung des Rauchens

Die individualethische Beurteilung des Rauchens setzt die moralische Spezifizierung der Handlung „Rauchen“ voraus. Dazu genügt nicht die rein äußere, d. h. physische Beschreibung der Handlung „Herr Müller raucht eine Zigarette“, oder „er raucht so und so viele Zigaretten“. Die Handlung wäre ungenügend beschrieben, denn es wird noch nicht klar, was das Subjekt im moralischen Sinn gewählt hat. Die moralische Identität wird erst eindeutig erkennbar, wenn zumindest ein erstes „Wozu“ der Handlung explizit wird (intentionale Basis handlung).²⁴ Die Handlung des „Zigarettenrauchens“ ist erst moralisch qualifizierbar, wenn man auch die Intention angibt, d. h. das, was man eigentlich mit der Entscheidung zum Tun erreichen will. Darf aus Neugierde die erste Zigarette geraucht werden, auf die keine weitere folgen soll? Sollen der ersten eine zweite, eine dritte oder unbestimmte Anzahl von Zigaretten folgen, sodass langsam die Abhängigkeit entsteht? Raucht jemand eine Zigarette, nachdem er beschlossen hatte, mit dem Rauchen aufzuhören? Soll diese eine nur die „Abschiedszigarette“ sein? In allen diesen Fällen besteht die physische Handlung „Eine Zigarette rauchen“, aber der sittliche Gegenstand der Handlung ist jeweils verschieden, weil der Entscheidungskontext, d. h. in diesem Fall die Absicht, jeweils eine andere ist.

Der von einer einzelnen Zigarette bewirkte Schaden dürfte medizinisch ziemlich irrelevant sein.²⁵ Schädlich ist jedenfalls das nachhaltige, aktive, schwere, aber auch leichte und ebenso das passive Rauchen. Jede einzelne Zigarette eines Kettenrauchers steht

aber in einem biographischen Zusammenhang mit seiner Sucht und muss kausal und daher auch moralisch mit jener Haltung in Beziehung gesetzt werden, durch die schwere Schäden bewirkt werden. Das heißt also, dass die Entscheidung „Eine Zigarette rauchen“ nicht richtig moralisch qualifiziert werden kann, ohne den Rekurs auf die allgemeine Entscheidung „regelmäßig zu rauchen“, von der erstere nur eine Folge oder ein Bestandteil ist. Diese allgemeine Entscheidung muss nicht explizit in einem „Jetzt werde ich formell ein Raucher“ bestehen, sondern kann auch durch die einfache Nichtunterlassung von Zigarettenrauchen zustande kommen, denn jeder muss davon ausgehen, dass er durch regelmäßiges Rauchen tabakabhängig wird. Das heißt konkret: Wer wissen müsste, dass er durch wiederholte Raucherhandlungen zum Gewohnheitsraucher und daher süchtig wird, und dass nur durch Unterlassung von Raucherhandlungen eine Entwöhnung erreicht und er dadurch wieder zum Nichtraucher werden kann, entscheidet sich bewusst oder unbewusst auch bei jeder einzelnen Zigarette dafür, Raucher zu sein oder zu bleiben. Da gibt es bereits ein klares, moralisch relevantes „Wozu“ der Handlung „eine Zigarette zu rauchen“. Und was ist nun die moralische Qualität dieser Handlung?

Eine Handlung ist (sittlich) gut, wenn sie gemäß der Vernunft gewählt wird. Bekanntlich ist die sittliche Tugend ein Habitus des Wählens gemäß der Vernunft.²⁶ Die moralische Qualität der Handlung ergibt sich aus ihrer Übereinstimmung mit der Tugend, die also das Vernunftgemäße angibt. Wenn es um das Tabakrauchen geht, müsste man überprüfen, wie das Raucherverhalten mit den Tugenden des Maßes und der Gerechtigkeit in Übereinstimmung zu bringen ist. Anhand dieser zwei Kardinaltugenden kann geklärt werden, wann Rauchen eine vernunftgemäße Tätigkeit ist und wann nicht.

Die Tugend des Maßes²⁷ ist jene, die das sinnliche Begehren moderiert, das wiederum auf das, gemäß der Wertung der Sinne, als lustvoll Erscheinende aus ist. Sie unterwirft also

das Begehren dem Urteil der Vernunft. Der Raucher begehrt das Tabakrauchen. Nun ist die Frage: Welches Maß an Tabakkonsum ist noch vernünftig? Wann wird zu viel geraucht? Wie kann die Vernunft beim Rauchen das Maß bestimmen? Auf Grund von gesicherten medizinischen Erkenntnissen über das schwere und leichte Zigarettenrauchen und über das Passivrauchen kann man vernünftigerweise nur sagen, dass das von der Vernunft dosierte Maß in den meisten Fällen (jedenfalls für den tabakabhängigen Raucher) mit null Zigaretten anzusetzen wäre.

Verstößt also jede Zigarette gegen die Tugend des Maßes? Ja und nein. Ja, wenn es sich um einen nachhaltigen oder einen angehenden oder einen abgewöhnungswilligen Raucher handelt. Die allerletzte Zigarette des Rauchers, der bereits entschieden hat, damit sofort aufzuhören, würde nicht unmäßig sein, ebenso wenig wie jene andere, die gelegentlich konsumiert wird, ohne jede Absicht weiter zu rauchen. Für den werdenden Raucher oder für den Gewohnheitsraucher hingegen ist jede zusätzliche Zigarette eine Zigarette zuviel. Wenn jemandem nur mit Mühe eine Entwöhnung gelungen ist, wäre dieser wahrscheinlich schon unmäßig, wenn er nur eine Zigarette rauchte, auch dann, wenn er nicht die Absicht hätte, wieder zu rauchen, zumal das Rückfallsrisiko bekanntlich sehr groß ist.²⁸ Rückfälle werden meistens nicht beabsichtigt, sie passieren einfach!

Anhand dieses letzten Falles lässt sich auch aufzeigen, dass nicht alle Verstöße gegen die Mäßigung das gleiche moralische Gewicht haben. So verstößt die eine Zigarette, die den Entwöhnungsprozess unwirksam macht, in größerem Ausmaß gegen die Tugend der Maßhaltung als viele vom abhängigen Raucher mit Routine gerauchte Zigaretten.

Prinzipiell kann eine einzelne Zigarette mit der Tugend des Maßes durchaus in Einklang stehen. Dies wird der Fall sein, wenn es sich um einen Gelegenheitsraucher handelt, der ab und zu daran Spaß hat, eine Zigarette zu rauchen, ohne sich dadurch in die Gefahr der

Sucht zu begeben. Denn, wie erwähnt, eine einzelne isolierte Zigarette bewirkt kaum einen merklichen Schaden. In der Regel darf man davon ausgehen, dass der Organismus dieses geringfügige Rauchen verkraftet.²⁹ Theoretisch könnte man sagen, dass für diese Raucher der Gesamteffekt des Rauchens positiv ist, weil das psychische Wohlbefinden des geringfügigen Rauchens auch einen Nutzen haben könnte, der weit höher liegt als der mutmaßliche Schaden. Dies klingt plausibel, bleibt aber hypothetisch, denn dafür gibt es keinen Beweis. Man muss aber auch beachten, dass die meisten Menschen als Gelegenheitsraucher beginnen, aber davon nur 3 bis 5% vor der Schwelle der Tabakabhängigkeit Halt machen können.³⁰ D. h. jede gerauchte Zigarette birgt ein beträchtliches Risiko in sich, zur Sucht zu führen. Man kann daher nicht ohne weiters sagen, dass das Tabakrauchen vor der Abhängigkeit moralisch bedenkenlos ist.

Zur moralischen Qualifikation muss das Rauchen auch im Hinblick auf die Gerechtigkeit geprüft werden. Diese Tugend ordnet die Beziehungen zu Gott³¹ und zu den Mitmenschen gemäß der Vernunft. Die schweren Verstöße gegen das Leben, auch gegen das eigene, sind deshalb Verstöße gegen die Gerechtigkeit, weil weder das fremde menschliche noch das eigene Leben zur uneingeschränkt freien Disposition stehen. Dieser Grundsatz wird für das fremde Leben als ein Gut, das nicht uns gehört, nicht in Frage gestellt. Er gilt aber auch für das eigene Leben, dessen Nutznießer und Verwalter, aber nicht Eigentümer wir sind. Das Leben ist eine Gabe, und zwar nicht nur für das Subjekt dieses Lebens allein, sondern auch für sein menschliches Umfeld, eine Gabe, die sowohl zur Gerechtigkeit gegenüber dem Schöpfer als auch gegenüber den anderen durch jenes Leben beschenkten Menschen verpflichtet. Wir sind Gott irgendwie auch unsere körperlichen Vermögen schuldig. Die Tugend, die darauf achtet, dass der Mensch dem Schöpfer das Geschuldete zurückgibt, ist die der Religion,³²

die ihrerseits zur Tugend der Gerechtigkeit (*pars potentialis*³³) gehört. Die durch die medizinischen Befunde gestützte Sterbestatistik besagt, dass der Langzeitraucher eine um ca. 7 bis 11 Jahre geringere Lebenserwartung hat, d. h. der Raucher muss je nach Alter und Raucherjahren mit einem vorzeitigen Tod rechnen. Die Entscheidung für eine Lebensverkürzung von solchem Ausmaß würde wider die Vernunft sein, die in diesem Fall durch die Tugend der Gerechtigkeit gewahrt wird. Das Gegenargument der Autonomie des Menschen greift hier nicht richtig, denn die direkt oder indirekt gewollte Verkürzung des Lebens ist kein eigentlicher Akt der Selbstbestimmung, sondern vor allem deren Aufhebung durch die verzögerte Zerstörung seiner Selbst.³⁴

Die Gerechtigkeit und viel mehr noch die Nächstenliebe können zuweilen ein hohes Lebensrisiko legitimieren oder sogar einfordern. Es gibt moralisch wertvolle Güter, zu deren Erlangung eine Handlung legitim werden könnte, die eine mögliche letale Nebenwirkung hat. Mit anderen Worten: diese darf in Kauf genommen werden. Das ist der Fall, wenn es z. B. darum geht, ein oder mehrere Menschenleben zu retten. In solchen Fällen kann man zur Abwägung der Güter die Regel der Handlung mit Doppelleffekt³⁵ anwenden. Für das Rauchen finden diese Regeln jedoch keine Anwendung, weil nicht vorstellbar ist, dass mit Tabakrauchen ein höheres Ziel erreichbar wäre. Die sittliche Qualität der Handlung des Rauchens ist – unabhängig von der konkreten zusätzlichen Absicht – von der Tatsache bestimmt, dass das Rauchen auf jeden Fall die Gesundheit beeinträchtigt und das Leben verkürzt. Nicht wenige Raucher, die vor die unbestreitbare Tatsache der Lebensverkürzung durch Tabakrauchen gestellt werden, behaupten, sie zögen den unmittelbaren „Nutzen“ des häufigen Nikotinkicks – Entspannung und Wohlbefinden – dem Schaden durch Krankheit und Lebensverkürzung vor. Bei dieser Aussage wird ein relativ gegenwärtiges, aber minderwertiges und durchaus ersetzliches Gut –

Genuss durch Tabakrauchen – gegen ein zukünftiges, hochwertiges und unverzichtbares Gut – Lebensjahre – eingetauscht. Die Verantwortungslosigkeit bei diesem Tausch zeigt sich schon darin, dass dieser meistens zu spät rückgängig gemacht werden will, wenn beim Eintritt des irreversiblen Ernstfalles – z. B. Krebskrankheit, Herzinfarkt – das Rauchen doch noch aufgegeben wird, in der Hoffnung, dass die Krankheit wenigstens nicht zum Tode führt.

Was besonders schwer mit der Gerechtigkeit und mit der Nächstenliebe in Einklang zu bringen ist, sind die Gesundheitsschäden, die das Rauchen bei Dritten ohne deren Zustimmung bewirkt. Rauchen stellt in vielen Fällen eine Missachtung der Selbstbestimmung von Drittpersonen dar und bewirkt eine Verletzung von deren körperlichen Integrität bis hin zur unfreiwilligen Verkürzung des Lebens. Dies betrifft z. B. das Rauchen am Arbeitsplatz. Es gibt auch ausreichende wissenschaftliche Beweise dafür, dass die Wirkungen des Passivrauchens in der Familie nicht unerheblich sind.³⁶ Das Rauchen ist also auch eine Verfehlung gegen die Gerechtigkeit und gegen die Nächstenliebe in vielen Fällen, wo gegenüber den Kindern (ganz besonders den ungeborenen Kindern in der Schwangerschaft) oder dem Ehepartner diese Tugenden besonders angezeigt wären.

Man kann also zusammenfassend sagen, a) dass das nachhaltige Rauchen prinzipiell gegen die Mäßigkeit und gegen die Gerechtigkeit verstößt und daher moralisch nicht legitimiert werden kann, und b) dass das Gelegenheitsrauchen des nicht süchtigen Tabakgenießers per se nicht gegen diese Tugenden verstößt, und daher nicht prinzipiell unsittlich ist.

Diese Urteile liegen allerdings auf der prinzipiellen Ebene, d. h. sie können nicht auf jeden nachhaltigen oder gelegentlichen Raucher ohne weitere Abwägung seiner individuellen Situation angewandt werden. Obwohl das Rauchen an sich objektiv Schaden anrichtet, den niemand verantworten will, befinden sich faktisch viele Raucher mehr oder weniger

unbewusst in einer psychologischen und soziokulturellen Lage, die sie sich nicht selbst ausgesucht haben und die sie daher nicht oder nur zum Teil zu verantworten haben. Deswegen ist es sehr angebracht, gemeinsam mit anderen Bioethikern,³⁷ die diese Frage behandeln, bei der moralischen Beurteilung des Tabakrauchens zwischen objektiver und subjektiver Verantwortung bzw. Verfehlung zu unterscheiden. Subjektiv bedeutet in diesem Zusammenhang subjektbezogen, d. h. dass alle besonderen Umstände des handelnden Subjektes in der Beurteilung berücksichtigt werden. Es entspricht dem Begriff der formalen Moralität der klassischen Moralphilosophie im Gegensatz zu der materiellen (objektiven) Sittlichkeit, die auf der Ebene der Prinzipien liegt. Die moralisch subjektive (formale) Verantwortung kann durchaus geringer als die objektive prinzipielle ausfallen.

Im Zusammenhang mit der subjektiven Verantwortung ist die Frage des Einflusses der Tabakabhängigkeit auf das Gewissensurteil von Bedeutung. Eine Sucht löst ähnlich wie eine Leidenschaft ein starkes sinnliches Begehren aus, das vom Willen nicht leicht steuerbar ist, weil ein Unterdrücken des Begehrens mit einem nachhaltigen psychosomatischen Unwohlsein einhergeht. Der Tabakabhängige wird versuchen, sein Nachgeben zu legitimieren, und daher dazu neigen, so lange wie möglich an der Glaubwürdigkeit des medizinischen Urteils zu zweifeln, oder sich mit der Möglichkeit von Irrtümern, Fehleinschätzungen und Übertreibungen sowie letztlich mit der Ungewissheit zu rechtfertigen, ob ihn der Schaden wie so viele andere überhaupt treffen muss. Seine Argumentation wird von den oben erwähnten kulturellen Verankerungsfaktoren (vgl. Abschnitt II) des Tabakrauchens wirksam unterstützt. Es ist heute für den einzelnen Menschen auf Grund der oben erwähnten kulturellen Desinformation wirklich nicht leicht, sich über das Tabakrauchen ein sachliches Urteil zu bilden. Der Süchtige als Betroffener ist befangen und hat es daher noch schwerer.

Das Ausmaß der Entlastung von seiner Verantwortung beim einzelnen Raucher wird von Fall zu Fall je nach den Umständen verschieden sein. Man kann aber nicht davon ausgehen, dass die erwähnten Faktoren schon ausreichen, um generell eine totale Entlastung zu bewirken. Denn man kann dabei weder von einem Verlust der Wahlfreiheit noch von einem unüberwindlich irrigen Gewissen sprechen. Nur in solchen Fällen wäre eine totale Entlastung denkbar. Die Verankerungsfaktoren können für Raucher ein mehr oder weniger schweres Hindernis sein, die Folgen ihres Verhaltens richtig einzuschätzen. Wenn außerdem die Sucht zu einer Zeit entstand, als das Tabakrauchen noch allgemein als ethisch unbedenklich galt, kann die Abhängigkeit nicht als schuldhaft bezeichnet werden. Ab dem Zeitpunkt aber, in dem ein solcher Raucher über die Sachlage aufgeklärt wurde, trägt er auch eine moralische Verantwortung. Diese wird allerdings weniger bedeutend sein als die jenes Rauchers, der erst mit dem Rauchen beginnt, wenn er schon über das Wissen verfügt, welche Schuld er möglicherweise auf sich laden wird.

Man darf hier nicht unerwähnt lassen, dass die Verdrängung³⁸ der möglichen individuellen Verantwortung im Zusammenhang mit dem Tabakrauchen ebenso wie mit manchen anderen aktuellen Phänomenen weit verbreitet ist. Die Verdrängung und die Wahrheitsverweigerung sind Haltungen, die in der Kultur der Postmoderne in den verschiedensten Zusammenhängen üblich geworden sind. Man darf aber nicht davon ausgehen, dass die Verdrängung der moralischen Dimension einer Handlung die Entlastung des Gewissens bewirken kann. Im Gegenteil, Verdrängung heißt, sich auf keinen Gewissensdiskurs einzulassen oder ein rationales Hinterfragen von Verhalten zu suspendieren bzw. sich mit vordergründigen und ungenügenden Argumenten zu begnügen. Für eine derartige Haltung ist das Subjekt verantwortlich, denn es agiert willentlich unter Ausschaltung des Gewissens.

Es sei aber noch angemerkt, dass hier kei-

ne allgemeingültigen moralischen Urteile ausgesprochen, sondern nur Kriterien für eine Beurteilung ausgearbeitet werden können, die aber auf partikuläre Umstände angewandt werden sollten. In moralischen Fragen ist nur jeder einzelne für sich in der Lage, nach objektiven Kriterien im Gewissen Urteile zu fällen. Das gilt auch für den Raucher. So bedauerlich es ist, wenn jemand süchtig geworden ist, sollte man sich hüten, ihn konkret zu verurteilen, auch dann, wenn der Sachverhalt ziemlich klar zu sein scheint. Die oben erwähnte starke kulturelle Dimension des Phänomens Tabakrauchen, welche sowohl die Einsicht über seine Schädlichkeit als auch die Wahlfreiheit des Rauchers einschränken kann, vermag das Gewissen des Rauchers moralisch stark zu entlasten. Deshalb muss bei diesem Phänomen besonders auf die kulturethische Verantwortung geachtet werden.

IV. Tabakrauchen aus kultur- und sozialetischer Perspektive

Als Kultur- und Sozialethik versteht man jene Teile der Moralphilosophie, die die kulturellen und sozialen Institutionen und Phänomene im Hinblick auf ihre Förderung oder Behinderung der Verwirklichung des Guten in dieser Kultur hinterfragt und die Werte und die Kriterien, die für diese Hinterfragung notwendig sind, festlegt. Aus einer kultur- und sozialetischen Perspektive gesehen, ist ein Phänomen, das jährlich rd. 5 Mio. Menschen im Durchschnitt um 10 Lebensjahre bringt, einfach indiskutabel. Es handelt sich nicht um eine unabwendbare Naturkatastrophe, die einfach hinzunehmen ist, sondern letztlich um Menschenwerk. Auf Naturkatastrophen reagiert man mit Maßnahmen zur Prävention. Man sollte annehmen, dass es noch viel leichter ist, schädliche Menschenwerke abzustellen, schließlich ist der Mensch ein Vernunftwesen. Der Fall des Tabakrauchens ist nicht der einzige, der zeigt, dass diese Annahme

falsch ist. Die Gesellschaftsdynamik von kulturellen Phänomenen wird meistens von Interessenskollisionen geprägt und folgt für gewöhnlich nicht den Gesetzen der Vernunft.

Das Tabakrauchen als kulturelles Phänomen hätte nach dem oben Gesagten keine Existenzberechtigung mehr. Deshalb müsste jeder Bürger einer Gesellschaft, in der diese Kultur herrscht, so handeln, dass das Phänomen bald ausläuft; d. h. jeder müsste dazu beitragen, dass die Verankerungsfaktoren unwirksam gemacht werden, wobei aus der sozialetischen Perspektive vor allem die soziologische, die ökonomische und die politische Verankerung relevant sind.

Das Rauchen wird nicht mehr salonfähig sein und aus der Öffentlichkeit verschwinden, wenn Meinungsbildner, d. h. Persönlichkeiten wie Politiker, Künstler, Schriftsteller und Sportler ebenso wie Journalisten, Richter, Ärzte und Wissenschaftler sich ihrer Verantwortung bewusst werden und nicht mehr rauchen, wenn Ärzte darüber hinaus ihren Patienten dringend raten, präventiv sofort mit dem Rauchen aufzuhören, und wenn in Filmen, in der Werbung und im Theater das Rauchen nicht als „cool“ dargestellt wird, sondern im Gegenteil als unvernünftig, ungerecht und unsolidarisch. So kann die soziologische Verankerung gelöst werden. Aus dieser sozialetischen Perspektive resultiert daher eine individual-ethische Verantwortung für all jene, die den Lebensstil stärker prägen als der Durchschnitt der Bürger. Diese schwere Verantwortung darf nicht abgeschüttelt werden.

Die Politiker sind Träger der politisch-ethischen Verantwortung. Die Haltung der Politik gegenüber Tabak muss sich ändern und eindeutiger werden: Jede direkte oder indirekte Förderung der Tabakindustrie oder -landwirtschaft sollte abgestellt werden; die Schaffung neuer alternativer Arbeitsplätze für all jene, die in der Tabakwirtschaft beschäftigt sind, muss politisch gefördert werden, z. B. durch Begünstigungen für Betriebsgründungen in der Nähe von Zigaretten-Produktionsstätten. Na-

türlich sollten auch strengere Auflagen bei der Tabakproduktion und beim Handel gesetzlich festgelegt werden, ähnlich den Auflagen bzgl. krebserregender Nahrungsmittel.

Es stellt sich auch die Frage, ob sich nicht aus dieser sozialetischen Perspektive die Verantwortung des Gelegenheitsrauchers anders darstellt. Wie erwähnt, verursacht er weder an sich selbst noch an Dritten nennenswerte gesundheitliche Schäden. Mit seinem Rauchen in der Öffentlichkeit wird er aber die Salonfähigkeit des Rauchens verstärken, und zumindest indirekte Impulse zum Tabakverbrauch geben, die eine Beispielwirkung haben. Man wird schwer einen Titel finden können, um ihm zu verbieten, hin und wieder zu rauchen. Wenn er aber davon nicht abzubringen ist, sollte er es fern von der Öffentlichkeit tun.

V. Ungleiche Behandlung von Tabakrauchen und Alkoholkonsum

Die Argumente, die gegen eine moralische Verurteilung bzw. gegen öffentliche Restriktionen bezüglich des Tabakrauchens angeführt werden, sind verschieden. Meistens kreisen sie um die Einschränkung der Freiheit des Menschen und stellen Vergleiche mit anderen Risiken auf, die zugelassen werden. Man argumentiert mit einer Reduktion *ad absurdum*: wenn das Tabakrauchen unmoralisch ist, weil es das Leben verkürzt, müsste man konsequenterweise auch das Leben in Städten mit großer Luftverschmutzung als unmoralisch bezeichnen, weil auch diese lebensverkürzende Krankheiten verursache. Dann wäre es aber die Pflicht der Bürger, aus diesen Städten auszuwandern. Da dies absurd wäre und von niemandem akzeptiert werden könnte, sei die Verurteilung des Tabakrauchens nicht richtig. Man könnte noch viele ähnliche Vergleiche konstruieren. Sie zu entkräften wäre auch nicht schwer. Hier wollen wir aber nicht dieses Beispiel³⁹ behandeln, sondern ein anderes, das eine größere Ähnlichkeit mit dem Tabakrauchen hat: den Alkoholkonsum.

Das Argument bzgl. des Alkohols lautet: Alkohol verursacht immerhin jährlich 1,8 Mio. Sterbefälle (davon 1,6 Mio. Männer).⁴⁰ Sie verlieren im Durchschnitt 31 gesunde Jahre (DALYs). Das heißt, durch Alkohol sterben zwar weniger Leute, es gehen aber sogar mehr gesunde Lebensjahre verloren (56 Mio.) als durch Tabak. Daher sollte man also bei der ethischen Beurteilung des Alkohols ähnlich vorgehen, und für den Alkohol müssten auch ähnliche Maßnahmen wie für den Tabak gelten. Dazu wäre folgendes zu sagen:

- a) Es gibt große Unterschiede zwischen Alkohol und Tabak. Während man aus dem oben Gesagten davon ausgehen kann, dass Tabakrauchen prinzipiell für den Raucher und sein Umfeld schädlich ist, hat der maßvolle Alkoholkonsum positive gesundheitliche Wirkungen und ist daher diätetisch als wertvoll zu betrachten.
- b) Die Alkoholabhängigkeit gilt seit urdenklichen Zeiten als moralisch verwerflich. Es muss also nicht verlangt werden, bei Alkohol ähnlich wie bei Tabak zu argumentieren. Es ist sogar umgekehrt: Man sollte fordern, aufzuhören, die Tabakabhängigkeit im Gegensatz zu jener des Alkohols als ethisch unbedenklich anzusehen.
- c) Für Schäden, die an Dritten durch Alkoholmissbrauch verursacht werden, sind in allen Gesetzgebungen schwere Strafen vorgesehen. Erst jetzt beschäftigen sich die Regierungen mit dem Schutz der unfreiwilligen Passivraucher. Von einer Bestrafung der Raucher wegen der Verursachung von Schäden ist man aber noch weit entfernt.

Referenzen

- 1 WORLD HEALTH ORGANISATION, *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*
- 2 In einem offiziellen Dokument der WHO wird das Tabakrauchen sogar als „silent killer“ bezeichnet: vgl. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact221.html>
- 3 WORLD HEALTH ORGANISATION, *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Annex Table 11
- 4 Als Raucher gilt in diesem Artikel der Tabakabhängige, der nachhaltig täglich raucht. Einige wenige Zigaretten pro Tag genügen im Allgemeinen, um die Abhängigkeit zu bewirken.
- 5 Eine gute Übersicht ist in HAUSTEIN K. O., *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smo-*

- king, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg (2003). Einen kürzeren Überblick bietet KUMMER F., *Zigarettenrauchen als Kausalfaktor für Gesundheitsschäden*, Imago Hominis (2003); 10: 211-222 und POPPER H., *Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen*, Imago Hominis (2004); 11: 35-41
- 6 DYER O., *Harm from smoking is even greater than previously thought*, Br Med J (2002); 324: 1544
- 7 Ein Überblick über die Literatur zu diesem Thema ist in LEITHNER C., EXNER I., *Problematik des leichten Rauchens*, Imago Hominis (2003); 10: 233-239
- 8 NEUNTEUFL T., KATZENSCHLAGER R., HASSAN A., KLAAR U., SCHWARZACHER S., GLOGAR D., BAUER P., WEIDINGER F., *Systemic endothelial dysfunction is related to the extent and severity of coronary artery disease*, Atherosclerosis (1997); 129: 111-118
- BEHRENDT D., GANZ P., *Endothelial function. From vascular biology to clinical applications*, Am J Cardiol (2002); 90: 40L-48L
- HAUSTEIN K. O., *Rauchen oder Nikotin als Ursache von Herzkreislauferkrankungen und Möglichkeiten der Behandlung der Nikotinabhängigkeit*, Dtsch Med Wschr (1999); 124: 363-369
- BARUA R. S., AMBROSE J. A., EALES-REYNOLDS L. J., DEVOE M. C., ZERVAS J. G., SAHA D. C., *Heavy and light cigarette smokers have similar dysfunction of endothelial vasoregulatory activity: an in vivo and in vitro correlation*, J Am Coll Cardiol (2002); 39: 1758-1763
- ELIASSON M., ASPLUND K., EVRIN P. E., LUNDBLAD D., *Relationship of cigarette smoking and snuff dipping to plasma fibrinogen, fibrinolytic variables and serum insulin. The Northern Sweden MONICA Study*, Arteriosclerosis (1995); 113: 41-53
- 9 VOIGT M., HESSE V., WERMKE K., FRIESE K., *Rauchen in der Schwangerschaft, Kinderärztliche Praxis* (2001); 72: 26-29
- VOIGT M., FRIESE K., HESSE V., *In welchem Umfang erhöht sich bei gleicher Schwangerschaftsdauer der Anteil Neugeborener mit einem Geburtsgewicht ≤ 2499 g bzw. der Anteil hypotropher Neugeborener in Abhängigkeit vom täglichen Zigarettenkonsum gegenüber Neugeborenen von Nichtraucherinnen?*, Posterpräsentation: 118. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hamburg 2002
- 10 GROMAN E., BLAUENSTEINER D., KUNZE U., SCHOBERBERGER R., *Carbon monoxide in the expired air of smokers who smoke so-called "light" brands of cigarettes*, Tob Control (2000); 9: 352
- 11 vgl. <http://www.health.gov.au/nhmrc/advice/nhmrc/> (1. 7. 2003)
- 12 Einen Überblick und eine Bewertung der Literatur zu diesem Thema ist in NEUBERGER M., *Passivrauch: eine krankmachende Luftverschmutzung*, Imago Hominis (2003); 10, Heft 4 223-231 enthalten.
- 13 BONELLI J., FELSENSTEIN K., *Rauchen schadet jedem*, Imago Hominis (2004); 11: 51-54
- 14 PRAT E., *Körpervergessenheit: Warum sich Männer zu Tode rauchen*, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ, *Psychosoziale Aspekte der Männergesundheit*, Druckerei des BMSGK (in Druck)
- 15 HOFMANN P., BONELLI R., *Psychiatrische Aspekte des Rauchens*, Imago Hominis (2004); 11: 43-49
- 16 DALTON M. A. et al., *Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study*, The Lancet online, June 10, 2003
- 17 VALENTINI G., *Medico Fumatori? No, grazie*, in: Meditimo (1994); 8: n. 3, Zitiert nach CICCONE L., *Bioetica. Storia, principi, questioni*, Ed. Ares, Mailand (2003), S. 357
- STATISTISCHES ZENTRALAMT, *Mikrozensus 1994* (unveröffentlicht), zitiert von HAUSTEIN K. O., *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg (2003), S. 21
- 18 Als Übersichtsartikel vgl. MACKENZIE T. D., BARTECCHI C. E., SCHRIER R. W., *The Human Costs of Tobacco Use*, NEJM 330: 907-911, 975-980 und auch LEE C. H. Y., GLANTZ S. A., *The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland*, <http://www.library.ucsf.edu/tobacco/swiss/index.html>
- 19 MACKENZIE T. D., BARTECCHI C. E., SCHRIER R. W., *The Human Costs of Tobacco Use*, N Engl J Med 330: 907-911, 975-980
- 20 NEUMAN M., BITTON A., GLANTZ S., *Tobacco Industry strategies for influencing European Community tobacco Advertising legislation*, Lancet (2002); 359: 1323-1330
- 21 WORLD HEALTH ORGANISATION, *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, S. 124
- 22 Kaum zu fassen ist, dass europäische Tabakbauern von der EU mit mehr als 1 Mrd. Euro subventioniert werden! (Vgl. HAUSTEIN K. O., *Tobacco or Health?* a. a. O., S. 405-407)
- 23 Natürlich galt auch vor fünfzig Jahren der Tabakmissbrauch als unsittlich. Der Tabakmissbrauch lag aber erst vor, wenn eine weit über der Suchtschwelle liegende Rauchmenge konsumiert wurde. Passivrauchen und leichtes Rauchen wurden für völlig unbedenklich gehalten.
- 24 RHONHEIMER M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 96ff
- 25 POPPER H., *Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen*, Imago Hominis (2004); 11: 35-41
- 26 ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, II, 6 1106b 36 1107a 2
- 27 Das Konzept der Kardinaltugenden besteht darin, jedem menschlichen Strebevermögen jeweils die Tugend zuzuordnen, die den Vollzug dieses Vermögens vervollkommenet, d. h. es auf das Vernunftgemäße ausrichtet. (RHONHEIMER M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 192ff)
- 28 HOFMANN P., BONELLI R., *Psychiatrische Aspekte des Rauchens*, Imago Hominis (2004); 11: 43-49
- 29 POPPER H., *Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen*, Imago Hominis (2004); 11: 35-41
- 30 Ich verdanke Prof. Manfred NEUBERGER (Wien) einige noch unveröffentlichte Schätzungen von internationalen Experten, die diese Zahl unterstützen. Sie fallen je nach Ländern verschiedenen aus. Vgl. auch ZHU S. H., SUN J., HAWKINS S., PIERCE J., CUMMIS S., *A population study of low-rate smokers: quitting history and instability over time*, Health Psychology (2003); 22: 245-252; GILPIN E. A., CAVIN S. W., PIERCE J. P., *Adult smokers who do not smoke daily*, Addiction (1997); 99: 473-480
- 31 Das hier vorgelegte Argument ist nicht ein religiöses, sondern ein philosophisches. Es gründet nicht auf einer bestimmten göttlichen Offenbarung, sondern allein auf der Vernunft. Der Autor legt Wert auf diese Feststellung, weil heute sogar im akademischen Diskurs jede Rede von Gott immer als religiöses Argument zurückgewiesen wird.
- 32 Die Tugend der Religion bezieht sich auf die Haltung des Menschen Gott gegenüber und ist ein ethischer Begriff, der zunächst, so wie er hier verwendet wird, von den konkreten Gottesbildern und religiösen Auffassungen unabhängig ist.
- 33 VON AQUIN T., *Summa Theologiae*, II-II, Q 80
- 34 PRAT E. H., *Zur Frage der Selbstbestimmung: Gibt es ein Recht*

- darauf sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden?*, in: BONELLI J., PRAT E. H., *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer Verlag, Wien (2000), S. 61-72
- 35 Für die Zulässigkeit von Handlungen mit Doppelleffekt, d. h. mit positiven und negativen Folgen, gelten folgende Regeln: 1. Die negative Folge der Handlung darf nicht zum Ziel werden. Sie muss, soweit es geht, sogar vermieden werden. 2. Die negative Folge muss objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung einer solchen Handlung sein. 3. Die negative Folge muss in einer angemessenen Proportion zum Zweck der Handlung stehen.
- 36 NEUBERGER M., *Passivrauch: eine krankmachende Luftverschmutzung*, *Imago Hominis* (2003); 10: 223-231
- 37 CICCONE L., *Bioetica: Storia; principi, questioni*, Editioni Ares, Milano (2003), S. 352ff
- SGRECCIA E., *Manuale de Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano (1966), 2. Band, S. 228
- 38 Zur Verdrängung und Wahrheitsverweigerung in Zusammenhang mit dem Tabakrauchen vgl. PRAT E. H., *Körpervergesenheit. Warum sich Männer zu Tode rauchen*, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ, *Psychosoziale Aspekte der Männergesundheit*, Druckerei des BMSGK, Wien 2004 (in Druck)
- 39 Zur Lösung des Beispiels Luftverschmutzung vs. Rauchen: Beim Rauchen ist die Frage, ob der frei gewählte Entschluss zur Handlung Rauchen gut oder schlecht ist. Eine andere ist die moralische Fragestellung der Luftverschmutzung: Wie soll auf die bestehende und bedrohende Verschmutzung durch Verkehr und Industrie in der Stadt richtig reagiert werden? Die Geschichte der Ökologie zeigt, dass die Reaktion auszuwandern nicht gefordert werden kann, sondern politisch die Reduktion der Verschmutzung durchzusetzen ist, wie es in vielen europäischen Städten in den letzten 20 Jahren vorexerziert wurde.
- 40 WORLD HEALTH ORGANISATION, *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Annex Table 11

SCHWERPUNKT

Rauchverhalten und Schädlichkeitsbewusstsein

Michael KUNZE

Zusammenfassung

Tabakrauchen ist die bedeutendste (vermeidbare) Krankheitsursache in den Industrieländern. Die Tabakabhängigkeit wird gemäß ICD 10 (International Classification of Diseases) als Krankheit angesehen, die diagnostiziert und therapiert werden kann und muss. Die Epidemiologie des Tabakkonsums in Österreich wird ausführlich dargestellt und das „Nikotin-Präabstinenz-Syndrom“ erläutert. In Österreich ist davon auszugehen, dass es 53% dissonante RaucherInnen gibt, also KonsumentInnen von Tabak, die ihr Verhalten als problematisch ansehen. Nur 47% der RaucherInnen sind sogenannte konsonante, d. h. ihre Einstellung und ihr Verhalten stimmen überein, sie nehmen das bekannte Risiko in Kauf. Wenn man den österreichweiten Diagnostik- und Therapiebedarf darlegt, so wird das große Defizit zwischen dem Angebot und dem Bedarf deutlich, es wird daher eine der wesentlichen Aufgaben in Zukunft sein, die entsprechenden Leistungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet zu erbringen. Erste vielversprechende Ansätze werden unter anderem vom Nikotin-Institut und dem Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien gemeinsam mit der NÖ Gebietskrankenkasse durchgeführt.

Schlüsselwörter: Rauchverhalten, Schädlichkeitsbewusstsein, Nikotin-Präabstinenz-Syndrom, Therapiebedarf

Abstract

Tobacco smoking is the most important (avoidable) cause of diseases in the industrial society. According to the ICD 10 (International Classification of Diseases), addiction to tobacco is a disease, which can and should be diagnosed and treated. The epidemiology on the tobacco consumption in Austria is shown and defined as "Nicotine Prae-abstinence Syndrome". In Austria one can assume that there are 53% dissonant smokers, in other words, people who are smoking tobacco and who consider their habit as being a problem for them. Only 47% of the smokers are considered to be so-called consonant smokers i. e. their attitude and behaviour as being conformed and readily accept the known risks involved. Supposing the future Austrian-wide need for diagnostic and therapy and the present supply, future efforts must be concentrated on increasing the possibilities for diagnostic and therapy to meet the increasing demand. A promising beginning is the Nicotine Institute and the Institute for Social Medicine at the University of Vienna in co-operation with the Lower Austrian Health Insurance System.

Keywords: Smoking Habits, Awareness of Dangers Involved, Nicotine Prae-abstinence Syndrome, Demand for Therapy

Anschrift des Autors: Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien
Rooseveltplatz 3/1, A-1090 Wien

Tabakassoziierte Erkrankungen

Einer von zwei Langzeitrauchern stirbt durch den Konsum von Tabak. In den hochentwickelten Ländern wird die Hälfte dieser Raucher über 70 Jahre und die andere Hälfte wird vor Erreichen des siebzigsten Lebensjahres an den Folgen des Tabakkonsums sterben. Diejenigen Raucher, die vor ihrem siebzigsten Lebensjahr sterben, verlieren mehr als 20 Jahre ihres Lebens. Zigarettenrauchen ist die größte Einzelursache für Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle in Europa. 1985 starben etwa 800.000 Europäer an den Folgen des Tabakkonsums. Etwa 90% der Lungenkrebstodesfälle, 75% der Todesfälle, die von chronischer Bronchitis und obstruktiven Atemwegserkrankungen herrühren, werden durch das Rauchen verursacht. Es zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen Rauchen und Karzinomen der Mundhöhle, der Zunge, des Pharynx, des Larynx, des Ösophagus und der Harnblase. Tabakkonsum ist auch an der Entstehung vom Karzinom des Pankreas, der Niere und der Zervix untern beteiligt. Das Zigarettenrauchen stellt einen der wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen dar.

Die Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit ist ein volksgesundheitlich wesentliches Anliegen und beruht auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen.

Mit den ersten wissenschaftlichen Beweisen in den 50er- und 60er-Jahren, wonach Tabakkonsum die Gesundheit gefährdet, wurden vermehrte Unternehmungen begonnen, den Tabakkonsum der Bevölkerung einzuschränken. Die ersten wissenschaftlich fundierten Entwöhnungsprogramme, die hauptsächlich auf Verhaltensmodifikation, Konditionierungstechniken und Aversionsverfahren beruhten, entstanden in den 60er-Jahren.

Tabakabhängigkeit

Mit Fragen der Diagnostik der Tabakabhängigkeit hat man sich zunächst einmal auf ei-

ner allgemeinen Ebene auseinandergesetzt. In der Auflage des DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wurde die Tabakabhängigkeit als Störung im Sinne einer Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz klassifiziert. Die wichtigsten Kennzeichen dieser Abhängigkeit sind:

- dem Raucher gelingt es nicht, Kontrolle über die Verwendung der psychoaktiven Substanz zu gewinnen
- auch bei Vorliegen aversiver Konsequenzen wird der Gebrauch aufrechterhalten.

Wenigstens 3 von den beschriebenen 9 charakteristischen Symptomen der Abhängigkeit sollen über einen Monat oder länger vorhanden sein, um die Diagnose zu rechtfertigen.

Schon in den Anfängen der Rauchertherapie in Österreich wurde auch großer Wert auf eine ausführliche Anamnese gelegt, um auf die spezifischen Bedürfnisse des einzelnen eingehen zu können. Aus diesen jahrelangen Erfahrungen, kombiniert mit den neuesten Erkenntnissen der Tabakabhängigkeit, wurde das Wiener Standard Raucher-Inventar erstellt, das Rauchertherapeuten die Entscheidung für die optimale Therapie erleichtert. Eine Analyse des Bedarfes der Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit soll angestellt werden, und zwar auf Grundlage der zur Verfügung stehenden epidemiologischen Informationen über das Rauchverhalten und Faktoren, die den Bedarf an diesen neuen Dienstleistungen determinieren könnten. Dazu zählen vor allem auch die Einstellungsmuster der Bevölkerung, im besonderen die Ausprägung des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms. Auf Grund dieser Informationen soll auf die organisatorischen Aspekte eingegangen werden, und die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, einschließlich Fragen der Ausbildung und der Finanzierung.¹

Raucherverhalten in Österreich

In einer repräsentativen Untersuchung wurden 4.975 Personen ab dem fünfzehnten Le-

bensjahr mittels eines schriftlichen Fragebogens zu ihrem Rauchverhalten befragt. Dabei handelte es sich um Personen ab einem Alter von 15 Jahren aufwärts. Die Befragung fand bundesweit statt. Bei der Methode handelt es sich um ein Stratified Multistage Clustered Random Sampling.

Die dabei gestellten Fragen lauteten:

- Sind Sie Raucher/in?
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?
- Haben Sie vor, das Rauchen in nächster Zeit einzuschränken oder völlig aufzugeben?
- Haben Sie früher geraucht? Wenn ja, seit wie vielen Jahren rauchen Sie nicht mehr?

Nach dieser Umfrage sind 29% der RespondentInnen Raucher. Unter den Männern rauchen demnach 32%, bei den Frauen liegt der Anteil bei 26%. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind in Österreich 2,3 Mio. Raucher zu finden, davon 1,2 Mio. Männer und 1,1 Mio. Frauen.

Das wichtigste Ergebnis findet sich in der Anzahl der dissonanten (unzufriedenen) Raucher. Demnach weisen 55% der Raucher in Österreich das Nikotin-Prä-Abstinenz Syndrom (NPAS) auf: 420.000 Raucher (18%) wollen mit dem Rauchen aufhören und weitere 860.000 (37%) beabsichtigen, das Rauchen zu reduzieren.

Demnach finden sich in Österreich 1,3 Mio. unzufriedene Tabakkonsumenten, die als potentielle Klienten anzusehen sind.

Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom (NPAS)

Die Einstellung des Rauchers zu seinem Rauchverhalten wird als ein zunehmend wichtiges Diagnose- und Behandlungskriterium in der Nikotintherapie erkannt. Raucher, die mit ihrem derzeitigen Rauchverhalten nicht zufrieden sind, werden als dissonante Raucher bezeichnet. Diese Phase wird als

Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndrom beschrieben. Der konsonante Raucher hingegen ist mit seinem Rauchverhalten zufrieden und beabsichtigt nicht, innerhalb der nächsten Jahre sein Verhalten zu ändern.

Nach PROCHASKA und DICLEMENTI durchlaufen Raucher einen Prozess der Entwöhnung, wobei fünf Veränderungsstadien unterschieden werden:

- Präkontemplation: Der Raucher formuliert noch keine Absicht zur Entwöhnung.
- Kontemplation: Ein ernsthaftes Nachdenken in bezug auf ein Aufhören findet statt.
- Präparation: Der Raucher formuliert konkrete Pläne und legt den Zeitpunkt des Aufhörens fest.
- Aktion: Die Absicht wird im konkreten Verhalten verwirklicht.
- Aufrechterhaltung: Ist gültig, wenn die Nikotinabstinenz über mindestens sechs Monate aufrechterhalten wird.

Die Dissonanz zum eigenen Rauchverhalten wird durch verschiedene Einstellungen ausgedrückt: der Wunsch abstinenz zu werden, die Absicht, den Konsum zu reduzieren oder der Vorsatz, auf eine leichtere Zigarettenmarke umzusteigen.

Nach einer repräsentativen österreichischen Erhebung sind 47% der Tabakkonsumenten konsonante und 53% dissonante (unzufriedene) Raucher.

Die generelle Annahme, wonach alle dissonanten Raucher mit dem Rauchen aufhören wollen, kann nicht bestätigt werden. Österreichische Daten zeigen, dass 29% der dissonanten Raucher den Tabakkonsum einstellen wollen. Die Mehrheit der dissonanten Raucher beabsichtigt, das Rauchen zu reduzieren (57%) oder auf eine andere Marke umzusteigen.

Die Einstellungsmuster der Raucher zum eigenen Rauchverhalten, sprich der Ausprägungsgrad des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms, sind von entscheidender Bedeutung für die Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit und somit für den Bedarf der Rauchertherapie in Österreich.

Angenommene Anzahl von Rauchern, die einer Therapie zugeführt werden könnten				
	1%	10%	20%	30%
Vorarlberg	500	5.000	10.000	15.000
Tirol	1.270	12.700	25.400	38.100
Salzburg	770	7.700	15.400	23.100
Oberösterreich	2.120	21.200	42.400	63.600
Kärnten	790	7.900	15.800	23.700
Steiermark	1.620	16.200	32.400	48.600
Burgenland	420	4.200	8.400	12.600
Niederösterreich	2.430	24.300	48.600	72.900
Wien	2.740	27.400	54.800	82.200
Gesamt	12.660	126.600	253.200	379.800

Tabelle I: Angenommener Diagnose- und Therapiebedarf nach Bundesländern (in Absolutzahlen)

Österreichweiter Diagnostik- und Therapiebedarf

Aus diesen Ergebnissen können verschiedene Annahmen getroffen werden in Bezug auf die Anzahl der Personen, die tatsächlich einer Betreuung zugeführt werden müssen bzw. beabsichtigen, sich einer Rauchertherapie zu unterziehen. Wenn nur 1% aller Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen, eine Rauchertherapie ins Auge fassen, ergibt das bundesweit rund 13.000 zu behandelnde Personen. Bei einer Annahme, wonach 10%

der Tabakkonsumenten, die beabsichtigen, das Rauchen aufzugeben, eine Rauchertherapie in Angriff nehmen wollen, erhält man an die 130.000 Raucher in Österreich, die einer professionellen Diagnostik und Therapie zugeführt werden müssen. Bei 20% therapiewilliger Raucher ergäbe sich eine Absolutzahl von über 250.000 und bei 30% 380.000 zu betreuenden Klienten (Tabelle I).

Die Verteilung des Nikotin-Prä-Abstinenz-Syndroms nach den Bundesländern kann Tabelle II entnommen werden. Hierbei kann wiederum zwischen dissonanten Rauchern, die

Bundesland	wollen aufhören	wollen reduzieren	wollen nicht aufhören
Vorarlberg	18.062	31.824	33.544
Tirol	39.283	87.810	101.674
Salzburg	30.258	46.763	57.766
Oberösterreich	68.206	143.593	147.182
Kärnten	36.245	42.548	75.641
Steiermark	55.049	107.201	121.687
Burgenland	13.874	28.518	33.914
Niederösterreich	76.824	166.452	197.256
Wien	72.590	201.020	284.778
Gesamt	410.391	855.729	1.053.442

Tabelle II: NPAS oder dissonante Raucher nach Bundesländern (Absolutzahlen) vs. „konsonante Raucher“ (wollen nicht aufhören)

aufhören wollen und solchen, die das Rauchen zu reduzieren beabsichtigen, unterschieden werden.

Die oben angestellte Hochrechnung des österreichweiten Bedarfs an Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit kann auf die einzelnen Bundesländer übertragen werden. Wenn man zum Beispiel für Vorarlberg annimmt, dass 1% der Raucher, die aufhören wollen, einer Betreuung zugeführt werden müssen bzw. beabsichtigen, sich einer Raucherdiagnostik und -therapie zu unterziehen, ergibt dies eine Anzahl von 500 Personen. Bei der Annahme, wonach 10%, 20% bzw. 30% dieser Raucher eine Betreuung suchen, ergibt dies 5.000, 10.000 bzw. 15.000 RaucherInnen in Vorarlberg. In Wien wären bei einer Annahme von 1%, 10%, 20% bzw. 30% zu therapierender Raucher 2.740, 27.400, 54.800 bzw. 82.200 Personen zu betreuen. Die ana-

logen Hochrechnungen für alle Bundesländer sind in der Tabelle 1 wiedergegeben.

Sind diese Berechnungen nur Zahlenspielerien? Oder liegt es vielmehr auf der Hand, dass die derzeitige Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten für eine so große Zahl von Entwöhnungswilligen nicht ausreicht? Große Anstrengungen von Seiten der Gesellschaft, aber auch der Gesundheitspolitik sind noch zu fordern, um allen RaucherInnen den Zugang zu einer individuell gestalteten Therapie zu ermöglichen.

Referenzen

- 1 GROMAN E., BAYER P., KUNZE U., SCHMEISER-RIEDER A., SCHOBERBERGER R., *Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit – eine Analyse des Bedarfs in Österreich*, W Med Wochschr (2000); 150: 109-114
- 2 weiterführende Literatur siehe <http://www.nicotineinstitute.com/> und <http://www.univie.ac.at/sozmed/>.

Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen

Helmut H. POPPER

Zusammenfassung

Aufgrund der Änderung der Zusammensetzung der Tabakrauchkanzerogene mit einer relativen Erhöhung der Gas- über die Partikelphase ist es zu einem dramatischen Anstieg der pulmonalen Adenokarzinome gekommen. Parallel dazu werden vermehrt präkanzeröse Läsionen in der bronchioloalveolären Peripherie gefunden. Auch die nichttumorösen tabakrauch-assoziierten Lungenerkrankungen wie die respiratorische Bronchiolitis – Interstitielle Lungenerkrankung und die Histiocytose X haben zugenommen. Ein neues auf uns zukommendes Problem sind Erkrankungen der kindlichen Lunge unter dem Aspekt immer früheren Nikotinabusus.

Schlüsselwörter: „light“-Zigarette, Abwehrsystem der Lunge, Adenokarzinome, Bronchiolitis, Histiocytose X

Abstract

Due to a change in the composition of tobacco carcinogens with an increase in gaseous and a decrease of particle bound compounds the spectrum of pulmonary carcinomas has changed in favor of adenocarcinomas. These gaseous carcinogens are inhaled in the bronchioloalveolar parts and there act on other types of stem cells. The increase of adenocarcinomas is accompanied by the detection of precursor lesions in the peripheral lung. However, not only the incidence and spectrum of pulmonary carcinomas has changed, also non-tumorous tobacco smoking associated lung diseases increased, among them respiratory bronchiolitis – interstitial lung disease and histiocytosis X. A new problem arising at the horizon is the expected uprise of new lung diseases in children, due to the smoking habits in childhood.

Keywords: Cigarette light, Lung Defense System, Adenocarcinoma, Respiratory Bronchiolitis, Histiocytosis X

Anschrift des Autors: Univ.-Prof. Dr. Helmut H. POPPER
Institut für Pathologie, Universität Graz
Auenbruggerplatz 25, A-8036 Graz

Einleitung

Die Schadstoffwirkung des Tabakrauchs ist seit etwa 1940 bekannt. Ursprünglich wurden Karzinome der Lunge als wesentliche negative Auswirkung beschrieben, in den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts kamen auch immer mehr entzündliche Lungenerkrankungen hinzu. Auf die vielen Auswirkungen auf andere Organsysteme kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

Während ursprünglich Plattenepithelkarzinome und kleinzellige Karzinome als „die Raucherkarzinome“ beschrieben wurden, sind seit Mitte der 80er-Jahre Adenokarzinome (drüsenimitierende Karzinome) in den meisten hochindustrialisierten Ländern im Vormarsch. Auch wird ein Ansteigen der entzündlichen tabakrauch-assoziierten Erkrankungen bemerkt. Erklärungen dafür sind kaum zu erhalten.

Veränderungen in den Schadstoffwirkungen und -zusammensetzungen

Während in den 50er- und 60er-Jahren in Österreich noch vorwiegend filterlose Zigaretten geraucht wurden, hat sich spätestens in den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts die Filterzigarette durchgesetzt. Nicht zuletzt war dies eine Reaktion der Zigarettenindustrie auf die

immer lauter werdenden Vorwürfe einer Krebsinduktion. Mit der Einführung der Filterzigarette wurde argumentiert, dass nunmehr die krebs-erzeugenden Substanzen mit den Teerpartikeln zurückgehalten würden. Damit in Zusammenhang kam es aber auch zu einer Änderung der Zusammensetzung der Tabakrauch-Kanzerogene: Leichte gasförmige Kanzerogene mit niedrigem Schmelzpunkt sind anteilmäßig höher vertreten als Kanzerogene mit hohem Schmelzpunkt. Anthrazenkörper, wie das gut bekannte Benzo-a-pyren werden mit der partikulären Phase im Filter abgefangen, während die leichter flüchtigen Nitrosamine im gasförmigen Anteil nach wie vor vertreten sind. Natürlich trifft dieser „Schutz“ durch den Filter nur dann zu, wenn die Zigarette wie empfohlen nur bis etwa 1 cm vor den Filter geraucht wird.

Die Zigarette „light“, die um 1980 auf den Markt kam, hat eine weitere Änderung der Rauchgewohnheiten hervorgerufen: Während der Rauch einer starken filterlosen Zigarette zumeist nicht intensiv inhaliert wird (wegen des Hustenreizes), und der erforderliche Nikotinblutspiegel früher erreicht wird, erfordert das Rauchen einer Zigarette „light“ ein tieferes und öfteres Inhalieren, um den erforderlichen Nikotinspiegel im Blut aufzubauen und zu erhalten. D. h. höheren Zigarettenkonsum, intensiveres Inhalieren, und damit bessere Verteilung der Kanzerogene in der Lungenperipherie.

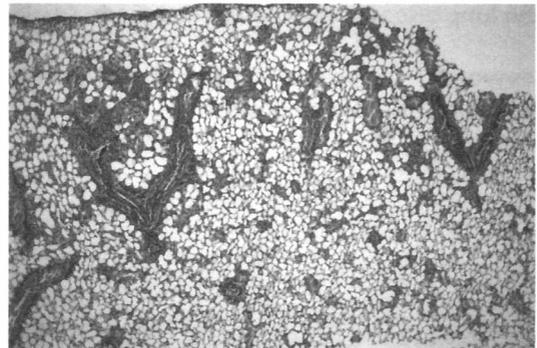
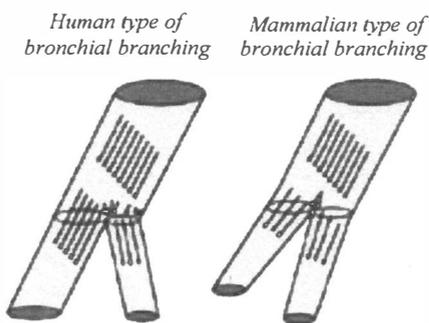


Abbildung 1: a) Schema der Bronchialverzweigungen in verschiedenen Säugetierlungen, b) dichotome Verzweigung bei der Waldspitzmaus

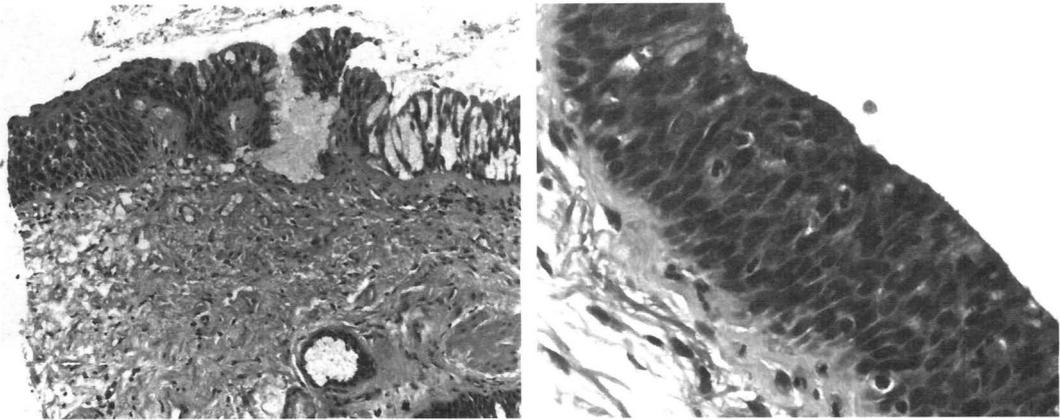


Abbildung 11: a) Plattenepithelmetaplasie mit Dysplasie Grad 1, vaskuläre Variante, daneben noch eine der gutartigen Vorstufen, die Becherzellhyperplasie; b) Plattenepithelmeta mit Dysplasie Grad 2, hier ist das Epithel bereits völlig umgewandelt und es sind bereits vermehrt Zellteilungen zu erkennen.

Welche Rolle spielt nun die Struktur der Atemwege?

Das menschliche Bronchialsystem zeigt eine ungleichmäßige Aufzweigung: Aus einem Bronchus entstehen zwei ungleiche Äste, ein dickerer Hauptast und ein dünnerer Nebenast. Die Größe der Lichtung verhält sich wie 2:1. Das bewirkt, dass an den Verzweigungen (Bifurkationen oder Carina) keine gleichförmige laminare, sondern eine Wirbelströmung herrscht (Abbildung 11).

Dies bewirkt eine Partikelablagerung, die in diesen Luftwirbeln auf die Schleimhaut der Bifurkation geschleudert werden, und dort im Schleim stecken bleiben. So wie unsere nächsten Verwandten, die Primaten, reinigen auch wir unsere Atemluft von unerwünschten Schadstoffpartikeln. Normalerweise wird nämlich dieser Schleim von den Flimmerhärchen Richtung Kehlkopf transportiert, dann ausgehustet, oder auch verschluckt.¹

Das Rauchen von filterlosen Zigaretten führt aufgrund des im Rauch enthaltenen hohen Anteils von Teerpartikeln zu einer bevorzugten Ablagerung dieser Partikel samt anhaftenden Karzinogenen im zentralen Atemwegssystem. Da oft nicht tief inhaliert wird, ist die Periphe-

rie der Lunge weniger mit Kanzerogenen belastet. Anders mit der Zigarette „light“: Bei „richtigem“ Rauchen gibt es keine nennenswerte Partikelphase, dementsprechend keine Ablagerung im zentralen Bronchialsystem. Die Kanzerogene werden in die Peripherie verteilt. Ziel sind Alveolen (Lungenbläschen) und Bronchiolen (die kleinsten Bronchien vor den Alveolen). Und wie oben ausgeführt, Raucher einer Zigarette „light“ inhalieren tiefer und öfter.

Natürlich ist unser Atemorgan durchaus in der Lage, mit Schadstoffen umzugehen. Sonst wäre Leben nicht möglich. Unsere Lungen stehen mit der Umwelt in ständigem Kontakt. Die Lungenoberfläche entspricht etwa der Größe eines Tennisplatzes. Bei ruhiger Atmung gelangen 4 – 6 Liter Luft pro Minute in die Lunge, also 6 – 10.000 Liter am Tag. Daher kann man sich vorstellen, wie viele Schadstoffe täglich in die Lungen hineingelangen, und unschädlich gemacht werden müssen, sofern sie nicht wieder gleich ausgeatmet werden können.

Welche Abwehr und Reparationsmechanismen hat unser Organismus entwickelt?

Unser Atemwegssystem ist wie das aller anderen Lungenatmer ausgelegt auf Schadenmi-

nimierung und Reparatur. Als Vorbeugesystem wirkt der Schleimtransport und das System der Fresszellen (Makrophagen). Partikel-Schadstoffe, die inhaliert werden, werden mittels Haftung im Schleim und Transport über die Flimmerhärchen nach außen befördert, bevor sie Schaden anrichten können. Ganz kleine Partikel gelangen zwar in die Lungenbläschen, werden aber von Makrophagen, die hier ständig patrouillieren, aufgenommen und unschädlich gemacht. Diese Makrophagen wandern entweder mit dem Schleimtransport nach außen, oder werden bei starker Schädigung passiv mitgenommen, oder wandern aktiv in die Lymphknoten der Lunge, wo sie unter bestimmten Umständen eine Immunreaktion auslösen. Zusätzlich hat die Lunge aber ein weiteres Abwehrsystem entwickelt, das sich in den Zellen befindet und diese sehr effektiv vor Schäden schützt. Es sind dies Enzyme, die toxische und kanzerogene Substanzen, so diese an und in die Zellen gelangen, entgiften und unschädlich machen. Dieser zusätzliche Schutz ist nötig, ist doch die Lunge sämtlichen auch natürlich vorkommenden Schadstoffen in der Umwelt ausgesetzt. Die eingeatmete Luft verteilt sich mit allen darin enthaltenen Stoffen auf einen Gesamtquerschnitt der Bronchien von etwa einem Quadratmeter, welche in die Alveolen (Gesamtoberfläche etwa 80 m²) münden.

Bei stärkeren und vor allem anhaltenden Schäden im Bereich der großen und mittleren Bronchien stehen mehrere zeitlich aufeinanderfolgende Abwehrmechanismen zur Verfügung: Das empfindliche Zellsystem der Flimmerzellen geht unter und wird zuerst ersetzt durch schleimproduzierende Becherzellen. Dies hat zur Folge, dass mehr Schleim produziert wird, und ein dickerer Schleimfilm das Epithel schützt. Wenn der Schaden beseitigt wurde, kann die Normalsituation wieder hergestellt werden. Bei gleichbleibendem und anhaltendem Schaden wird aber dieser Mechanismus zur Falle: Der Rückgang und Verlust des Flimmerepithels bewirkt eine Verlangsamung des Schleimtransports (ein Teil des Selbstreinigungssystems der Lungen), und damit eine Verlängerung der Einwir-

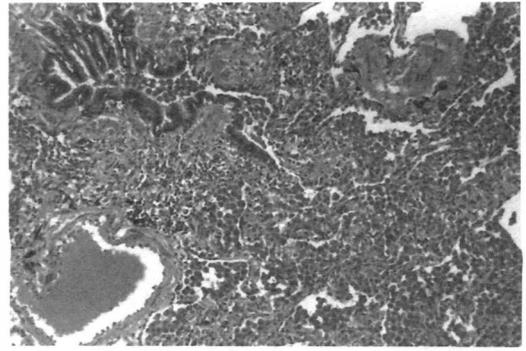


Abbildung III: Respiratorische Bronchiolitis – kombiniert mit interstitieller Lungenerkrankung; links oben ein kleiner Bronchiolus, der fast gänzlich von Raucher-Makrophagen erfüllt ist; sodass diese Alveolen nicht mehr beatmet werden können.

kung der Schadstoffe, darunter auch der Kanzerogene. Eine weitere Vermehrung der schleimproduzierenden Zellen führt zu einer weiteren Eindickung des Schleims, sodass schließlich der Schleim sich zu Pfröpfen verdichtet und liegen bleibt – etwas, das Raucher kennen, da sie diese Schleimpfröpfe zumeist am Morgen aushusten. Die anhaltende Schadstoffwirkung veranlasst das Epithel, sich bei der Regeneration zu Plattenepithel zu verwandeln (Metaplasie).² Eine Metaplasie ist eine Bildung eines Epitheltyps, der normalerweise an dieser Stelle nicht vorkommt. Ein Plattenepithel, wie wir es normalerweise z. B. in der Mundhöhle haben, ist wesentlich resistenter gegen Hitze (Tabakrauch), aber auch Toxine, säurebildende Substanzen, usw. Über den Plattenepithelinseln erfolgt aber überhaupt kein Schleimtransport mehr – die Reinigung bricht hier zusammen. Kanzerogene können nunmehr ihre Langzeitwirkung entfalten. Zumal dieser Vorgang immerhin einen Zeitraum von 15 – 20 Jahren erfordert, hat dies wahrscheinlich seine Ursache im äußerst effizienten System der Entgiftungsenzyme der Zellen des bronchialen, bronchiolären und auch des alveolären Epithels. Dieses Epithel bildet für eine längere Zeit eine Barriere. Erst wenn Kanzerogene die etwas tiefer liegenden Vorläuferzellen erreichen, und deren Erbgut schädigen, ist der

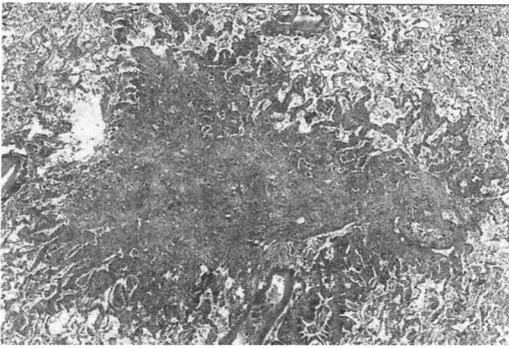


Abbildung IV: Histiocytosis X; typisch ist das sternförmige Bild des Entzündungsprozesses, das auch im Narbenstadium noch sichtbar ist; die Bronchiolen werden oft durch den Prozess zerstört, wie auch hier im Bild.

Weg zur Krebsentwicklung gebahnt. Da diese Vorläuferzellen ständig für den Nachschub an Regenerat epithel sorgen, werden zunehmend genetisch modifizierte Krebsvorläuferzellen gebildet – eine Dysplasie (Karzinomvorstufe) bildet sich aus und schließlich kann daraus ein Karzinom entstehen (Abbildung II).

Diese Abfolge von Becherzellvermehrung zur Plattenepithel-Metaplasie ist als Schutzmaßnahme in den größeren Bronchien vorgegeben. Aufgrund der sich daraus ergebenden Karzinomvorstufen ist auch der Karzinomtyp im zentralen Bronchialsystem vorgegeben, nämlich das Plattenepithelkarzinom.³ Der zweite hier häufige Typ, das kleinzellige neuroendokrine Karzinom, kann damit nicht erklärt werden. Eine Karzinomvorstufe ist aber für dieses Karzinom nicht bekannt. Wahrscheinlich entsteht dieser Karzinomtyp aus stammzellähnlichen neuroendokrinen differenzierten Vorläuferzellen in der Regenerationsschicht des Bronchialepithels. Diese Zellen kann man selbst im Mikroskop nicht von anderen Regeneratzellen unterscheiden. Erst wenn diese Karzinomvorläuferzellen sich zum Karzinom entwickeln und in die Umgebung einbrechen, sind sie zu erkennen. Neuroendokrine Zellen sind in den großen Bronchien häufiger anzutreffen als in Bronchiolen und Alveolen, daher wahrscheinlich auch das häufigere Auftreten der kleinzelligen neuroen-

dokrinen Karzinome in den großen Bronchien.

Erfolgt die Anhäufung der Kanzerogene in Bronchiolen und Alveolen, so steht diese Reaktion auf Schäden nicht zur Verfügung. In der Peripherie erfolgt der Schutz durch eine Vermehrung von Clarazellen und Pneumozyten, bzw. deren Vorläuferzellen. Eine Plattenepithelmetaplasie kommt in der Lungenperipherie nur äußerst selten vor. D. h. die Wirkung der Tabakrauchtoxine und Kanzerogene löst eine Vermehrung ortsständiger Zellen aus, die unter dem Einfluss von Kanzerogenen Dysplasien entwickeln, die dem ortsständigen Epithel noch recht ähnlich sind. In diesen peripheren Regionen der Lunge kennen wir derzeit die atypische adenomatöse Hyperplasie im Alveolarraum⁴ und die bronchioläre Zylinderzell dysplasie in den Bronchiolen⁵ als Karzinomvorstufen. Diese Vorstufen zeigen aber bereits deutlich, wohin die Karzinogenese sich entwickelt, nämlich zum Adenokarzinom (drüsenimitierende Formationen).

Dementsprechend verwundert es nicht mehr, dass in jenen Ländern, wo die Zigarette „light“ schon seit mehr als 20 Jahren geraucht wird, eine Änderung des Karzinomspektrums (etwa zwischen 1987 und 2000) zu beobachten ist: Rückgang der Plattenepithelkarzinome von 35% auf 18%, Anstieg der Adenokarzinome von 13% auf 42%, während die kleinzelligen neuroendokrinen Karzinome mit 25% bzw. 21% wenig Änderung zeigten. In den USA, Westeuropa und Japan liegen ähnliche Zahlen vor. Nicht hingegen verändert haben sich die Zahlen in den Ländern der sogenannten Dritten Welt. Dort ist das Plattenepithelkarzinomen nach wie vor die „Nummer 1“.

Nicht-tumoröse Lungenerkrankungen

Respiratorische Bronchiolitis

1956 beschrieben NIEWOEHNER und KLEINERMAN⁶ eine raucher-assoziierte Erkrankung der

Bronchiolen und nannten diese respiratorische Bronchiolitis. In den Folgejahren wurde diese Erkrankung gelegentlich gesehen und darüber berichtet. Von LIEBOW wurde die respiratorische Bronchiolitis in die Klassifikation der Interstiellen Lungenentzündungen einbezogen, und zusätzlich noch um eine weitere Erkrankung ergänzt, die desquamative Variante.⁶ Auch bei dieser war ein Bezug zum Zigarettenrauchen gegeben. In den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts schien diese Erkrankung fast verschwunden. In den 90er-Jahren hingegen beobachtete man ein Wiederauftreten, und seither eine stetige Zunahme. Wie in den ursprünglichen Befunden sind auch jetzt jugendliche starke Zigarettenraucher beiderlei Geschlechts bevorzugt (Abbildung III).

HistiocytosisX

Eine weitere Erkrankung, die im letzten Jahrzehnt vermehrt zu beobachten ist, ist die HistiocytoseX, oder Langerhanszellgranulomatose. Während in früheren Jahren diese Erkrankung eher als tumorartige Erkrankung mit Befall mehrerer Organsysteme gesehen wurde, tritt sie heute gehäuft als isolierte Lungenerkrankung bei jugendlichen Zigarettenrauchern auf (Abbildung IV).⁶ Auch Kombinationen aus respiratorischer Bronchiolitis und HistiocytoseX kommen gelegentlich vor.

Wie ist dies zu erklären?

Die Langerhanszellen (LH-Zellen) sind ein Teil des Immunsystems. Antigene, die inhaled werden, werden von diesen Zellen aufgenommen, modifiziert und den Immunzellen präsentiert. Daraufhin folgt eine Immunreaktion. Im Tabakrauch befinden sich viele unverbrannte Eiweißstoffe aus der Tabakpflanze. Einige dieser Eiweißstoffe können eine immunologische Abwehrreaktion auslösen.⁷ Nun erfolgt aber der Antigenkontakt nicht sporadisch, sondern die Lungen werden täglich mit diesen Antigenen überflutet. Die LH-

Zellen sind daher überfordert und reagieren auf diese Flut an Antigenen mit einer Zellvermehrung. Durch die Antigenpräsentation wird aber auch eine Entzündung ausgelöst: Dabei kommt es zur Zerstörung von Bronchiolen und Alveolen (Lungenbläschen). Die Langerhanszellen sondern eine Reihe von Botenstoffen ab, auf welche die weißen Blutzellen (Leukozyten, besonders eosinophile Granulozyten) reagieren und in den betroffenen Lungenabschnitt einwandern. Diese Leukozyten zerstören ihrerseits alle Lungenabschnitte, die eine Antigenablagerung aufweisen. Folge ist ein immer größerer Ausfall an Lungengewebe, was sich in Atemnot und Krankheitsgefühl äußert.

Etwas anders hat man sich die Entwicklung der respiratorischen Bronchiolitis vorzustellen. Mit dem Tabakrauch kommt es zu einer Überladung der Lungen mit Fremdmaterial und Schadstoffen. Ein Teil wird mittels eines Schleimfilms durch die Flimmerhärchen Richtung Rachen geschoben. Alles, was im Schleim hängen bleibt, wird so ausgehustet oder verschluckt. Alle Stoffe aber, die in die Alveolen gelangen, werden von den Alveolarmakrophagen aufgenommen und abgebaut. Durch die ständige Überflutung der Lungenperipherie ist aber dieses Makrophagensystem überlastet. Diese Zellen akkumulieren in den kleinsten Bronchiolen und den Alveolen und verlegen schließlich deren Lichtung. Durch die Überladung mit Schadstoffen zerfallen die Makrophagen auch immer wieder und setzen aus ihrem Zellleib Stoffe frei, die eine Entzündung auslösen. Ein ähnliches Phänomen ist in der toxischen Pathologie und experimentellen Inhalationstoxikologie als „overload“ gut bekannt.

Warum erkranken nicht alle starken Raucher an einer dieser Erkrankungen?

Es ist augenscheinlich, dass es viel mehr jugendliche starke Raucher gibt als erkrankte Personen. Das heißt, wir wissen derzeit nicht, welche anderen Faktoren noch dazu

kommen müssen, damit jemand an HistozytoseX oder respiratorischer Bronchiolitis erkrankt. Es könnten dies genetische Risikofaktoren sein, oder auch ein besonders empfindliches Bronchialsystem. Die Forschung wird vielleicht in einigen Jahren bessere Erklärungen dazu abgeben können.

Probleme durch immer jüngeres Alter beim Beginn des Zigarettenrauchens

Derzeit unbeachtet von der Öffentlichkeit und den Verantwortlichen des Gesundheitssystems verschiebt sich das Startalter immer mehr zum jugendlichen/kindlichen Alter der Raucher. Kindliche Raucher im Alter von 10–12 sind in Österreich keine Seltenheit mehr. Es ist davon auszugehen, dass wir in Zukunft neue Lungenerkrankungen diagnostizieren werden, die damit im Zusammenhang stehen. Die Lungen sind in diesem Alter noch nicht völlig ausgereift, ebenso das Immunsystem der Lungen. D. h. die Schadstoffe des Tabakrauchs einschließlich der Kanzerogene treffen auf ein unreifes System. Das könnte zu einer Reihe von Reifungs- und Funktionsstörungen führen. Zu erwarten sind neue interstitielle und bronchioläre Lungenerkrankungen, aber auch Reifungs- und Funktionsstörungen.

Letztendlich hat der frühe Zeitpunkt des Beginns des Zigarettenkonsums noch eine andere langfristige Auswirkung: Wenn man davon ausgeht, dass die Kanzerogenese in der Lunge bis zum klinisch manifesten Karzinom

etwa einen Zeitraum von 15 – 20 Jahren braucht, so kann man erwarten, dass kindliche Raucher bereits mit Mitte 20 bis 30 Jahren an Lungenkarzinom erkranken werden; die Tabaksteuer kann schon jetzt die Kosten der Tabakraucherkrankungen nicht aufwiegen. Wie viel negativer wird die volkswirtschaftliche Bilanz erst dann aussehen, wenn viele Menschen in dieser Alterskategorie aus dem Arbeitsprozess herausfallen – ganz abzusehen von der Tragik für die Betroffenen und ihre Familien.

Referenzen

- 1 KNOWLES M. R., BOUCHER R. C., *Mucus clearance as a primary innate defense mechanism for mammalian airways*, J Clin Invest (2002); 109: 571-577
- 2 COPIN M. C., BUISINE M. P., DEVISME L., LEROY X., ESCANDE F., GOSSELIN B., AUBERT J. P., PORCHET N., *Normal respiratory mucosa, precursor lesions and lung carcinomas: differential expression of human mucin genes*, Front Biosci (2001); 6: D1264-D1275
- 3 COPIN M. C., DEVISME L., BUISINE M. P., MARQUETTE C. H., WURTZ A., AUBERT J. P., GOSSELIN B., PORCHET N., *From normal respiratory mucosa to epidermoid carcinoma: expression of human mucin genes*, Int J Cancer (2000); 86: 162-168
- 4 MORI M., RAO S. K., POPPER H. H., CAGLE P. T., FRAIRE A. E., *Atypical adenomatous hyperplasia of the lung: a probable forerunner in the development of adenocarcinoma of the lung*, Mod Pathol (2001); 14: 72-84
- 5 ULLMANN R., BONGIOVANNI M., HALBWEDL I., PETZMANN S., GOGG-KAMMERER M., SAPINO A., PAPOTTI M., BUSSOLATI G., POPPER H. H., *Bronchiolar columnar cell dysplasia—genetic analysis of a novel preneoplastic lesion of peripheral lung*, Virchows Arch (2003); 442: 429-436
- 6 POPPER H. H., *Bronchiolitis, an update*, Virchows Arch (2000); 437: 471-481
- 7 KOETHE S. M., KUHNMUENCH J. R., BECKER C. G., *Neutrophil priming by cigarette smoke condensate and a tobacco anti-idiotypic antibody*, Am J Pathol (2000); 157: 1735-1743

Psychiatrische Aspekte des Zigarettenrauchens

Peter HOFMANN und Raphael BONELLI

Zusammenfassung

Rauchen ist eindeutig eine Suchterkrankung und gehört in den Bereich der Psychiatrie. Diese hat sich allerdings dem Phänomen erst spät zugewandt. Im Wesentlichen sind die Diagnosekriterien ähnlich wie bei den anderen Suchterkrankungen. Nikotin reguliert emotionale Zustände und vermittelt daher den Konsumenten das Gefühl, dass sie besser in der Lage sind, Stress zu bewältigen. Nikotin ist also offensichtlich eine psychotrope Substanz, die im Gehirn ganz konkrete psychische, aber auch körperliche Reaktionen hervorruft. Der Grossteil der Raucher will aufhören. Es werden aber Hilfsmittel eingefordert und die eigene Leistung, die eingebracht werden soll, soll möglichst minimal sein. Zur Raucherentwöhnung gibt es mehrere wirksame Methoden. Dabei ist es natürlich gerade beim Rauchen so, wie bei allen anderen Süchten, dass die Eigenmotivation das eigentlich Wesentliche ist, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.

Schlüsselwörter: Tabakrauchen, Nikotin, Psychiatrie, Sucht, Raucherentwöhnung

Abstract

Smoking is clearly an addiction and therefore belongs to the field of psychiatry. However, this phenomenon did not interest psychiatrists until recently. The diagnostic criteria are similar to those of other types of addiction. Nicotine regulates the emotional and gives the consumer the feeling of better being able to cope with stress. Nicotine is obviously a psychotropic substance, which brings about certain psychical and bodily reactions in the brain. The majority of smokers would like to stop. They would like to have all sorts of help in doing so, but with as little personal effort as possible. Several methods for quitting smoking exist. As with all other type of addiction, the most important thing is personal motivation in order to stop smoking.

Keywords: Tobacco Smoking, Nicotine, Psychiatry, Addiction, Smoking Withdrawal

Anschrift der Autoren: Univ.-Prof. Dr. Peter HOFMANN, Dr. Raphael BONELLI
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Universität Graz
Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz

Einleitung

Wahrscheinlich sind es die nicht unmittelbar wahrnehmbaren Folgeerscheinungen des Rauchens, die ausmachen, dass das Rauchen tatsächlich im Spannungsfeld gesellschaftspolitischer Auseinandersetzungen steht, wobei aber nach wie vor nicht die selbe Konsequenz in der Ablehnung besteht, wie z. B. gegenüber schwerem Alkoholismus oder Heroinsucht.

Dabei sind die Folgewirkungen durchaus vergleichbar. Eines hat sich jedoch in den letzten Jahrzehnten tatsächlich verändert, vor allem in kosmopolitischer Hinsicht: Es ist evident und mittlerweile auch Allgemeingut geworden, dass Rauchen zu schwerwiegenden, ja tödlichen Folgeerscheinungen führen kann und nicht mehr als „Hobby-Laster“ oder „Marotte“ einzuschätzen ist. Auch die Medizin hat sich dem lange verschlossen, indem sie nicht mit entsprechender Konsequenz auf die Folgewirkungen aufmerksam gemacht hat. Oftmals war ein „... Sie sollten vielleicht weniger rauchen“ die Empfehlung des Arztes. Daran hat sich in den letzten Jahren tatsächlich Grundsätzliches geändert, ein Umdenkprozess hat eingesetzt, wie z. B. bzgl. der Haltung gegenüber dem Passivrauchen als Risiko für Gesundheitsbeeinträchtigungen. Ein Übriges haben die juristischen Erfolge gegen Zigarettenhersteller beigetragen, sodass heute das Bild, welches wir vom „Rauchgenuss“ haben, ein anderes geworden ist.

Die Psychiatrie hat sich erst relativ spät dem Phänomen zugewandt. Es waren zunächst die Lungenfachärzte und Internisten, die sich mit den Folgewirkungen, in körperlicher Hinsicht, auseinandergesetzt und entsprechendes Zahlenmaterial hinsichtlich Mortalität geliefert haben. Dabei ist Rauchen eindeutig eine Suchterkrankung und gehört in den Bereich der Psychiatrie. Es wird auch im Diagnosemanual der WHO, dem ICD-10, als psychische Erkrankung geführt.¹ Dem wurde erst in den letzten 15 Jahren - durch entsprechende Forschungsunternehmungen - Rechnung getragen. So fin-

det sich heute eine bunte Forschungswelt aus psychiatrischer Sicht hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten von Rauchern.

Dies hat gemeinsam mit den erwähnten Erkenntnissen der somatischen Medizin dazu geführt, dass Rauchen heute nicht mehr nur als „Genuss“ gesehen wird, sondern dass Raucher mehr und mehr als Patienten betrachtet werden, die an einer Abhängigkeitsstörung leiden, d. h. suchtkrank sind. Nach wie vor wird die Tatsache verdrängt, dass Rauchen eine Dimension erreicht hat, die weit jenseits der Problematik der harten Drogen und des Alkohols liegt: Es gibt keine vergleichbare Substanz, die weltweit so häufig missbraucht wird. Man kann heute davon ausgehen, dass wahrscheinlich fast 1/3 der Weltbevölkerung raucht!

Diagnose der Nikotinabhängigkeit

Im Wesentlichen sind die Diagnosekriterien ähnlich wie bei den anderen Suchterkrankungen. Demnach wird die Abhängigkeit zum einen als Toleranzentwicklung gegenüber der Nikotinwirkung definiert, d. h. man verträgt immer mehr. Zum anderen kommt es zu Entzugserscheinungen, wenn man absetzt bzw. weniger raucht. Ein bei allen Suchterkrankungen wesentliches Kernkriterium ist auch hier vertreten, nämlich dass das Rauchen weiterbetrieben wird, obwohl der Betroffene ganz genau weiß, dass es entsprechende gesundheitliche Folgen zeitigt. Dazu gehört auch weiter, dass meist ein anhaltender Wunsch besteht, den Konsum einzuschränken oder überhaupt zu beenden, wenn auch verbunden mit erfolglosen Bemühungen. Es kommt zu Einschränkungen wichtiger sozialer, beruflicher oder auch von Freizeitaktivitäten. Andererseits wird ein entsprechender Zeitaufwand betrieben, sich den Tabak, z. B. Zigaretten, zu besorgen.

Eine Verschärfung der Diagnose ergibt sich sicherlich auch dann, wenn bereits körperliche Folgeerkrankungen nachgewiesen sind und trotzdem weiter geraucht wird. Gerade bei die-

Frage	Antwort	Bewertung
Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	innerhalb von 5 min	3
	6 bis 30 min	2
	31 bis 60 min	1
	nach 60 min	0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?	ja	1
	nein	0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	die erste am Morgen	1
	andere	0
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	bis 10	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 und mehr	3
Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	ja	1
	nein	0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	ja	1
	nein	0
Ihre Punkteanzahl:		

Tabella 1: Fagerström-Test (0 bis 2 Punkte stellen keine bzw. eine nur sehr geringe Nikotinabhängigkeit dar; 3 bis 4 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit; 5 bis 10 Punkte: mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit.)

sen Rauchern findet sich dann auch der typische „Kontrollverlust“, wonach die Menge, auf die man sich im Tabakkonsum beschränkt hat, tatsächlich jeweils weit überschritten wird.

Die Diagnose Tabakabhängigkeit (nach ICD 10 WHO) soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen wie Tabak zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechende positive Erfahrung zu machen.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zu-

nehmend höhere Dosen erforderlich.

6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Tabak.

7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Rauchens.

8. Anhaltender Tabakkonsum trotz nachgewiesener eindeutig schädlicher Folgen. Diese können körperlicher Art sein, wie z. B. Lungen-, Gefäß- und Herzerkrankungen.

Der *Fagerström-Test*² ist ein standardisierter Test zur Beurteilung der Nikotinabhängigkeit. Dieses Messinstrument ist leicht und rasch anwendbar und hat sich weltweit als der wesentliche Test etabliert (siehe Tabelle 1).

Es hat sich gezeigt, dass das Kernkriterium zur Beurteilung der Dimension der Sucht die Anzahl der gerauchten Zigaretten ist.³ Dennoch stellt der Fagerström-Test eine großartige Möglichkeit dar, dem Raucher die beson-

ders problematischen Aspekte des Rauchens zu vergegenwärtigen und dabei eine Information über das Ausmaß der Sucht zu erhalten.

Ein praktischer Aspekt liegt in der guten Einschätzbarkeit von Entzugserscheinungen bzw. darin, welcher Therapie der Vorzug zu geben ist. Ab einem Fagerströmwert von > 6 ist mit starken Entzugszeichen zu rechnen – daher sollten eher Nikotinersatzpräparate (s. unten) zum Einsatz kommen.

Weswegen wird Nikotin konsumiert?

Dies ist nicht einfach zu beantworten. Nikotin verursacht im Wesentlichen keinen tatsächlichen „Kick“, wie wir einen solchen beim Heroinmissbrauch oder aber auch beim Alkoholkonsum kennen. Heroin z. B. macht typischerweise einen Flash, der von den Konsumenten als äußerst angenehm erlebt wird. In der Folge kommt es dann durch die starke schmerzreduzierende Wirkung zu einem Gefühl der angenehmen Bedürfnis- und Schmerzlosigkeit. Alkohol führt typischerweise, vor allem zu Beginn des Konsums, zu einer euphorisch angeregten Stimmung, die auch mit einer erhöhten sexuellen Appetenz verknüpft ist. Dies sind Gründe, warum Menschen den Alkoholkonsum suchen und auch seine kommunikationsfördernde Wirkung schätzen. Bei Nikotin selbst finden sich solche Symptommuster nicht eindeutig. Nikotin reguliert eher emotionale Zustände, sodass es den Konsumenten das Gefühl vermittelt, dass sie besser in der Lage sind, Stress zu bewältigen. Offensichtlich reduziert Nikotin Schamgefühle, Angstgefühle, vor allem aber auch Stress und Reizbarkeit, führt bis zu einem gewissen Grad zu einer leicht euphorisierenden Wirkung, dies auch im Sinne der Regulation in Richtung Beruhigung.

An körperlichen Erscheinungen finden sich die Folgen einer erhöhten Adrenalin- und Noradrenalinausschüttung. Diese äußert sich dann in einem Anstieg des Herzschlags und des Blutdrucks, des basalen Sauerstoffver-

brauchs, der Zeichen der Anregung und einer erhöhten Wachheit, verbunden mit einer verbesserten Fähigkeit, sich Herausforderungen zu stellen. Nikotin entwickelt diese Effekte sehr rasch. Durch das Inhalieren gelangt es innerhalb weniger Sekunden ins Gehirn und führt dort zu den geschilderten Wirkungen. Nikotin ist also offensichtlich eine psychotrope Substanz, die im Gehirn ganz konkrete psychische, aber auch körperliche Reaktionen hervorruft. Eine solche Substanz hat bei entsprechender Dosis auch Nebenwirkungen in Form von Übelkeit, Speichelfluss, Magenschmerzen, Erbrechen, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen. Diese kennen Raucher typischerweise nach dem Konsum von sehr großen Mengen, wie z. B. nach Festivitäten, wo zusätzlich oft Alkohol konsumiert wird.

Neben obgenannten neurophysiologischen Wirkungen gibt es natürlich eine Fülle an psychischen Faktoren, welche die Entwicklung einer Nikotinsucht begünstigen. Dazu gehörten immer schon soziale Aspekte, die das Rollenverhalten beeinflussen. Gängige Klischees stellten Raucher in Filmen als die Draufgänger, als die „Coolen“ dar. Jugendliche, die mit dem Rauchen begannen, wollten diesen Vorbildern nacheifern und als erwachsener gelten als sie waren. Erst langsam änderte sich dies. In Film und Fernsehen ist die allgegenwärtige Zigarette nicht mehr „korrekt“. Es bleibt zu hoffen, dass sich dieser Trend aus der virtuellen auch auf die reale Gesellschaft ausweitet.

Zur Entwöhnung

Wie bereits angeführt, ist eines der Kernkriterien der Abhängigkeit, wider besseres Wissen die Sucht weiter zu betreiben. Dabei wissen Raucher in aller Regel um die Problematik (dissidente Raucher) und wollen auch aufhören bzw. haben dies schon unternommen, allerdings mit frustanem Ausgang. Tatsächlich will der Großteil der Raucher aufhö-

ren, wobei hier vieles nach außen projiziert wird. Es werden Hilfsmittel eingefordert, während die eigene Leistung, die eingebracht werden sollte, möglichst minimal bleibt. Dies passt auch ganz gut in unser Zeitalter der Machbarkeitsmedizin. Am besten schiene es, eine einzige Pille zu schlucken und damit das Problem zu erledigen. Dabei ist natürlich beim Rauchen wie bei allen anderen Süchten die Eigenmotivation das eigentlich Wesentliche, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.

Konkrete Verfahren zur Entwöhnung

An Möglichkeiten zur Entwöhnung stehen

1. der „eigene Wille“,
2. Verhaltenstherapie,
3. Hypnose/Akupunktur,
4. Nikotinersatztherapie und
5. nikotinfreie Medikamente zur Verfügung.

Die Rolle des *eigenen Willens* wurde schon angesprochen. Im Wesentlichen geht es darum, dass der Raucher tatsächlich erkennt, dass ein Wert darin besteht, dieses Verhalten zu verändern bzw. zu beenden. Es geht um die Entwicklung einer Geisteshaltung, die von der Überzeugung geprägt ist, dass man fähig ist, das zu schaffen. Dies vermittelt eine persönliche Sicherheit, insbesondere dann, wenn man dabei von seiner Umgebung entsprechend unterstützt wird.

Die Komorbidität des Rauchens mit schweren psychischen Störungen ist sehr hoch. Schizophrenie, Depression, Angststörungen oder ähnliches lassen einen Entwöhnungserfolg unwahrscheinlich erscheinen. Aber dies ist ein eigenes Thema. Hier soll lediglich auf Raucher ohne sonstige psychische Störungen eingegangen werden.

Besonders bewährt haben sich *verhaltens-therapeutische Modelle*. Es geht darum, sich strukturiert mit dem Rauchen auseinander zu setzen. Es sollen rauchbesetzte Situationen gemieden, Ersatzhandlungen wie z. B. Ent-

spannungsübungen gesetzt und positiv gedankliche Konnotationen reduziert werden. D. h. es ist ganz wichtig, dass die romantisierte Sicht des Rauchens als besonders „wohliges Genussverstärker“ zerstört wird.

Wenn die Methode des „eigenen Willens“ mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen kombiniert wird, ist es besonders wichtig, entsprechende Vorbereitungen zu treffen. Es hat sich z. B. bewährt, einen Zieltag festzulegen, ab dem nicht mehr geraucht werden soll. Des Weiteren sollte die Umgebung informiert und um Unterstützung gebeten werden. Es sollte jedem klar gemacht werden, dass es kein „Freundschaftsdienst“ ist, dem Entzugswilligen Zigaretten anzubieten. Es sollten alle Raucherutensilien (Aschenbecher etc.) entfernt werden. Manchmal sind auch Wetten als zusätzliche Motivation von Nutzen, die mit Familienmitgliedern oder Freunden abschlossen werden.

Kommt es zum Umsetzen des Entschlusses, so sind dann in der Regel 3 Phasen voneinander abgrenzbar. Zum einen die *Motivationsphase*, in der der Entschluss freiwillig fällt, dann die tatsächliche *Entwöhnungsphase*, wo das Nikotin abgesetzt, mit den Entzugserscheinungen gekämpft und dann erlernt wird, abstinenz zu bleiben. Schließlich folgt eine *Stabilisierungsphase*, in der man Nichtraucher bleibt und Rückfälle vermeidet. Hier kann von außen durch regelmäßige Interviews eine starke zusätzliche Motivation erbracht werden, in der hinterfragt wird, ob der Betroffene tatsächlich nicht mehr raucht. Damit ist eine Unterstützung durch Lob möglich, durch das Herausstreichen der positiven Aspekte dieser Handlungsweise, wodurch die Wahrnehmung der bzgl. des Rauchens positiven Assoziationen nach und nach durch eine positive Wahrnehmung für das Nichtrauchen ersetzt wird.

Für alle Raucher bzw. Suchtkranke kann man folgendes Stufenmodell der Motivation nach PROCHASKA et al. 1992 beschreiben:⁴

1. Präkontemplation: Die Phase der Sorglosigkeit, in der man sich noch nicht bewusst ist, dass das Suchtverhalten ein Problem ist.

2. Kontemplation: Die Phase, in der einem klar wird, welche Probleme Rauchen hervorrufen kann, welche Probleme sich durch das Suchtverhalten per se und durch die suchtbedingte Veränderung des Wesens ergeben.

3. Präparation: Die Phase der Vorbereitung, in der man sich damit auseinandersetzt: Welche Art des Entzugs will man machen? Wie will man das durchführen? Ab wann? Mit welcher Hilfe?

4. Aktion: Die Handlung wird tatsächlich gesetzt: Es wird begonnen, ein Nikotinersatzpräparat zu nehmen, dabei rauchen aufzuhören, oder einfach mit der „Stoppmethode“ von einer Sekunde auf die andere nicht mehr zu rauchen.

5. Stabilisierung: Die Phase der Aufrechterhaltung.

Nikotinersatzpräparate gibt es in verschiedensten Applikationsformen: als Nikotinpflaster, Kaugummi, Nasenspray und nikotinangereicherten Zigarettenspitze. Diese Methoden haben sich vor allem bei sehr starken Rauchern als effizient erwiesen.⁵

Das Antidepressivum *Bupropion* (*Zyban*®) hat sich als effizient in der Unterstützung des Zigarettenentzugs erwiesen und steht als zweite medikamentöse Therapie neben den Niko-

tinersatzpräparaten zur Verfügung. Bei diesen beiden Methoden sind sicherlich die Raucher gut aufgehoben, die einen präferierten Zugang zu medizinischer medikamentöser Behandlung haben.⁶

Wir haben also aus medizinischer Sicht vielfältige Möglichkeiten zur stützenden Behandlung, sodass es für jeden Raucher ein maßgeschneidertes Therapiepaket geben kann. Dies schließt keineswegs aus, dass die entwöhnungswilligen Raucher in Gruppen behandelt werden (Gruppentherapie), wobei auf die positive Orientierung und den ideellen Zusammenhalt der Gruppe durch den Leiter besonders geachtet werden muss.

In der Betreuung von Abstinenzwilligen ist es wesentlich, positive Motivationen und Konnotationen hervorzurufen. Diese können durch Information gestützt werden, wie sie hier in Tabelle II angeführt werden. Diese zeigt auf, wie rasch es nach dem Aufhören zu einer Regeneration im Körper kommt.

Schlussbemerkungen

Die Süchte nehmen in unserer zivilisierten Welt eindeutig zu, daneben auch die psychi-

20 Minuten:	Blutdruck erholt sich
8 Stunden:	CO-Gehalt im Blut normalisiert
2 Tagen:	Geruch und Geschmack kehren wieder
3 Tagen:	Die Atmung bessert sich merklich
3 Monaten:	Lungenfunktion um bis zu 30% erhöht
9 Monaten:	Raucherhusten ist verschwunden
1 Jahr:	KHK-Risiko durch Rauchen ist halbiert
10 Jahren:	Lungenkrebsrisiko halbiert
15 Jahren:	Herzinfarkttrisiko wie bei Nichtraucher

Tabelle II: Regeneration des Körpers nach Rauchverzicht

schen Störungen aus dem Bereich der Depressivität. Warum das so ist, ist nicht eindeutig beantwortbar. Es handelt sich um ein tatsächlich multifaktorielles Geschehen. Einige wenige Punkte sollen angerissen werden, die sich als Erklärungsfaktoren anbieten: Da ist zum Einen die riesige Problematik der Reizüberflutung und Überforderung durch unsere gesellschaftlichen Entwicklungen, der Verlust der Bedeutung zwischenmenschlicher Bindungen und der Verlust der Spiritualität.

Des Weiteren gibt es hierzulande wenige von der Gesellschaft gestützte Überzeugungen, die den Suchtbetroffenen dabei helfen, ihr Verhalten zu verändern. Anderswo, z. B. in den Vereinigten Staaten, sieht man, wie mit großer Konsequenz das Bild des Rauchers ins Negative verkehrt werden kann, sodass mittlerweile die Raucher geradezu gesellschaftlich geächtet sind. Dies hat zweifellos zu einem generellen Rückgang des Zigarettenkonsums geführt.

Hingegen wird hierzulande höchstens über Sinn und Unsinn von Beschriftungen von Zigarettenpackungen diskutiert. Dabei geht es gar nicht nur darum, eine erkleckliche Anzahl von neuen Nichtrauchern zu produzieren, sondern vielmehr darum, dass die Gesellschaft als Ganzes offiziell Stellung bezieht. Dies ist besonders für die Jugend wichtig, wo wir die höchsten Zuwachsraten und den höchsten Anteil an Rauchern verzeichnen. Es geht in diesem Zusammenhang um die Entscheidung der Gesellschaft, dass es etwas wert ist und sich lohnt, „unkonventionell“ zu denken und zu handeln, was das Rauchen betrifft.

Zuletzt noch ein Gedanke zum Verlust der Spiritualität. Diesbezüglich ist auszuführen, dass Suchterkrankungen eine Eigendynamik entwickeln und das Wesen des Menschen verändern. Es kommt ja nicht nur zu Verhaltensauffälligkeiten auf dem Gebiet des Suchtmittelmissbrauchs selbst, sondern zu einer

Vielzahl an Veränderungen innerer Einstellungen, moralischer Wertungen etc. Es ist heute keine Frage mehr, dass die Sucht eine Erkrankung ist und auch einer entsprechenden Therapie bedarf. Offensichtlich stellt aber der sogenannte „eigene Wille“ in diesem Zusammenhang ein großes Problem dar, sodass vielfältige psychotherapeutische Unternehmungen nur bedingt Erfolg aufweisen und dass – eben auch beim Rauchen – nach wie vor extrem hohe Rückfallquoten verzeichnet werden. Was fehlt, ist die Möglichkeit zur Transzendenz, zur Hinwendung an eine Kraft, die stärker ist als man selbst, die einem helfen kann und die in der Gemeinschaftlichkeit des Bemühens verankert ist. Dies wird z. B. äußerst erfolgreich bei den Anonymen Alkoholikern (AA) zur Anwendung gebracht. Es wäre wünschenswert, würden solche Ansätze vermehrt öffentlich angesprochen werden. Denn die Entwicklung, bei welcher die rein individualitätsbezogene psychodynamische Lösung des Problems im Zentrum steht, in welcher nur der Einzelne zählt und der Nabel der Welt ist, ist bisher nicht sonderlich erfolgreich.

Referenzen

- 1 WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO), DILLING H., MOMBUR W., SCHMIDT M. H. (Hrsg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto (1991)
- 2 HEATHERTON T. F., KOZLOWSKI L. T., FRECKER R. C., FAGERSTRÖM K. O., *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire*, Br J Addict (1991); 86: 1119-1127
- 3 ETTER J. F., DUC T. V., PERNEGER T. V., *Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers*, Addiction (1999); 94: 269-281
- 4 PROCHASKA J. O., DICLEMENTE C. C., *Stages of change in the modification of problem behaviors*, Prog Behav Modif (1992); 28: 183-218
- 5 RIGOTTI N. A., *Treatment of tobacco use and dependence*, N Engl J Med (2002); 346: 506-512
- 6 PETERS M. J., MORGAN L. C., *The pharmacotherapy of smoking cessation*, MJA (2002); 176: 486-490

Jeder Raucher schädigt sich selbst

Johannes BONELLI und Klaus FELSENSTEIN

Zusammenfassung

Grundsätzlich muss sehr wohl davon ausgegangen werden, dass jeder Raucher geschädigt wird. Die Tatsache, dass manche Raucher älter werden als andere, hängt wohl damit zusammen, dass sich oft bei einem Patienten mehrere Risiken summieren. Auch Nichtraucher erreichen bekanntlich ein unterschiedliches Lebensalter auf Grund einer gewissen ererbten Konstitution. Deshalb muss prinzipiell davon ausgegangen werden, dass diese unterschiedliche Grundkonstitution die Basis ist, von der aus das individuelle Risiko des Rauchens und dessen Folgen berechnet werden müssen. Man kann diesen Sachverhalt mit Hilfe eines Computermodells sehr gut berechnen. Im Durchschnitt werden die Nichtraucher ca. 82,5 Jahre alt. Raucher sterben hingegen durchschnittlich mit 74,3 Jahren. Aber natürlich gibt es auch (wenige) Raucher, die 90 Jahre alt werden. Sie wären freilich als Nichtraucher fast 100 Jahre geworden!

Schlüsselwörter: Raucher-Risiko, Lebensverlängerung, Überlebenswahrscheinlichkeit

Abstract

Basically it must be assumed that every smoker is likely to be harmed. The fact that many smokers get to be older than other patients can be explained by considering that health risks cumulate in some patients. It is also known that among non-smokers there is an age difference due to inherited constitution and resistances. Therefore one must surmise in principle that the difference in the basic constitution should be the base from which individual health risks due to smoking and the consequences involved should be calculated. It is easy to work out the case circumstances by using a virtual model. The average non-smoker reaches an age of 82.5 years whereas the smoker only an average of 74.3 years. But naturally there are also (few) smokers who become 90 years old. If they had not smoked, they could have reached an age of 100 years.

Keywords: Smoking Risks, Longevity, Probability of Survival

Anschrift der Autoren: Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI
Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Univ.-Prof. Dr. Klaus FELSENSTEIN
Institut für wissenschaftl. Statistik
Technische Universität Wien
Wiedner Hauptstraße 8/10722
A-1040 Wien

Es ist ein schwer erklärbares Phänomen, dass trotz einer weltweiten Anti-Raucher-Kampagne und obwohl jedem Raucher die Schädlichkeit des Rauchens bekannt ist, dennoch immer noch 41% der Männer und 21% der Frauen¹ rauchen. In einer breit angelegten Interventionsstudie konnte die Anzahl der Zigarettenraucher durch eine gezielte Aufklärungskampagne nur um 4% gesenkt werden.² Die Schädlichkeit des Rauchens wird von vielen Rauchern dahingehend relativiert, dass sie behaupten, ihnen würde Rauchen nicht schaden. Dabei wird dann als Argument auf bestimmte Einzelpersonen verwiesen, die bis in ein hohes Alter geraucht hätten, ohne dass gesundheitliche Probleme erkennbar aufgetreten wären. Hier handelt es sich allerdings um einen fatalen Trugschluss, der vielleicht durch eine witzige Bemerkung eines Herrn gut charakterisiert wurde, der auf seine Zigarettenpackung zeigte und meinte: „Hier steht: ‚Rauchen schadet in der Schwangerschaft.‘ – Also kann mir ja nichts passieren.“

Grundsätzlich muss sehr wohl davon ausgegangen werden, dass jeder Raucher geschädigt wird, so wie ja auch bei Hochdruck oder einem Diabetes mellitus selbstverständlich angenommen werden muss, dass jeder betroffene Patient dadurch Schaden erleidet. Niemandem wird es daher in den Sinn kommen, solche Patienten nicht zu behandeln mit dem Argument, dass vereinzelt Diabetiker oder Hypertoniker auch unbehandelt ein hohes Alter erreicht haben.

Die Tatsache, dass manche Raucher älter werden als andere, hängt wohl logischerweise nicht damit zusammen, dass so mancher Raucher „immun“ ist gegen die vielfältigen schädigenden Einwirkungen des Rauchens, sondern dass sich bekanntlich oft bei einem Patienten mehrere Risiken summieren (Cholesterin, Übergewicht, körperliches Training, Diät, Diabetes, genetische Disposition, usw.). Auch Nichtraucher erreichen bekanntlich ein unterschiedliches Lebensalter aufgrund einer gewissen erbten Konstitution. Deshalb muss prinzipiell davon ausgegangen werden, dass diese unterschiedliche Grundkonstitution die Basis ist, von der aus das

individuelle Risiko des Rauchens und dessen Folgen berechnet werden müssen. Mit anderen Worten: Ein Raucher, der 80 Jahre alt wird, wäre ohne Rauchen möglicherweise 88 Jahre alt geworden. Natürlich kann es auch bei einem Raucher vorkommen, dass er durch eine andere Ursache stirbt, bevor sichtbare Raucherschäden aufgetreten waren. Dies gilt für den 50-jährigen Raucher genauso wie für den 80-jährigen.

Man kann diesen Sachverhalt mit Hilfe eines Computermodells sehr gut berechnen (Methode K. FELSENSTEIN³):

Für verschiedene Krankheiten (beispielsweise Tumoren) existieren Studien, inwieweit das Rauchen den Krankheitsverlauf begünstigt bzw. die Sterbewahrscheinlichkeit erhöht. Für Patienten verschiedenen Alters wird das Risiko für ein „Event“ (Tod oder definierter Krankheitsvorfall) bei Rauchern und Nichtrauchern ermittelt. Daraus ergibt sich ein Verhältnis der Risiken, das relative Risiko. Für manche Erkrankungen ist das Risiko für ein Event bei Rauchern fünffach höher als bei Nichtrauchern. Das relative Risiko hängt auch vom Alter des Patienten ab, für Patienten mittleren Alters (50 – 60 Jahre) ist das Risiko für ein Event etwa 2,5 mal höher als bei Nichtrauchern.

Die Überlebenswahrscheinlichkeiten lassen sich auf die theoretische Lebenserwartung umrechnen. In den klinischen Studien sind aber meist nur die Risiken (und damit auch die Überlebenswahrscheinlichkeiten) für die jeweilige Krankheit untersucht worden. Für die Berechnung einer realistischen Lebenserwartung ist es daher notwendig, das allgemeine Sterberisiko in Betracht zu ziehen. Der Patient kann auch an einer von der Krankheit (bzw. vom Rauchen) völlig unabhängigen Ursache wie beispielsweise einem Verkehrsunfall versterben. Das allgemeine Sterberisiko wird den statistischen Sterbetabellen entnommen.

Die tatsächliche Überlebenswahrscheinlichkeit entspricht dem Produkt aus der Überlebenswahrscheinlichkeit, bezogen auf die Krankheit und jener bezüglich allen anderen unabhängigen Faktoren. Zieht man die unter-

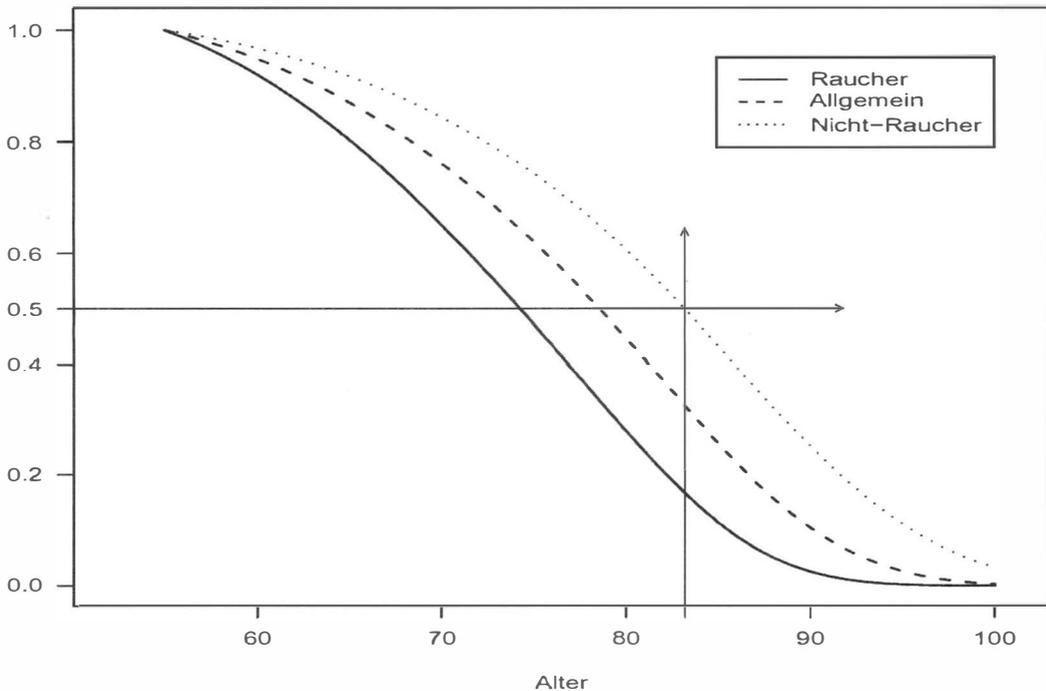


Abbildung 1: Überlebenswahrscheinlichkeit Mann Alter 55 (Lebenserwartung (LE): 23,2 Jahre, LE Raucher: 19,3 Jahre, LE Nichtraucher: 27,5 Jahre)

schiedlichen Risiken für Raucher und Nichtraucher heran, entstehen verschiedene Überlebenskurven. Die geometrische Fläche zwischen beiden Kurven gibt den Unterschied der Lebenserwartung an. Die nach dieser Methode hochgerechneten Differenzen zwischen der Lebenserwartung bei Rauchern und Nichtrauchern decken sich in der Größenordnung mit anderen Schätzungen der Lebenserwartungsdifferenz aus empirischen Untersuchungen.

In Abbildung 1 ist dies anhand eines Diagramms anschaulich dargestellt. Die Kurven zeigen die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Männern ab dem 55. Lebensjahr. Die mittlere Kurve (strichliert) zeigt die Verhältnisse in der allgemeinen Bevölkerung (gemischt Raucher/Nichtraucher), die gepunktete Kurve zeigt die Nichtraucher. Wie man sieht, steigt das Mortalitätsrisiko mit zunehmendem Alter an. Im Durchschnitt (0,5 – horizontaler Pfeil) werden

die Nichtraucher ca. 82,5 Jahre alt, aber viele (50%) sterben eben schon früher bzw. viel früher und viele (50%) später bzw. viel später. Bei Rauchern kommt es zu einer Linksverschiebung der Überlebenskurve. Im Durchschnitt sterben Raucher mit 74,3 Jahren, also um 8,2 Jahre früher als Nichtraucher. Aber natürlich gibt es auch (wenige) Raucher, die 90 Jahre alt werden. Diese wären freilich als Nichtraucher fast 100 Jahre geworden, was aus dem Kurvenvergleich Raucher/Nichtraucher leicht ersichtlich ist.

Liest man das Diagramm vertikal (senkrechter Pfeil), so kann abgelesen werden, dass ein 55-jähriger Nichtraucher mit 50% Wahrscheinlichkeit im 83. Lebensjahr stirbt, während hingegen ein Raucher mit 82% Wahrscheinlichkeit in diesem Alter stirbt. In dieser Lesart wird klar, dass Raucher auf jeden Fall statistisch mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko leben, auch wenn der einzelne vielleicht

trotz des Rauchens ein hohes Alter ohne bis dahin sichtbare Schäden erreichen kann.

Referenzen

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Genf: WHO
- 2 WOOD D. et al., *Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of family heart study*, *Br Med J* (1994); 308: 313-320
- 3 BONELLI J., PRAT E. FELSENSTEIN K., S.O.M. *Sinnorientierte Medizin. Eine Methode zur Risiko-/Nutzen-Analyse medizinischer Maßnahmen am Beispiel der Hormonersatztherapie und der Osteoporosebehandlung*, Imabe-Institut, 2003

S.O.M. Sinnorientierte Medizin*

Eine Methode zur Risiko-/Nutzen-Analyse medizinischer Maßnahmen

In Zeiten der Ressourcenknappheit auf der einen Seite und einer zunehmenden Tendenz zur Medikalisation aller Lebensbereiche auf der anderen wurde mit Unterstützung des Fonds „Gesundes Österreich“ des Gesundheitsministeriums eine Methode zur Risiko-/Nutzen-Abschätzung bei Langzeitbehandlungen über mehrere Jahre erstellt.

S.O.M.-Konzept:

- Entmedikalisierung des Lebens
 - Das Sinnvolle tun / Unnötiges unterlassen
 - Rationalisierung statt Rationierung
 - Qualitätssicherung ohne 2-Klassen-Medizin
- Es geht darum, das Sinnvolle zu tun, aber das Unnötige zu unterlassen, um so gleichsam in einer Umkehrbewegung die Entmedikalisierung des Lebens einzuleiten.

Schlagwortartig könnte man sagen: „Rationalisierung statt Rationierung“. Nur so wird man die steigenden Medikamentenkosten in den Griff bekommen, ohne Qualitätsverlust und ohne Abdriften in eine 2-Klassen-Medizin.

Methode:

- Gewinn/Verlust an gesunden Lebensjahren
 - Lebenszeitrisiko ab Therapiebeginn
- Die S.O.M.-Nutzen-/Risiko-Analyse basiert auf einer kumulativen Gewinn-/Verlust-Bilanz gesunder Lebensjahre für eine bestimmte Therapie sowie auf der Berechnung des Lebens-

zeitrisikos ab einem bestimmten Therapiebeginn. Die Berechnungsmethode wurde von Prof. Felsenstein am Institut für Statistik der Technischen Universität Wien erarbeitet.

Die Methode wurde an folgenden 3 Beispielen angewandt:

1. Lebensstiländerung im Vergleich zur Medikalisation (Relevanzindikatoren)
2. Osteoporosebehandlung
3. Hormonersatztherapie.

1. Beispiel: Lebensstiländerung (Relevanzindikatoren)

Der sicher wichtigste Ansatz zur Entmedikalisierung des Lebens ist wohl eine gesunde Lebensführung. Deshalb wurden die Effektivität bzw. das Ausmaß der Lebensverlängerung bei Lebensstiländerungen als Referenz nach der S.O.M.-Methode berechnet. Danach ist der präventive Wirkungsgrad einer gesunden Lebensführung um eine Zehnerpotenz effektiver als eine präventive medikamentöse Therapie:

Durch Rauchverzicht z. B. kann eine Le-

* Das Imabe-Institut hat mit Unterstützung des Fonds „Gesundes Österreich“ diese Studie fertiggestellt. Die Ergebnisse werden hier stichwortartig dargestellt. Eine ausführlichere Version der Studie (Kurzversion) kann auf der Homepage des Imabe-Instituts unter <http://www.imabe.org/> abgerufen werden.

Bearbeiter: J. BONELLI, E. PRAT, K. FELSENSTEIN

unter Mitarbeit von N. AUNER, R. GLOWKA, M. GROßBERGER, U. KERNDL, J. KÖNIGSEDER, S. MEIN-GASSNER, W. RELLA, C. SCHRAGL, C. UMSCHADEN

bensverlängerung um ca. 8 Jahre erzielt werden. Durch regelmäßiges körperliches Training 2,5 – 6 Jahre, dabei kommt es natürlich auf das Ausmaß des Trainings an. Das Minimum wäre ein tägliches forciertes Gehtraining über 30 Minuten, besser natürlich über 60 Minuten. Die Einhaltung des Normalgewichts bringt 2,5 Jahre und eine gesunde Ernährung zumindest 2 Jahre. Unter gesunder Ernährung versteht man die sog. mediterrane Kost: täglich Obst und Gemüse, fettarme Milchprodukte (Buttermilch, 1%-iges Joghurt), Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Naturreis) und wenig Zucker und Süßigkeiten, weiters Meidung von tierischen Fetten (gesättigte Fettsäuren) und stattdessen Fischöl und pflanzliche Öle (häufig Fisch und wenig Fleisch und Wurst).

Wenn man alle Faktoren zusammen berücksichtigt, ergibt eine gesunde Lebensfüh-

rung einen Gewinn von 15 – 18 zusätzlichen Lebensjahren, während man durch eine primärpräventive Einnahme von Medikamenten z. B. Cholesterinsenker oder Thrombozytenaggregationshemmer bestenfalls 0,5 – 1 Jahr dazugewinnen kann.

2. Beispiel: Osteoporose

Ein weiteres Beispiel zur Entmedikalisierung des Lebens aus der Studie ist der Beginn einer medikamentösen Osteoporosebehandlung z. B. mit Bisphosphonaten auf Basis von Knochendichtemessungen. Heute wird als Normalwert die Knochendichte einer 30 Jahre alten gesunden Frau zugrunde gelegt, ohne dass der normale Knochenabbau im Alter berücksichtigt wird. Die Folge ist, dass sich bei fast allen Frauen ab dem 50. Lebensjahr eine erniedrigte

Effektivität (%)

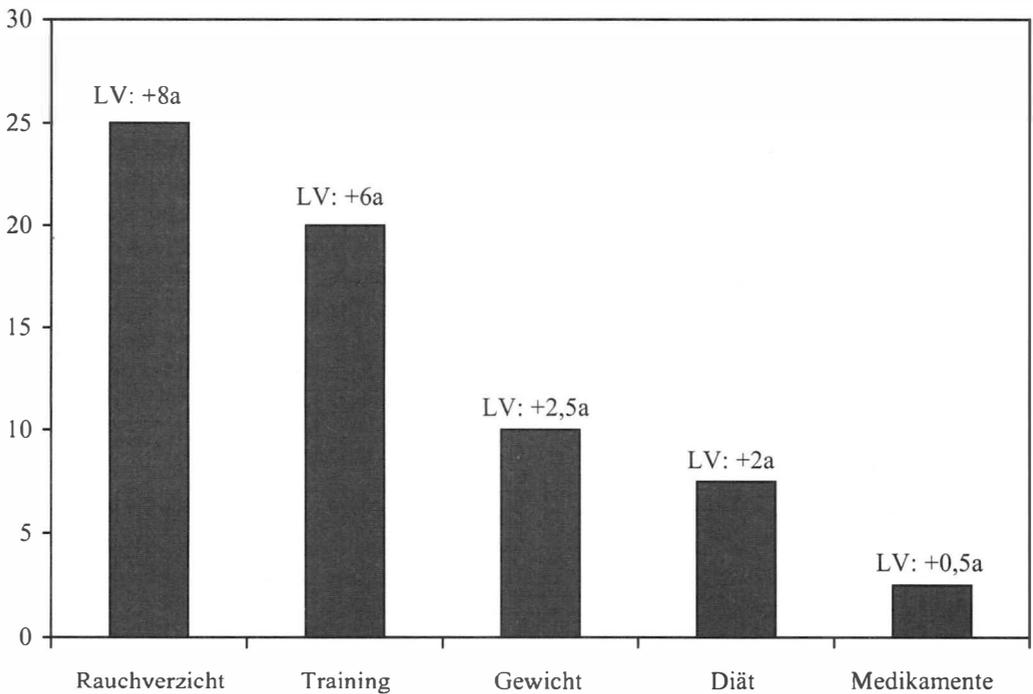


Abbildung 1: Effektivität (Säulen) und Gewinn an Lebensjahren (LV) verschiedener präventiver Maßnahmen

50a	Lebenszeitrisiko			Krankheitsfreie Jahre		
	Kontrolle %	treat %	Diff %	Kontrolle a	treat a	Diff a
Koronare Herzkrankheit	18,26	22,49	+4,23	30,88	30,36	-0,51
Venenthrombosen	7,84	17,16	+9,32	31,53	29,87	-1,72
Schlaganfall	15,92	21,22	+5,30	30,96	30,26	-0,70
Mammakarzinom	9,84	17,89	+8,05	31,35	30,37	-0,98
Gallensteine	31,19	39,92	+8,73	27,14	25,33	-1,81
Brüche (ANY)	38,39	29,73	-8,66	28,40	29,40	+1,00
Kolonkarzinom	5,97	4,16	-1,80	31,83	32,14	+0,30
Summe			+23,90			-4,42
Summe korr. TF = 0,965 (Verlust an gesunden Lebensjahren)						-5,53

Tabelle 1: Globalindex Hormonbehandlung (Primärprävention, 50a, Lebenserwartung: 32,48a)

Knochendichte finden lässt. In der Studie konnte gezeigt werden, dass es nicht sinnvoll ist, gesunde Frauen alleine wegen erniedrigter Knochendichte bereits ab dem 50. Lebensjahr medikamentös gegen Osteoporose zu behandeln. Bei diesen Patienten ist ein Behandlungsbeginn (wenn überhaupt) ab dem 65. Lebensjahr völlig ausreichend. (Entmedikalisierung!)

Bei leichter (präklinischer) Osteoporose ist der Effekt einer Behandlung, die ab dem 65. Lebensjahr begonnen wird, gleich gut wie ab dem 50. Lebensjahr. (Einsparung von 15 Behandlungsjahren = EUR 7.800,— = ca. ATS 110.000,—)

Die präklinische Osteoporosebehandlung führt allerdings nicht zu einer Verhinderung von Knochenbrüchen, sondern eher zu einer zeitlichen Verschiebung um bestenfalls 1,5 Jahre. D. h. Frauen, die Medikamente gegen Osteoporose einnehmen, müssen sehr wohl auch mit dem Risiko einer Knochenfraktur

rechnen, allerdings etwas später als ohne Therapie. Auf alle Fälle ist jedoch eine gesunde Lebensführung gerade zur Osteoporoseprophylaxe unverzichtbar: Gesunde Ernährung (Calcium- und Vitamin-reiche Kost, Bewegung, Meiden von Nikotin und übermäßigem Alkoholkonsum.)

3. Beispiel: Hormonersatztherapie (Dauerbehandlung)

Bekannt ist in der Zwischenzeit, dass die Hormonersatztherapie in Summe mehr schadet als nützt. Wir haben anhand der bisher vorliegenden Literatur diesen Schaden sozusagen quantifiziert. Dabei ergibt sich, dass jede 4. Frau, die eine Hormonersatztherapie als Dauerbehandlung durchführt, mit einer zusätzlichen schwerwiegenden Erkrankung rechnen muss. Oder berechnet auf gesunde Lebensjahre: jede Frau, die eine Hormonbehandlung auf

Dauer durchführt, muss mit einem Verlust von 5,5 gesunden Lebensjahren rechnen:

Netto-Bilanz (Dauerbehandlung ab 50a, vgl. Tabelle I):

- **LEBENSZEITRISIKO: Schaden +24** schwerwiegende Erkrankungen/100 Frauen
[Jede 4. Frau, die eine Hormonbehandlung lebenslang durchführt, muss mit einer zusätzlichen schwerwiegenden Erkrankung rechnen.]
- **VERLUST (an krankheitsfreien Jahren): Schaden -5,5 Jahre**
[Jede Frau, die eine Hormonbehandlung lebenslang durchführt, muss mit 5,5 zusätzlichen Krankheitsjahren im Laufe ihres Lebens rechnen.]

Auch bei nur relativ kurzer Behandlungsdauer z. B. von 5 Jahren muss mit einer schweren Erkrankung in 3 von 100 Fällen gerechnet werden. D. h. jede Frau, auch wenn sie nur eine Hormonbehandlung bis zu 5 Jahren nach der Menopause erhält, muss damit rechnen, dass sie 1 – 1,5 gesunde Lebensjahre verliert:

Netto-Bilanz (5 Jahre Behandlung ab 50a):

- **5-JAHRES-RISIKO: Schaden +3,18** schwerwiegende Erkrankungen/100 Frauen
[3 von 100 Frauen, die 5 Jahre unmittelbar nach der Menopause mit Hormonen behandelt werden, bekommen eine zusätzliche schwerwiegende Erkrankung.]
- **VERLUST (an krankheitsfreien Jahren): Schaden -1,22 Jahre**

[Jede Frau, die eine Hormonbehandlung über 5 Jahre bekommt, muss damit rechnen, dass sie 1,22 Jahre zusätzlich ernstlich krank ist.]

Generell kann also gesagt werden, dass bei einer Hormonersatztherapie (kurzfristig oder als Langzeittherapie) immer mit einem erheblichen Schadensrisiko gerechnet werden muss. Sie sollte daher, wo immer es geht, vermieden werden (Entmedikalisierung). Bei Wechselbeschwerden müssen diese schon sehr ausgeprägt sein (z. B. Arbeitsunfähigkeit), wenn die schädliche Wirkung einer (auch nur kurzfristigen) Hormontherapie zugunsten einer besseren Lebensqualität in Kauf genommen werden soll.

Transplantationsmedizin: Entwicklung in Singapur

In Singapur wurden Leber, Herz und Kornea zur Niere als Organe hinzugefügt, die von allen hirntoten Menschen entnommen werden können, außer diese haben zu Lebzeiten explizit die Organspende abgelehnt. Andere Organe, wie z. B. die Lunge, wurden in diese Regelung nicht eingeschlossen, und zwar aus dem Grund, weil in den Krankenhäusern Singapurs noch nicht die notwendige Erfahrung für Lungentransplantationen besteht. Über diese Erweiterung des „Opt-out“-Systems wurde vor kurzem im Parlament von Singapur debattiert. Die Regierung versicherte, dass nach international anerkannten Protokollen zur Feststellung des Hirntodes vorgegangen und zudem der Organhandel verboten werden wird. Obwohl Moslems vom „Opt-out“-System ausgenommen sind, haben die muslimischen Autoritäten Singapurs eine Fatwa erlassen, die die Spende weiterer Organe erlaubt. Eine frühere Fatwa verlangte zusätzlich zur Zustimmung des Organspenders ebenso das Einverständnis zweier Zeugen aus der engen Verwandtschaft. Nunmehr muss hierfür lediglich einer der beiden Zeugen ein naher Angehöriger des Organspenders sein.

Straits Times, 10. Jänner 2004

Stammzellenforschung: Gesetzeslage in der Schweiz

Die Stammzellenforschung ist derzeit nicht nur auf europäischer Ebene ein brisantes Thema; auch auf nationaler gibt es laufend Debatten und Diskussionen. So wurde zum Beispiel in der Schweiz am 19. Dezember 2003 von National- und Ständerat ein Stammzellenforschungsgesetz verabschiedet, das unter anderem den Verbrauch von als überzählig erklärten Embryonen vorsieht. Im Anschluss an die alles entscheidende Schlussabstimmung schlossen sich sieben Organisationen zusammen, um Unter-

schriften für ein Referendum zu sammeln und so der „Verzweckung“ von menschlichem Leben einen Riegel vorzuschieben. Die Erzeugung überzähliger Embryonen sei nicht verfassungskonform, und entspreche auch nicht dem Fortpflanzungsgesetz. Zudem: Menschen dürfen nicht als überzählig bezeichnet oder gar für Forschungszwecke verwendet werden. Menschenwürde ist weder eine Frage des Alters noch der Überzähligkeit. Weiterhin fehle eine bereits vor Jahren seitens des Bundesrates versprochene Statistik über tiefgefrorene Embryonen.

www.kath.net, 02. Februar 2004

Rauchen: Nikotin erreicht Kinder trotz geschlossener Türen

Kinder von Rauchern haben einer schwedischen Studie zufolge auch dann überdurchschnittlich viel Nikotin im Körper, wenn ihre Eltern Tabak stets außerhalb der eigenen vier Wände konsumieren. Wie der Schwedische Forschungsrat in Stockholm am Dienstag mitteilte, hatten Kleinkinder von Rauchern, die ausschließlich draußen vor verschlossenen Türen und Fenstern rauchten, doppelt so viel Reststoffe von Nikotin im Körper wie Kinder von Nichtrauchern. Bei Rauchern, die in Anwesenheit der Kinder rauchten, war die Menge 15 Mal so hoch.

Die Medizinerin Anna-Karin JOHANSSON von der Universität Linköping hatte Kinder von 366 rauchenden Eltern untersucht. Von diesen gingen 216 nach eigenen Angaben stets nach draußen und achteten darauf, dass ihre Kinder während des Tabakkonsums durch geschlossene Türen und Fenster geschützt waren. JOHANSSON sagte, sie sehe zwei Möglichkeiten zur Erklärung des Nikotins bei den betroffenen Kindern: Entweder könne es durch Kleidung und Haare der Raucher weiter getragen werden. Oder aber die Eltern hätten bei ihren Angaben doch nicht die volle Wahrheit gesagt und seien bei der Verfolgung ihrer selbst gesetzten Raucher-

regeln nicht völlig konsequent. Die Untersuchung dieser Erklärungsmöglichkeiten sei aber nicht Bestand der vorliegenden Arbeit gewesen.

Eine weitere schwedische Studie mit 1600 befragten Eltern von ein- bis zweijährigen Kindern ergab einen Zusammenhang zwischen dem Passivrauchen der Kinder und Atemwegsbeschwerden wie anhaltendem Husten.

DPA, 11. Februar 2004

Rauchen: Erfolgsquoten von Nichtraucherseminaren

Nichtraucherseminare sind in der Lage mehr als 50 Prozent der Raucher vom Glimmstängel wegzubringen. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der Medizinischen Universität Wien, die gemeinsam mit dem Marktforschungsinstitut marketmind durchgeführt wurde. Die Ergebnisse wurden kürzlich in Wien der Öffentlichkeit präsentiert.

„Evaluiert wurde hier der Erfolg der Nichtraucherseminare von Allen Carr's Easyway“, so Studienleiter Manfred NEUBERGER, Leiter der Abteilung Allgemeine Präventivmedizin am Institut für Umwelthygiene an der Medizinischen Universität Wien. Demnach lag die Erfolgsquote nach 12 Monaten bei 53,3 Prozent. 86,3% der Ex-Raucher empfinden ein Gewinngefühl darüber, dass sie nicht mehr rauchen. 58,1% geben an, dass ihr Gesundheitszustand nach 12 Monaten „besser“ bis „viel besser“ sei. An der Studie, die von Juni bis September 2002 durchgeführt wurde, nahmen 537 Personen aus fünf Bundesländern teil. Die Teilnehmer wurden vor Kursbeginn mittels Fragebögen vor sowie nach drei und 12 Monaten mittels computerunterstützten Telefoninterviews befragt. Nach der so genannten Fagerström-Skala war nahezu jeder zweite Kursteilnehmer als stark bis sehr stark nikotinabhängig einzustufen. 78% hatten schon versucht aufzuhören, aber nur 15% waren länger als ein Jahr abstinent.

„Die ehemaligen Raucher gaben

an, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität schon nach drei Monaten signifikant verbessert hat“, berichtet NEUBERGER. Die gefürchtete Nebenerscheinung der Gewichtszunahme habe sich in Grenzen gehalten. Sie lag durchschnittlich bei zwei Kilogramm.

Ausgangspunkt für die Studie war eine Empfehlung der österreichischen Ärzteiniziativa, nach dem Vorbild von Ländern wie den USA auch in Österreich ganze Betriebe rauchfrei zu machen. Dabei sollten kostenlose oder kostengünstige Kurse für Raucher angeboten werden. Die Gruppenkurse von Allen Carr's Easyway schienen insbesondere aufgrund des geringen Zeitaufwands für die geplante Untersuchung bestens geeignet. Die Forderung der Prämisse „wenigstens ein Jahr lang rauchfrei“ sei bei anderen Therapien mit Einsatz von Nikotin und Psychopharmaka nur bei jedem dritten Raucher erfolgreich gewesen, berichtet der Mediziner.

PTE, 22. Jänner 2004

Alkohol: Mitverantwortliches Gen für Abhängigkeit gefunden

Nicht nur soziales Umfeld, Erziehung, Beziehungsnetze, eigene Persönlichkeit und kulturelles Milieu, sondern auch Gene beeinflussen die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, wie schon seit längerer Zeit vermutet wurde. Erstmals haben Wissenschaftler der Washington University School of Medicine ein Gen identifiziert, das das Risiko von Alkoholismus steigern soll, so eine im Magazin „Alcoholism: Clinical and Experimental Research“ publizierte Studie. Dieses Gen, das mit der Bezeichnung GABRG3 belegt wurde, steht mit einem Rezeptor in Zusammenhang, der für den interneuronalen Transport von gamma-Aminobuttersäure (GABA) verantwortlich zeichnet. Bereits andere Studien haben Hinweise erbracht, dass die GABA-Rezeptoren eine wesentliche Rolle bei den Effekten von Alkohol auf das Verhalten spielen könnten. Aufgrund dieser Beobachtungen verstärkte man die Bemühungen, die Gene, welche für die GABA-Rezeptoren kodieren, auf ihren Zusammenhang zur Alkoholabhängigkeit hin zu unter-

suchen. Bereits kleine genetische Unterschiede im Gen CABRG3 scheinen das Risiko der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit zu beeinflussen, doch auf welche Art und Weise dies geschieht, ist nach wie vor ungeklärt.

Alcoholism: Clinical and Experimental Research, (2004); 28: 4-9

Krebstherapie: Klinische Studien helfen den Teilnehmern nicht

Wissenschaftler des Dana-Farber Cancer Institute haben nachgewiesen, dass es wenige Beweise dafür gibt, dass die Teilnahme an Klinikstudien allein den Behandlungserfolg von Krebspatienten verbessert. Viele Menschen glauben, dass ihre Zustimmung zur Teilnahme an Studien allein bereits helfen kann. Die Forscher fanden heraus, dass Patienten von Tests mit nur wenigen vorhandenen Daten mehr Vorteile hatten. So fordern sie in *The Lancet*, dass den Teilnehmern deutlich gemacht werden müsse, dass die Studie nicht durchgeführt werde um ihnen zu helfen, sondern anderen, zukünftigen Patienten.

Es wurde davon ausgegangen, dass manche Patienten jenseits der für die Studie verabreichten Medikamente, auch von anderen Faktoren wie der noch intensiveren Betreuung und anderen möglichen psychologischen Effekten profitieren. Laut den Ergebnissen der aktuellen Studie gäbe es für diese Vorteile wenige Belege. Die Beweise für bessere Ergebnisse seien lückenhaft und könnten durch Faktoren wie einem stärkeren Optimismus der Teilnehmer, ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe oder einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht beeinflusst werden. Zusätzlich sei es möglich, dass Fortschritte erst durch die genauere Überwachung sichtbar würden.

Das Team wertete 26 Studien aus, von denen 14 Vorteile für die teilnehmenden Patienten nahe legten. Die meisten Daten hielten einer Überprüfung jedoch nicht stand. So verfügten zum Beispiel nur neun Studien über die gleichen Kriterien für die Patientenauswahl. Von diesen Studien zeigten laut BBC nur drei, dass Teilneh-

mer bessere Ergebnisse erzielten als Nichtteilnehmer. Weniger als fünf Prozent der erwachsenen Krebspatienten nehmen an klinischen Studien teil.

PTE, 23. Jänner 2004

Lebensschutz: Konsequent, aber in die falsche Richtung

Der englische Bioethiker John HARRIS hat Ende Jänner mit seinen Aussagen für Aufregung gesorgt. Er meinte, dass es moralisch akzeptabel sei, Kinder kurz nach der Geburt zu töten. „Es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum man – aus ethischer Perspektive – über einen Fötus, der sich außerhalb des Mutterleibes befindet, anders denken sollte als über einen Fötus im Mutterleib.“ Damit sehe HARRIS keinen moralischen Unterschied zwischen der späten Abtreibung ungeborener Kinder und der Tötung von Neugeborenen. – Wenn er mit derselben Konsequenz in die andere Richtung gedacht hätte, würde die Schlussfolgerung lauten: da es moralisch inakzeptabel ist, Neugeborene zu töten, ist es ebenso verwerflich, Abtreibungen durchzuführen oder zuzulassen.

<http://news.bbc.co.uk/>, 26. Jänner 2004

Verhütung: Kondome bringen nicht den gewünschten Effekt

Die Verwendung von Kondomen wird häufig mit dem Hauptargument beworben, dass es dadurch möglich sei, die Inzidenz sexuell übertragbarer Krankheiten zu senken. Doch entgegen aller Erwartung und Hoffnung zeigt eine neuerliche Bilanz nicht den erwünschten Effekt, sondern eine eher in die Gegenrichtung tendierende Entwicklung. So berichteten Forscher aus aller Welt auf einer kürzlich in Washington DC abgehaltenen Public-health-Konferenz zum Thema. Neue Statistiken und Studien hätten das Ergebnis erbracht, dass, während die Verwendung von Kondomen vor allem unter Teenagern zugenommen habe, zur selben Zeit in dieser Altersgruppe auch die Inzidenz sexuell übertragbarer Krankheiten, darunter Chlamydien-

Infektionen, Gonorrhö, genitale Herpes- und humane Papillomavireninfektionen, angestiegen sei. Auch zeigten Studien über die sexuelle Aktivität bei Jugendlichen gehäuftes Auftreten von Depressionen, Selbstmord ebenso wie von einer breiten Palette emotionaler Probleme, darunter Verlust von Selbstwertgefühl, Achtung und Vertrauen.

Die konsequente Schlussfolgerung, laut Dr. David HAGAR, müsse daher folgendermaßen lauten: der einzige Weg Jugendlichen zu garantieren, nicht mit sexuell übertragbaren Erkrankungen in Kontakt zu kommen, und zudem auch die Zunahme emotionaler und Verhaltensprobleme zu verhindern, sei die Propagierung sexueller Beziehungen im Rahmen einer monogamen Beziehung innerhalb einer Ehe, und nicht die Werbung für Safe-Sex-Methoden. Ähnliche Statistiken mit der Darstellung einer deutlichen Korrelation zwischen dem Anstieg sexuell übertragbarer Erkrankungen und der zunehmenden Häufigkeit in der Verwendung von Kondomen wurden vom „Center for Disease Control and Prevention“, dem „National Institute of Allergy and Infectious Diseases“, der „American Cancer Society“ und dem „National Institute of Health“ vorgestellt.

Culture & Cosmos: Volume 1, Nummer 20, 23. Dezember 2003

IVF: Mehrlingsschwangerschaften nach künstlicher Befruchtung

Mitte Jänner wurde erstmals berichtet, dass nach einer künstlichen Befruchtung und dem Blastozystentransfer von zwei Embryonen sich im Mutterleib anschließend fünf Embryonen entwickelten. Sechs Wochen nachdem der 38-jährigen Frau die zwei Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt wurden, zeigte die Ultraschallkontrolle, dass sich aus einem dieser Embryonen Drillinge und aus dem zweiten Zwillinge entwickelt hatten. Dieses Phänomen der Embryonenvervielfachung ist kein neues oder unbekanntes; besonders beim Blastozystentransfer, bei dem sich der Embryo etwa fünf Tage lang außerhalb des Mutterleibes entwickelt, bis sich die

Blastozyste gebildet hat, scheint dieses Phänomen gehäuft aufzutreten.

Dies zeigt einmal mehr die Sinnhaftigkeit der Begrenzung der Embryonenübertragung auf einen Embryo, wie sie zur Zeit bereits in den skandinavischen Ländern gehandhabt wird. In Großbritannien werden maximal zwei Embryonen implantiert, in den USA gibt es diese Beschränkung nicht, sodass dort bis zu fünf Embryonen, die durch künstliche Befruchtung gewonnen wurden, der Mutter übertragen werden können. Die Problematik der Mehrlingsschwangerschaften nach IVF und die moralisch fragwürdigen Praktiken des selektiven Fetozids sind eine Folge davon.

FAZ, 14. Jänner 2004

Lebensschutz: Engagements gegen die Abtreibung

In Österreich forderten Sissi POTZINGER, Vorsitzende des Katholischen Familienverbandes Steiermark, Andreas KIRCHMAIR, Vorsitzender des Diözesankomitees der Katholischen Organisationen in der Steiermark, und Vincenz VON LIECHTENSTEIN, ÖVP-Bundesrat, eine tiefgreifende Reform der seit Januar 1974 geltenden Fristenregelung. Jede Frau habe das Recht auf eine kostenlose und ausführliche psychosoziale Beratung und einer ausreichenden Bedenkpause nach dem Beratungsgespräch. Weiters wurde die Trennung zwischen beratendem und abtreibendem Arzt unterstrichen. „Jede Entscheidung für eine Abtreibung ist eine Entscheidung gegen das Leben. Wir wollen aber eine lebensbejahende Kultur“, so POTZINGER. KIRCHMAIR forderte eine Änderung des bestehenden Abtreibungsgesetzes, und bezeichnete die Abtreibung, insbesondere auch die bei behinderten Kindern bis kurz vor der Geburt erfolgenden, als „unerträglich und einer humanen Gesellschaft unwürdig“. VON LIECHTENSTEIN brachte die Abtreibungspolitik in Zusammenhang mit der derzeitigen Pensionsproblematik und den Verschiebungen in der demographischen Entwicklung zur Sprache.

Die Tagespost, 22. Jänner 2004

Palliativmedizin: Notwendigkeit einer adäquaten Ausbildung

Eine große Studie, die zum Ziel hatte, zu evaluieren, wie gut die Pflege und Versorgung sterbender Amerikaner ist, erbrachte ein schlechtes Urteil für amerikanische Krankenhäuser und Hospize. Dr. Joan TENO schließt, dass wir uns auf eine Art „factory medicine“ zubewegen. Viele Familienmitglieder fühlten sich dazu veranlasst, ständig bei den sterbenden Angehörigen anwesend zu sein, um eine qualitätsvolle Pflege ihrer Geliebten zu gewährleisten. Die Studie zeigte, dass nahezu ein Viertel aller in Pflegeheimen Sterbender keine Erleichterung bei Atembeschwerden und etwa ein Viertel keine ausreichende Schmerzmedikation erhielt. Beinahe ein Fünftel der Sterbenden litt, weil das Personal mit der Krankengeschichte des Patienten nicht vertraut war. Wieder einmal zeigt sich hiermit, wie notwendig und unerlässlich die Ausbildung von Pflege- und ärztlichem Personal im Bereich der Palliativmedizin ist.

Boston Globe, 7. Jänner 2003

Euthanasie: Erschreckende Zahlen

Die Zahl der Euthanasie-Toten seit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Belgien beläuft sich auf etwa 1000, so die Schätzung belgischer Ärzte, ganz entgegen der von der Regierung vor kurzem bekanntgegebenen Zahl von 250 offiziellen Euthanasie-Toten. In Belgien sieht die Gesetzgebung die Straffreiheit für die Euthanasie vor, wenn der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe von einem an einer unheilbaren Krankheit leidenden Patienten mehrfach, freiwillig, schriftlich oder vor Zeugen geäußert wurde. Trotz der hohen Dunkelziffer im Wirkungsfeld der Euthanasie-Regelung tritt der Ärztesprecher Wim DISTELMANS dennoch für eine Ausweitung des Gesetzes auf Teenager und chronisch kranke Menschen ein. Weiters plädiert er dafür, dass Ärzte, die die Euthanasie ablehnen, per Gesetz gezwungen

werden sollten, ihre Patienten, die Euthanasie wünschen, an Kollegen, die sich als Euthanasiebefürworter zeigen, weiterzuschicken.

In den Niederlanden, in denen die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung durch einen Arzt vor nun knapp zwei Jahren legalisiert wurden, werden jährlich zusätzlich zu den gesetzlich korrekt ablaufenden Euthanasiefällen rund 1000 Menschen

von Ärzten getötet, ohne zuvor ihre Einwilligung gegeben zu haben, so berichtete Prof. Henk JOCHENSEN, Direktor des Institutes für medizinische Ethik in Ede, auf einer Tagung der Christdemokraten für das Leben.

Angesichts dieser Tatsachen ist es zahlreichen Organisationen und auch vielen engagierten Einzelpersonen ein großes Anliegen, den Ärzten den offenbar verdrängten oder gar ver-

gessenen Hippokratischen Eid wieder vor Augen zu führen: „Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen.“

www.kath.net, 12. Dezember 2003, 4. Februar 2004

Klarstellung der Redaktion zum Beitrag Imago Hominis 4/03 W. RELLA „Orale Kontrazeptiva und Nidationshemmung“

Wir danken Dr. med. A. GRÜNINGER und Dr. med. N. ZWICKY-AEBERHARD für den Hinweis, dass der redaktionelle Kommentar zum oben genannten Beitrag möglicherweise missverständlich interpretiert werden könnte. Daher soll folgende Klarstellung festgehalten werden:

- 1) Die Publikation zeigt auf, dass bei strenger Einnahmedisziplin und ungestörter Pharmakokinetik die „Pille“ *nicht nidationshemmend (frühabortiv)* wirkt.
- 2) Bei korrekter Einnahme, aber gestörter Pharmakokinetik, kommt *weder* die ovulationshemmende *noch* die nidationshemmende Wirkung zum Tragen.
- 3) Also nur bei „schlampiger“ Einnahmedisziplin, aber normaler Pharmakokinetik kann das Hormonpräparat als Frühabortivum wirken.
- 4) Moralisch gesehen ergibt sich daher bei therapeutischer (nicht antikonzeptiver) Indikation der Kombinationspillen/Hormonpflaster folgende Konsequenz: ihre Verwendung ist bedenkenlos, solange die Einnahmeverfahren strikt eingehalten werden. Kommt es versehentlich zum Auslassen einer Pille oder der Ablösung des Hormonpflasters, dann kann das Risiko einer Nidationshemmung nur dann verhindert werden, wenn die Ehepartner für den Rest des laufenden Zyklus auf geschlechtlichen Verkehr verzichten.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2003/5

Editoriale: La legge spagnola 41/2002 e i progetti italiani di direttive anticipate;

A. BOMPIANI: Genomica funzionale e proteomica: recenti sviluppi della ricerca nelle malattie poligeniche e considerazioni etiche;

E. SPAZIANTE: Abortion in the world: statistical update (for thirty countries) with particular attention for United States of America;

D. TORTORETO, E. SGRECCIA: Lo sviluppo sostenibile: considerazioni etiche;

2003/6

Editoriale: Il magistero di Giovanni Paolo II sul valore. La difesa e la promozione della vita umana;

W. J. EIJK: Il rapporto 2001/2002 sulla prassi dell'euthanasia nei paesi bassi: considerazioni critiche;

A. SERRA: Difficili nodi della bioetica oggi;

A. A. BIGNAMINI: Il rischio calcolato e la relazione con l'assistito: aspetto ambivalente della medicina;

M. OPPES: La deontologia medica all'inizio del '900: i principi del primo codice italiano;

A. PERONI: Considerazioni sulla fondazione teoretica per l'etica infermieristica.

RdU RECHT DER UMWELT

Wien, Zeitschrift in Deutsch
10. Jahrgang Heft 4, 2003

Bernhard RASCHAUER: Editorial;
Beiträge:

Herbert WEGSCHEIDER, Stephen SOKOLOFF: Die Praxis des Umweltstrafrechts; Ferdinand KERSCHNER: Abwehrklagen gegen grenznahe Atomkraftwerke (1. Teil).

RdM RECHT DER MEDIZIN

Wien, Zeitschrift in Deutsch
10. Jahrgang Heft 6, 2003

Wolfgang MAZAL: Editorial;
Beiträge:

Lukas STÄRKER: Rufbereitschaft im Arbeits-, Dienst-, Krankenanstalten- und

ärztlichen Berufsrecht;

Sieglinde E. POMMER: Das UbG im Rechtsvergleich;

Alfred HASLINGER: Zur Haftung bundesbediensteter Personen für Fehler an Universitätskliniken.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
11. Jahrgang Heft 4, 2003

Leitartikel:

Marianne HEIMBACH-STEINS: Bildung und Beteiligungsgerechtigkeit. Zu einem sozialethischen Forschungsdesiderat; Hartmut KRESS: Wissenschaftsfreiheit – ein Grundrecht in der Krise. Argumente der Ethik zur Wissenschaftsfreiheit heute. Karl-Friedrich Sewing, Hannover, zum 70. Geburtstag gewidmet; Christoph LÜTGE: Was leistet die kritisch-rationalistische Ethik?;

Diskussionsforum:

Alexandra MANZI: Mythos der unendlichen Rekonstruierbarkeit des Körpers. Wunsch und Wirklichkeit der Regenerativen Medizin am Beispiel der Stammzellforschung.

ANNUARIO FILOSOFICO

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XXXVI/3, 2003

Estudios:

Rafael ALVIRA: Tener y existir, reflexión y donación;

Sixto J. CASTRO: La temporalidad de la obra de arte;

Dolores CONESA: Ontología y barbarie. La recepción de Hegel en el joven Levinas;

Raquel LÁZARO: Un apunte sobre el pensamiento moderno: La Rochefoucauld, B. Mandeville y A. Smith;

Enrique R. MOROS, Richard J. UMBERS: ¿Qué es el conocimiento? La epistemología en los EEUU hoy;

Carlos ORTIZ DE LANDÁZURI: La autotranscendencia del sentido en Wittgenstein;

Sergio SÁNCHEZ-MIGALLÓN: Cuestiones acerca de la objetividad y subjetividad de los valores;

José María TORRAIRA: La racionalidad práctica según Leibniz. Análisis del determinismo en la elección moral;

Julia URABAYEN: La posición en la existencia y la evasión del ser: las primeras reflexiones filosóficas de Emmanuel Levinas.

PERSONA Y BIOÉTICA

Universidad de la Sabana

Trimestrale Zeitschrift in Spanisch

Volume 7 No. 19, 2003

María Helena RESTREPO R.: Editorial;

Hugo Armando SOTOMAYOR TRIBINA: La guerra en Colombia en una perspectiva histórica-antropológica y bioética;

Pedro José SARMIENTO M.: La propuesta de la ética comunicativa y sus debilidades teórico-prácticas en relación con la bioética;

María Luisa PREIFFER: La investigación genética y el derecho a la vida;

Gloria María TOMÁS y GARRIDO: Sabiduría ética e información científica;

Ramón CÓRDOBA PALACIO: El juramento hipocrático: una ética para hoy;

Perla GÓMEZ DI MARCO, Gloria TOMÁS GARRIDO, Mercedes ALMAGRO COST:

Pérdida de alimentos frutihortícolas durante la postcosecha.

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
Anno XIX, n.1 – 2003

Editoriale

Articoli:

Rino FISICHELLA: Famiglia tra cultura e fede;

David SCHINDLER: The Promotion of a Culture of the Family in the Context of the New Evangelization: Theological-Cultural Aspect;

Stanislaw GRYGIEL: Famiglia – cultura;

Livio MELINA: La promozione di una cultura della famiglia dal punto di vista morale;

Juan José PÉREZ-SOBA: Familia, iglesia doméstica; Iglesia gran familia;

Giancarlo PETRINI: Cultura, famiglia e società in America Latina;

Joseph ALENCHERRY: The Promotion of the Truth Concerning the Family in the Context of Religious Pluralism;

- Thérèse NYIRABUKEYE: La défense des valeurs traditionnelles de la famille dans le contexte de la globalisation; Octavio ACEVEDO: La promozione di una cultura della famiglia nei mezzi di comunicazione sociale; Anthony FISHER: Culture of the Family and Bioethics; Livio MELINA: Per una cultura della famiglia. Linee di sintesi; In rilievo: José NORIEGA, Olivier BONNEWIEN: L'unità dell'esperienza cristiana. Cronaca teologica del IV Colloquio di Teologia Morale; Michelle BORRAS: At the Center of Life: Poetry as Trinitarian Conversation in the Mysteries of Charles Pé-guy (part one); C. Lorenzo ROSSETTI: "Vir caput mulieris" (1 Cor 11, 3 – Ef 5, 22)? Indagine teologica sul senso di una metafora circa il rapporto uomo-donna (prima parte); Dominique BARTHÉLEMY: Révélation progressive du thème des épousailles dans le Nouveau Testament.

**DIE KRANKHEITSERFINDER. WIE WIR
ZU PATIENTEN GEMACHT WERDEN**

Jörg BLECH

S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2003

256 Seiten

ISBN-3-10-004410-X

Der Kurs des Gesundheitswesens bereitet derzeit weltweit Kopfzerbrechen. In der Öffentlichkeit ist ständig über die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitssystem die Rede. Ein wichtiger Grund für diese nicht zufriedenstellende Entwicklung dürfte sein, dass die Gesundheitsdefinition der WHO als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ sich überall durchsetzt. Nach dieser Definition wird praktisch jeder Bürger zu einem Kranken gemacht, was die Gesundheitssysteme überfordert und die Medizin in eine Identitätskrise treibt. Die kurative und die palliative Medizin allein genügen nicht mehr. Eine im Dienste der „neuen Gesundheit“ stehende Medizin muss auch für Lebensgestaltung und Persönlichkeitsentfaltung (z. B. Fähigkeitsoptimierung) Sorge tragen. Dafür hat man die sogenannte „Lifestyle-Medizin“ geschaffen. Diese Entwicklung hat natürlich ganz gravierende soziale und ethische Konsequenzen. Soll die Solidargemeinschaft für die Lebensgestaltungswünsche der Einzelnen aufkommen, als ob ihr Mangel eine Krankheit wäre? Das wird nur der Fall sein, wenn es gelingt, diese Mängel als Krankheiten hinzustellen.

Jörg BLECH, Wissenschaftsjournalist, beschäftigt sich in diesem Buch mit einem Megatrend unserer Zeit, der „Medikalisierung“ des normalen Lebens. Normale Prozesse des Lebens (z. B. Schwangerschaft, Altern, aber auch Haarausfall), persönliche und soziale Probleme (z. B. Schüchternheit), Risiken (z. B. Cholesterin, Bluthochdruck) werden als Krankheit verkauft; seltene Symptome werden zu grassierenden Seuchen umdefiniert

(z. B. Männerimpotenz seit der Einführung von Viagra; Osteoporose); leichte Symptome werden als Vorboten schwerer Leiden hingestellt (z. B. Reizdarmsyndrom).

Wer treibt diese Medikalisierung voran? Die Erfindung von Krankheiten ist Wasser auf die Mühlen der Pharmaindustrie und mancher Ärztegruppen, denn für sie ist die gezielte Medikalisierung menschlicher Probleme die geschäftliche Grundlage. Die Abwicklung von „Disease-Awareness“-Kampagnen ist zur Hauptaufgabe der Pharmaindustrie geworden. Ärzte und Medien machen fleißig mit. „Sobald eine Arznei verfügbar ist, versuchen Industriekampagnen, das Leiden in den Köpfen der Ärzte und potenzieller Patienten neu zu definieren“ (Zitiert von BLECH aus einem Aufsatz von David GILBERT im *British Medical Journal*). Wie ist das möglich? Die Forschung sei doch unabhängig. Die medizinischen Zeitschriften wollen nur streng geprüfte Aufsätze veröffentlichen. BLECH bringt im 2. Kapitel (Märchen der Medizin) zahlreiche stichhaltige Daten, mit denen er aufzeigen möchte, dass die Unbestechlichkeit der Forschung ein Trugbild ist, und dass es eine verhängnisvolle Verflechtung von Industrie, Forschern und Therapeuten gibt. Und außerdem verstärke der Hang der Journalisten zur Übertreibung den Trend und dies komme der Pharmaindustrie, die mit Medien gut umgehen kann, zugute. Die erschütternden Ergebnisse einer Harvard-Studie von 2002 über das Ausmaß der Desinformation im Medienjournalismus werden hier ebenfalls zur Untermauerung der Aussagen zitiert.

Unter dem Motto „Ein Gesunder ist falsch untersucht“ beklagt BLECH, dass heute im Gesundheitsbetrieb viel zu viel und sinnlos untersucht wird, bis man irgendetwas findet, das dann regelmäßig kontrolliert werden muss (Kap. 3). Vor allem die Risikofaktoren (Kap. 4) werden von Ärztegruppen und Pharmafirmen systematisch als eigenständige Krankheit dargestellt. Die von ihnen vertretenen Grenzwert-

te ändern sich von Zeit zu Zeit, so dass die Zahl der Kranken wächst und wächst. BLECH beruft sich auf Aussagen von anerkannten Experten, wenn er behauptet, dass die Bedeutung von Cholesterin und Bluthochdruck überbewertet werden. Sie werden so gerne als Risikofaktoren angesehen, weil sie so leicht zu messen sind. Aber auch gegen den Knochenschwund wird ein dramatischer Kampf geführt, der sich größtenteils als völlig unangemessen bis hin zu gesundheitsschädlich entlarvt hat. So wird von BLECH der Flop vieler Gynäkologen beschrieben, die seit Jahrzehnten nicht uneigennützig jeder Frau ab der Menopause eine dauerhafte Hormonsubstitutionstherapie verschreiben. Einige Studien der letzten Jahre haben gezeigt, was schon lange vermutet wird, nämlich, dass diese Therapie weit mehr schadet als hilft. Ein weiterer Flop ist jener der Statine, die nach dem Wunsch der Pharmaindustrie und mancher Ärzte nahezu jeder Mensch lebenslang präventiv einnehmen müsste, um riskante Cholesterinwerte zu vermeiden. Heute ist klar, dass die sehr teure Therapie in den meisten Fällen unverhältnismäßig ist.

Ein richtiges Exerzierfeld der Medikalisierung ist die Psychiatrie. Wahnsinn wird normal bzw. wird Normalität zum Wahnsinn. Gemütszustände, Charaktereigenschaften u. dgl. sollen therapiert werden. Trauer wird zur pathologischen Anpassungsstörung, Eigenbrötelei zur antisozialen Persönlichkeitsstörung. Depressionen, Angsterkrankungen, Süchte heißen die neuen Zivilisationskrankheiten. Gegen Menschenscheu (soziale Angststörung) ist in den USA ein Arzneimittel zugelassen: Paxil. Prozac-Tabletten (in Europa auch Fructin) werden gegen pathologische Anpassungsstörungen verabreicht, aber auch, um einen klaren Kopf zu bewahren, selbstbewusster und extrovertierter aufzutreten. Und für wilde unruhige Kinder, die Konzentrationsschwächen aufweisen und/oder hyperaktiv sind, wird ein Methylphenidat (Ritalin oder Medikinet) verschrieben. Man kann und sollte aber Kinder auch ohne Pillen erziehen.

Ein ganzes Kapitel wird der umfassenden Medikalisierung der Frau gewidmet (Kap. 7), die so weit geht, dass man ohne weiteres einfach von einem Weiblichkeitssyndrom sprechen kann: „Heutzutage gelten die natürlichen Umbruchphasen von Frauen allesamt als medizinische Probleme: Pubertät, Schwangerschaft, Geburt, die Tage vor der Periode („prämenstruelles Syndrom“), die Menstruation und natürlich die Wechseljahre“ (S. 132). Sobald die erste Periode einsetzt, empfiehlt es sich, zum ersten Mal den Frauenarzt zu besuchen, der kontrollieren soll, ob alles in Ordnung ist, und dann als Begleiter in allen weiteren Lebensphasen bleibt.

In der letzten Zeit werden auch die Männer im Megatrend einbezogen (Kap. 8). Dazu wurde eine „Andropause“ erfunden. Es stimmt, dass ab dem vierzigsten Geburtstag der Testosteronspiegel um ca. 1% pro Jahr sinkt. Das ist aber normal und sollte nicht zu einer Krankheit stigmatisiert werden. Die Hormonersatztherapie für Männer ist trotzdem schon unterwegs. Die Präparate sind seit Frühjahr 2003 auf dem Markt. Sie wurden wegen Hypogonadismus (Unterfunktion der Hoden) zugelassen, aber jetzt sind sie frei verfügbar. Wenn es nach dem Wunsch der Pharmafirmen und der sogenannten Andrologen ginge, könnte sich jetzt der Flop der Hormonsubstitution bei Frauen auch bei Männern wiederholen.

Enthaltbarkeit gilt als das neue abweichende Verhalten und wird damit zum Fall der Krankheitserfinder (Kap. 9). Die Medikamente der zweiten sexuellen Revolution heißen Viagra (Pfizer), Cialis (Lilly Icos) und Levitra (Bayer). Sie sollen Männer eine Erektion bis ins hohe Alter ermöglichen, und zwar wann sie wollen und so oft sie wollen. Nun wird auch auf Hochtouren an einem Mittel für die weibliche Libido gearbeitet. In Amerika wird mit einer Substanz namens PT-141 geforscht. Jedenfalls wollen die Marketingleute im Vorfeld der Zulassung des Medikamentes entdeckt haben, dass 43 Prozent der erwachsenen Frauen an sexueller Unlust (weibliche sexuelle Dysfunktion) erkrankt sind (S. 183).

Mit den Fortschritten der Gentechnologie (Kap. 10) schreitet auch die Medikalisierung fort, denn man bildet sich ein, schon vor der Geburt wissen zu müssen, welche Krankheiten anfallen werden, um mit der Medikalisierung zu beginnen. Was das alles an Implikationen haben wird, ist noch nicht ganz durchgedacht, aber wenn es so weit ist, wird man mit riesigen Hypotheken auf die Welt kommen. Jedenfalls wird dann für alle gelten, dass ein Gesunder ein Mensch ist, dessen Erbgut nicht oder noch nicht gründlich genug untersucht wurde“ (S. 205) und die neue Kategorie von Menschen „gesunder Kranker“ oder „noch nicht Kranker“ wird geschaffen.

Die überzogene Medikalisierung führt nach BLECH zu drei Paradoxen (Kap. 11). Erstens: Kostenexplosion ohne Gegenwert. Die Kosten stehen in keinem Verhältnis mehr zu dem, was damit an Gesundheit erreicht wird. Zweitens: Ärzte ohne Illusion. Medizin als Heilkunst hat ausgedient. Medizin ist nun Lebensstiltechnik. Es wird eine neue Erwartung in die Medizin gesetzt: Selbstoptimierung ist mehr als nur gesund werden. Drittens: Gesunde sorgen sich zu Tode. Die Medikalisierung führt zu einer krankmachenden Medizin und die unmäßige Lebenslust schlägt zwangsläufig in Lebensangst um.

Der Autor präsentiert am Ende des Buches fünf Vorschläge für eine Therapie der Krankheits-erfinderei: 1) Schaffung einer Behörde zur Überwachung und Kontrolle der Medikalisierung. 2) Industrieunabhängige Prüfungen von Studien. 3) Förderung industrieunabhängiger Fortbildungskurse. 4) Verhaltenscodex für Ärzte bzgl. ihrer Beziehung mit Pharmafirmen. 5) Vorsorgevorschläge sollen sich an EBM-Richtlinien halten.

Überzogene Medikalisierung ist bis jetzt fast ausschließlich in akademischen Kreisen ein Thema gewesen. Mit diesem Buch wird dieses Problem im journalistischen Stil für ein breites Publikum zugänglich gemacht. Mag sein, dass manches etwas übertrieben wurde, mag auch sein, dass sich Pharmaindustrie und Ärztegruppen durch gewisse Überspitzung schlecht behandelt vorkommen. Im Großen

und Ganzen muss man aber dem Autor Ausgewogenheit bescheinigen. Seine Aussagen sind sehr gut dokumentiert, die meisten Quellen sind Artikel in international anerkannten Fachzeitschriften. Er versäumt es nicht, die großen Leistungen der modernen Medizin zu würdigen, er kann aber richtig zwischen Fortschritt und sinnloser bzw. sinnwidriger Neuerung unterscheiden. Sinnwidrig sind z. B. jene Neuerungen, die keinen angemessenen Dienst an der Gesundheit erfüllen, aber dafür die Kassen von Pharmafirmen oder Ärzten füllen. Davon wird einiges in diesem Buch erzählt. Kein Leser wird durch die Lektüre des Buches verunsichert, und viele werden aufgeklärt.

E. H. PRAT

TOBACCO OR HEALTH?

Knut-Olaf HAUSTEIN

Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2003

446 Seiten

ISBN 3-540-44031-3

Im Vorwort stellt der Autor fest, dass der Verkauf der ersten Version dieses Buches (Tabakabhängigkeit, Deutscher Ärzteverlag, Köln 2000) so erfolgreich unterdrückt worden sei, dass davon kein einziges Exemplar abgesetzt werden konnte. Erst auf Drängen vorwiegend ausländischer Freunde und Kollegen habe er sich zur Verfassung dieser englischen Version entschlossen und die Gelegenheit genutzt, die inzwischen rapide angewachsene Literatur zum Thema einzuarbeiten.

Zunächst sehr trocken gehaltene Aussagen über die Epidemiologie der tabakassoziierten Erkrankungen (über 300 Todesfälle pro Tag in Deutschland, 800.000 jährlich in der EU) werden in einem ausgezeichnet recherchierten Rückblick ergänzt, in welchem die Entwicklung in den letzten 80 bis 90 Jahren analysiert wird, unterstützt von einprägsamen Grafiken und Tabellen.

Neben all den deprimierenden, weithin schon bekannten Fakten bezüglich „Tabakepi-

demie“ lässt der Autor durchaus Raum für Hoffnung, basierend auf der immer effektiver werdenden Einschränkung der Tabakwerbung (bei welcher gerade Österreich und Deutschland nachhinken), der Erhöhung der Tabaksteuer, der Anbringung von Warntexten auf den Zigarettenpackungen etc. Historisch betrachtet seien wir eigentlich „rückschrittlich“, zumal am Beginn des 18. Jahrhunderts der Tabakkonsum in zahlreichen Ländern (z. B. in der Türkei, in Russland, Deutschland und im Vatikan!) verboten gewesen sei, und das Rauchen als Stigma der unteren sozialen Schichten, der Soldaten und der Seeleute erachtet wurde.

Gerade Letzteres scheint sich laut einer deutschen Mikrozensus-Studie (1999) wenig geändert zu haben, der zufolge unter Metallarbeitern, Bauarbeitern und Berufsschauffeuren 50%, unter Wissenschaftlern, Lehrern und Ärzten hingegen „nur“ 20% Raucher zu finden seien. Eine Untergruppe, bestehend aus jüngeren Erwachsenen (20- – 30-jährig) mit niedrigerem Familieneinkommen, weist die meisten Raucher auf (über 50%).

Nach einem sehr informativen Kapitel über das gerauchte Material selbst („Tobacco Constituents and Additives), in welchem die aktuellen Daten über mainstream/sidestream, Nikotingehalt, Benzpyrene, Kohlenmonoxyd etc. vermittelt werden, fehlt auch eine Analyse des nichtgerauchten Tabakkonsums nicht: Kau- und Schnupftabak, die sich mancherorts weiterhin großer Beliebtheit erfreuen, sind als Kokarzinogene beim Magenkarzinom erkannt worden. K.-O. HAUSTEIN erweist sich in der Folge als sachkundig und stilistisch sicher bei der Darstellung der (neuro-)pharmakologischen Wirkung des Zigarettenrauchens, welche der Abhängigkeit zu Grunde liegt.

Ab Kapitel 5 werden die verschiedenen organbezogenen Raucherschäden aufgezeigt und eingehend diskutiert. Natürlich nehmen hier die tabakassoziierten Volkskrankheiten wie die chronisch-obstruktive Bronchitis und das Emphysem (COPD), das Bronchuskarzinom, Asthma (im Kindesalter durch die rau-

chenden Eltern mitbedingt), die koronare Herzkrankheit und die Arteriosklerose des gesamten Gefäßapparates den breitesten Raum ein. Daneben wird aber das Augenmerk auf weniger bekannte Erkrankungen anderer Systeme gelenkt, wie die große Zahl von extrapulmonalen Karzinomen (Magen, Blase, Kolon), welche dazu geführt haben, dass mittlerweile bei Männern *und* Frauen die mit dem Rauchen assoziierten Karzinome für die häufigsten Krebstodesfälle verantwortlich gemacht werden. Ferner werden gut abgesicherte Daten mitgeteilt, dass das Rauchen auch für Diabetes vom Typ 2, manche Augenkrankheiten, schwere Infektionskrankheiten u. a. mindestens bahndend oder auslösend wirkt.

Spezielle Erwähnung finden die Schäden, die das Kind im Mutterleib durch mütterliches Rauchen erleidet wie Frühgeburtlichkeit, Störung der Entwicklung des Atemtraktes, niederes Geburtsgewicht und Neigung zum plötzlichen Säuglingstod (SIDS).

Diese Kapitel erweisen sich besonders gelungen in ihrer didaktischen Struktur, Lesbarkeit, grafischen Ausstattung und Stützung durch aktuelle Literaturzitate.

Wer aus beruflichen Gründen an der fachkundigen Weiterverbreitung von Information über Raucherschäden interessiert ist, findet in HAUSTEINs Buch eine willkommene Quelle zur Selbstbedienung (natürlich unter Wahrung des Copyrights!).

Gut ein Viertel des Buches ist sodann der Prävention und Therapie der Zigarettenabhängigkeit gewidmet. Hier findet sich unter dem Titel „Primary Prevention“ unter anderem eine ausgezeichnete Analyse der Beweggründe für einen Jugendlichen, mit dem Rauchen zu beginnen und unweigerlich frühzeitig abhängig zu werden. In diesem Zusammenhang erhält eine Analyse über „Tobacco Industry, Advertising and Advertising Bans“ ein besonderes Gewicht, welche über die Doppelbödigkeit der (politischen) Argumentation hinsichtlich Tabakwirtschaft und Gesundheitswesen erhaben ist.

Alles in allem kann das Buch „Tobacco or

Health?“ als gelungener Wurf eines Einzelautors und als erstrangige Quelle für Sachinformation bezeichnet werden. Dass es erst einer englischen Version eines ursprünglich deutschen Buches bedurfte, um auf den Markt zu kommen, ist beschämend, soll aber dem vorprogrammierten Erfolg nunmehr keinen Abbruch tun!

Eine sachliche, emotionslose, wissenschaftlich gut gepolsterte Information, zur Weiterverbreitung durch Mediziner, Epidemiologen, sozialkritische Menschen und unabhängige Gesundheitspolitiker bestens geeignet!

F. KUMMER

PSYCHOTRAUMA

Alexander FRIEDMANN et al.
Springer Verlag, Wien 2004
 150 Seiten
 ISBN 3-211-83882-1

Das vorliegende Buch zum Thema „Posttraumatische Belastungsstörung“ bietet einen kurzweiligen Schwerpunkt zu allen wesentlichen Teilfragen dieser in gesundheitspolitischer Hinsicht äußerst relevanten Ebene. Die posttraumatische Belastungsstörung ist ja erst in den letzten Jahrzehnten ins Zentrum der medizinischen Aufmerksamkeit gerückt worden. Dabei ist es gelungen, eine verbesserte Diagnostik und Therapie zur Anwendung zu

bringen. Entsprechungen finden sich eben in den jeweiligen Kapiteln, wo die genaue Diagnostik, aber auch die therapeutischen Möglichkeiten zur Darstellung kommen. Des Weiteren widmet sich der 2. Teil mit dem Titel „spezielle Traumatologie“ speziellen Fragestellungen, wie Traumatisierungen im Kindesalter, aber auch Trauma bei Opfern der NS-Verfolgung bis hin zu Fragen, in welcher Form Entschädigungen durch das Opferfürsorgegesetz geleistet werden können. Differenzierte Darstellungen zu biologischen Aspekten, aber auch zu psychologischen Aspekten von Großschadensereignissen und Katastrophen runden den Querschnitt ab. Das vorliegende Buch ist hervorragend geeignet, nicht nur einschlägigen Therapeuten und ärztlich Tätigen umfassendes Wissen zu posttraumatischen Belastungsstörungen zu liefern; darüber hinaus spricht es sicher eine Vielzahl an Lesern an, sei es, dass es sich um Betroffene handelt, um Interessierte, aber natürlich auch um solche Leser, die sonst in diesem Bereich therapeutisch tätig sind, wie das Pflegepersonal und sonstige Mitarbeiter einschlägiger Einrichtungen. Die Thematik wird tatsächlich umfassend abgehandelt und deshalb stellt dieses Buch sicherlich einen Eckpfeiler der Zusammenschau der aktuellen Erkenntnisse zum Thema Psychotrauma da.

R. M. BONELLI

ANKÜNDIGUNG

Nächste Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem IMABE-Institut:

- 1) Wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft der Ärzte

Tabakassoziierte Erkrankungen: Ein vielschichtiges Phänomen

12. Mai 2004, 19.00 h

Moderatoren: Prim. Univ.-Prof. Dr. F. KUMMER, Prim. Univ.-Prof. Dr. J. BONELLI

Programm

<i>E. PRAT (Wien):</i>	Ethische Bewertung des Rauchens
<i>F. KUMMER (Wien):</i>	Das breite Spektrum von tabakassoziierten Krankheiten
<i>H. POPPER (Graz):</i>	Änderungen im Rauchverhalten der Jugendlichen verändern die Pathologie der Atmungsorgane
<i>P. HOFMANN (Graz):</i>	Psychiatrische Aspekte des Zigarettenrauchens

Veranstalter: Gesellschaft der Ärzte in Wien (Billrothhaus)
Frankgasse 8, A-1090 Wien
Tel: +43-1-405 47 77, Fax: +43-1-402 30 90
<http://www.billrothhaus.at/>

- 2) State of the Art der Wiener Ärztekammer
Siemens Forum Wien, Dietrichgasse 25, A-1030 Wien

Raucher, wo ist dein Bruder?

5. Juni 2004, 9.00 h

Moderatoren: Prim. Univ.-Prof. Dr. F. KUMMER, Univ.-Prof. Dr. C. LEITHNER

Programm

<i>M. NEUBERGER (Wien):</i>	Luftverschmutzung durch Tabakrauch
<i>C. LEITHER (Wien):</i>	Problematik des leichten Rauchens
<i>W. AUNER (Graz):</i>	„Recht auf Rauch“ am Arbeitsplatz
<i>M. KUNZE (Wien):</i>	Rauchverhalten und Schädlichkeitsbewusstsein

Veranstalter: Ärztekammer Wien
Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien
Tel: +43-1-51501-0, Fax: +43-1-51 50-209
<http://www.aekwien.or.at/>

HINWEISE

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) **Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.** ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) **Transplantationschirurgie.** ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) **Sexualität und Verantwortung.** ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) **Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkulären Staat“.** ISBN: 3-85297-002-4

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin,

Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen,

Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich,

Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik,

Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 11 • Heft 2/2004

Schwerpunkt Präventivmedizin I

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	5
AUS AKTUELLEM ANLASS	
M. STOLL „Künstliche Befruchtung: Gesetzlosigkeit in Italien aufgehoben“	7
N. AUNER „Soll PID in Österreich zugelassen werden?“	10
L. KENNER, C. HUTTER „Auf Forschung über menschliches Klonen verzichten!“	12
FOCUS	
E. H. PRAT „Das Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht“	15
SCHWERPUNKT: Tabakrauchen II	
M. KUNZE „Rauchverhalten und Schädlichkeitsbewusstsein“	29
H. POPPER „Veränderungen in der Pathologie der Raucher-assoziierten Erkrankungen“	35
P. HOFMANN, R. BONELLI „Psychiatrische Aspekte des Rauchens“	43
J. BONELLI, K. FELSENSTEIN „Jeder Raucher schädigt sich selbst“	51
AUS DER ARBEIT DES INSTITUTS	
J. BONELLI et al. „S.O.M. Sinnorientierte Medizin“	55
NACHRICHTEN	59
KLARSTELLUNG	62
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	63
BUCHBESPRECHUNGEN	65
ANKÜNDIGUNG	70