

# Vorwort

Die Idee für dieses Buch ist über mehrere Jahre entstanden, die Beobachtungen und zentralen Thesen, die ich darlegen werde, stammen aus der Phase »vor Corona«. Und nun drängt sich die Frage auf: Gibt es noch etwas, das ohne Corona gedacht und beschrieben werden kann?

Kritisch werde ich jedenfalls die Rolle der Medizin in heutiger Zeit hinterfragen. Hat nicht Corona, hat nicht die Krise, die wir im Zuge der Ausbreitung des Virus gegenwärtig erleben sowie der massiven Bemühungen, es unter Verzicht auch auf persönliche Freiheiten und lang erkämpfte und für gegeben geglaubte Individualrechte einzudämmen, mehr als deutlich gemacht, wie wichtig und alternativlos die moderne Medizin ist? Und wie wichtig es ist, dass sie jederzeit gerüstet, ja, hochgerüstet ist? Immer einen Schritt voraus und keinesfalls mit veralteten Waffen und mangelhafter Ausrüstung ausgestattet? Oder würde man das Gegenteil von »mehr Medizin« nicht als zynisch abtun müssen, könnte es nicht fatale Folgen haben, tatsächlich und messbar?

Weniger Medizin – kann das zuweilen nicht doch »besser« sein? Obwohl: Sich pandemisch ausbreitende Seuchen und Erkrankungen, sind sie nicht der unmittelbare Beweis dafür, dass dies nicht stimmen kann? Wäre nicht allein eine solche Behauptung ein Spiel mit dem Feuer? Geben uns nicht die

Medien tagtäglich zu verstehen, dass wir mehr Medizin, mehr Forschung, mehr Effektivität und letztlich mehr Geld und Personal für diesen Wirtschaftssektor brauchen? Wie kann man da ernsthaft von »weniger« sprechen?

Sollte man dieses Buch also nicht gleich zur Seite legen, weil allein die Frage offensichtlich falsch gestellt ist und damit nicht stimmt, nicht stimmen *kann*? Man kann es aber auch anders sehen: Die gegenwärtige Aufruhr- und Aufbruchphase ist ein weiterer Indikator dafür, dass etwas in unserem System grundsätzlich nicht stimmt. Meine Überlegungen könnten durch die Krise noch in ihrer Brisanz unterstrichen werden.

Sie\* werden aufgefordert, sich ein eigenes Bild zu machen. Wie gesagt: Der Ausgang ist ungewiss, nicht weniger für mich. Vielleicht habe ich unrecht. Aber vielleicht ist es gerade jetzt an der Zeit, meine Ideen in den Raum zu stellen, um Entwicklungen in anderen Bereichen mit in Betracht zu ziehen. Als Denkanstöße. Mehr habe ich gerade nicht zur Hand.

Zweifellos: Schon jetzt ist absehbar, dass wir uns in Zukunft stärker Gedanken darüber machen werden, ob jenseits der Medizin nicht auch Aspekte wie ein globales Vernetzen aller Tätigkeiten und damit bedingungslos Voneinander-abhängig-Machen, das Fehlen von Autonomie und Autarkie, die Tatsache, keine Ressourcen mehr in Reserve zu haben, alles »just in time« erledigen und bekommen zu können, die Vorstellung einer völligen Entgrenzung jeglichen wirtschaftlichen Handelns und damit unserer All-Verbundenheit selbst im sozialen Austausch doch sehr deutliche Risse bekommen haben. Und

---

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich in diesem Buch bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Es sind jedoch immer alle Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung gemeint. Die verkürzte Sprachform ist wertfrei.

so mehren sich inmitten der Krise jene Stimmen, die die Geschichte von der Kunst des Weglassens in unterschiedlicher Weise, aber letztlich ähnlich klingend erzählen.

Was ist dann hier neu? Oder ist das Buch nur ein weiteres Echo, ein Widerhall, vielleicht geschrieben von einem »Trittbrettfahrer«? Nun, das kann ich nicht entscheiden. Da sind Sie gefragt. Ich hoffe jedoch, Überlegungen und Beobachtungen zu vertiefen, die eine aktuelle Aufgeregtheit und jedweden Aktionismus überdauern. Insofern geht es nicht nur um mehr oder weniger Medizin, sondern auch um Verzicht und Solidarität, um soziale Nähe und soziale Distanz. Das führt weiter zu spirituellen Fragen, zum Glauben, zur Sinnhaftigkeit sowie einer möglicherweise existierenden »tieferen Quelle«.

Lassen Sie sich überraschen.

### *Das Paradoxon*

Schaut man sich die Kosten und Ausgaben im Gesundheitswesen an, deren Entwicklung sowie die Erfolge und Möglichkeiten, die uns die moderne Heilkunde zu bieten scheint, könnte man meinen, dass hier ein geradezu unendliches Wachstum möglich ist. Es scheint denkbar, die Grenze des Lebens noch weiter nach hinten hinauszuschieben, bis schließlich – manch ein Mediziner oder Gesundheitswissenschaftler mag davon träumen – ein Schlüssel zur Unsterblichkeit gefunden wird.

Gleichzeitig ist es jedoch so, dass der Mensch, gerade wenn er älter wird, sich mehr und mehr von der Vorstellung einer ewigen Jugend, einer ewigen Gesundheit und Unversehrtheit emanzipiert. Seine Zufriedenheit und sein Lebensglück hängen immer weniger, folgt man entsprechenden Statisti-

ken, vom Erhalt oder dem Wiedererreichen des ursprünglich gesunden – vermeintlich idealen – Zustands ab. Mehr noch: Gerade das Akzeptieren von Vergänglichkeit und ein Sich-Arrangieren mit dem oft als schicksalhaft erlebten körperlichen Abbau, gekoppelt jedoch an die Fähigkeit, »loslassen« zu können (ohne die Lebensfreude dabei zu verlieren!), wozu auch das Zurücklassen einer naiven Vorstellung vom »ewigen Leben« gehört, scheinen für viele Ältere eine ganz eigene Schönheit und Zufriedenheit in sich zu begründen. Hier mag es um innere Reifungsprozesse, um eine Art innere Freiheit und, vielleicht, Weisheit gehen – *trotz* nicht zu leugnender äußerer und körperlicher Einschränkungen. Manche Ältere nennen das Lebenserfahrung – und sind dankbar dafür. Die Medizin tritt hier stellenweise in den Hintergrund, Ärzte sind jetzt mehr Begleiter, weniger als Heiler gefragt.

Offensichtlich haben wir es hier mit zwei unterschiedlichen Polen zu tun, man könnte sagen, mit einem Paradoxon: das Dilemma in der Medizin, einerseits mit aller Kraft und allem, was möglich ist, Heilung und Wiederherstellung anzustreben, anstreben zu *müssen*, während andererseits das Objekt dieser Bemühungen, der individuelle, reifende Mensch, immer weniger – in Bezug auf sein persönliches, subjektives Glück und seine Lebenszufriedenheit – an tatsächliche Heilung und den Erhalt dieses Urzustands glaubt oder sich von ihm gänzlich abhängig macht.

Spannen wir den Bogen noch größer.

Wir erleben in unserer Gesellschaft nicht nur in der Medizin ein Dilemma, wo eine generelle Ausgabenexplosion – beschleunigt etwa durch moderne Krebstherapien und ihre immensen Kosten, begleitet von einem ständig bedrohlicher werdenden Fachkräftemangel – Zeichen einer Überhitzung,

eines möglichen »Aus-dem-Ruder-Laufens« ist. Vor allem zeigt es aber die Tatsache an, dass das theoretisch und individuell Machbare nicht immer mit dem praktisch Durchsetzbaren (und Bezahlbaren) sowie dem »allgemein« Gewollten deckungsgleich erscheint.

Das Dilemma finden wir heute vielerorts, fast scheint es, als hätten sich möglichst viele gesellschaftlich und »systemrelevante« Bereiche verabredet, um nahezu gleichzeitig am gleichen Problem zu erkranken: Eine Polarität zwischen dem Möglichen und dem Machbaren, auch zwischen einem objektivierbaren (notwendigen?) Wachstum im Außen und der subjektiven Freiheit des Einzelnen darin – inklusive einer Emanzipation oder bewussten Abkehr von genau jenem Wachstumsdiktat –, sehen wir (neben der Medizin) in zahlreichen volkswirtschaftlichen Entwicklungen, ebenso im Konsumverhalten einer immer größer werdenden Zahl von Menschen: Entschleunigung und Rückzug anstelle von ungebremstem und mechanischem Wachstum, Slow Food statt Fast Food, Regionalität statt globale Märkte, Konsumbegrenzung statt XXL, Wiederverwertung statt Wegwerfmentalität, Klimaneutralität und Nachhaltigkeit statt Ressourcenverschwendung, Gemeinwohlökonomie statt Raubtierkapitalismus.

Zugleich und in Analogie erkennen wir ähnliche Trends im religiösen Kontext, wo die Zahl der Konfessionslosen steigt, gerade in den urbanen Räumen und Ballungsgebieten. Eine große »Abkehr« setzt derzeit ein: Die Zahl der bekennend Gläubigen nimmt ab. Parallel dazu wächst die Gruppe der »spirituellen Atheisten«, also derer, die kein *formales* Glaubensbekenntnis unterschreiben, jedoch nach Sinn und etwas »Höherem« suchen – etwas, das über sie hinausweist und transzendent oder größer erscheint.

Und auch hier, teilt man diese Gruppe weiter auf, ist erneut eine Polarität erkennbar: Da gibt es Menschen, die sich auf einem inneren Erkenntnisweg, einem tiefen Einsichtsprozess befinden, der aufwendig ist, anstrengend, und sich ergebnisoffen gestaltet, der sich stark disruptiv auf den individuellen Lebensweg und die Beziehungen zur Außenwelt auswirken kann. Und dann ist da die zunehmende Schar derer, die Meditation und Achtsamkeit (Mindfulness) als Mittel zur Stressbewältigung betreiben, als schnelle Hilfe in schwierigen Zeiten oder zur Verbesserung der eigenen Konzentration und Leistungsfähigkeit. Bestimmte Nuancen und Übergänge nicht ausgeschlossen, auch die verschiedenen Motive schließen sich nicht gänzlich aus. Wenn aber bei der Achtsamkeit primär die Performance im Fokus steht, das optimale Erfüllen einer erwarteten Funktion und Leistung, dann ist das etwas anderes als der eher gegenteilig ausgerichtete Prozess einer inneren Einkehr und – womöglich – Emanzipation von jener äußerlichen Funktionalität und Ergebnisorientierung.

Phänomene von »McMindfulness« oder »Mindfulness-to-go«, wie man sie provokativ bezeichnen könnte, finden wir ebenso in neuen geisteswissenschaftlichen Strömungen oder mancher Gegenwartsphilosophie, in Teilen der Psychologie, wo nicht selten unter Verwendung von Begriffen wie »Bewusstsein« oder »Integralität« oder im Versprechen eines »Transhumanismus« die Optimierung, letztlich die Ökonomisierung von Geist und Bewusstsein in Aussicht gestellt werden. Die schöne neue Welt von morgen?

Auch die Digitalisierung reiht sich hier problemlos ein, wo einerseits Informationsdemokratie, Transparenz, Grenzenlosigkeit und Vernetzung alles möglich erscheinen lassen, nicht weniger als einen vermeintlich »besseren« Menschen oder of-

fenere Gesellschaften. Andererseits sind Überforderung durch fehlende Informationshygiene, eine Einschränkung von Intimität und Privatheit oder die Erosion ganzer Demokratien (etwa durch ständige Falschmeldungen im Netz) zu einem manifesten Problem und zu einer Bedrohung unserer Zukunft geworden. Nicht zu vergessen: Internetsucht und Burn-out, verbunden mit einem Sich-Verlieren im digitalen Raum, sind neue Krankheiten in einer globalisierten Welt.

Nicht alles, was digital »kann«, ist gut. Doch wer vermag und will den Zug noch lenken, ihn verlangsamen oder gar stoppen? Genau das Gegenteil findet gerade statt.

Ähnliches gilt für die gegenwärtige Klimadebatte, die uns dringend zur Entschleunigung mahnt, dabei das Problem durch technischen Fortschritt, ein *schnellere*s Aufrüsten sowie mehr Nachhaltigkeitsindustrien in den Griff bekommen möchte. Ist das nicht irgendwie paradox? Gerade in diesem Sektor ist eine atemberaubende Beschleunigung auszumachen, eine Tendenz zum »Höher, Schneller, Weiter« mit großer Anziehungskraft und enormen Zuwachsraten. Umweltschutz ist hip. Zeitgleich werden beim CO<sub>2</sub>-Ausstoß weltweit die höchsten Werte seit Aufzeichnungsbeginn registriert. Wie passt das zusammen?

Ökologie ist wieder in Mode. Mehr als je zuvor scheint grün gefragt. Auch philosophische Betrachtungen zu vermeintlich grünen Alltagsthemen erreichen die Mitte, den Mainstream. Philosophen wie Richard David Precht, Ariadne von Schirach, Markus Gabriel oder Wilhelm Schmid (und Robert Habeck!) erzielen mit ihren Büchern und Wortmeldungen zuweilen Kultstatus. Sogar unter Hipstern.

Immer wieder treffen wir auf das gleiche Muster, auf sich scheinbar polar gegenüberstehende Bewegungen: Messbare

Größen zeigen an, dass sich »alles« zu beschleunigen scheint. Menschen wünschen sich jedoch das genaue Gegenteil vom vermeintlich Gegenwärtigen, träumen mehr von einer alternativen, einer ganz anderen Welt. Entschleunigung wird gesucht *und auch gebraucht*.

Dieser Ruf nach einem Weglassen verbindet wie ein roter Faden viele gesellschaftliche Aspekte: Ein Trend demaskiert sich als gemeinsamer Nenner in unterschiedlichen Lebensbereichen und im öffentlichen Diskurs. So ist es nur konsequent, eine primär auf Verwertung abzielende Logik der Ausnutzung von Ressourcen (das Dogma des fortwährenden Wachstums und der reinen Nutzenorientierung) verstärkt mit dem Thema Leere (statt Fülle) zu kontrastieren. Mit Innenraum anstelle von Außenraum. Dieses Denken ist heute alles andere als politisch links. Das ist die neue Mitte.

Ich verfolge die Idee, die beschriebenen Polaritäten in einigen Bereichen exemplarisch genauer zu untersuchen. Und vielleicht punktuell zusammenzuführen. Den Schwerpunkt werde ich als Mediziner dabei – kaum verwunderlich – auf die Medizin und den Glauben legen (Spiritualität, Achtsamkeit, Buddhismus), werde aber ebenso einige ökonomische und ökologische Aspekte näher betrachten sowie die eine oder andere philosophische Stimme zu Wort kommen lassen.

Letztlich geht es um das Aufdecken von möglichen Schnittmengen und gemeinsamen Mustern, die ein größeres Bild erkennen lassen, eine offensichtliche Bewegung hin zu *einer Kunst des Weglassens*.

Teil I

# **Mehr oder weniger Medizin**



# Immer mehr Medizin

Ein wachsender Markt – Der wahre Feind – Wie wollen wir leben? – Voll der Stress – Reicht es für alle? – Was ist das Ziel? – Darf's ein bisschen weniger sein?

Die Gesundheit ist uns etwas wert. Dem Staat und dem Einzelnen. Die Pandemie machte das wieder überdeutlich. Jedoch gilt diese Feststellung generell und über die aktuelle Lage und den Tag weit hinaus.

## *Ein wachsender Markt*

Die Gesundheitswirtschaft setzt sich aus vielen Akteuren zusammen. Dabei unterscheidet man klassischerweise den ersten vom zweiten Gesundheitsmarkt. Den ersten Gesundheitsmarkt bezeichnet man häufig als den eigentlichen Kernbereich, denn er umfasst das, was wir normalerweise unter der Gesundheitsversorgung, generell unter »der Medizin« verstehen. Gemeint sind hier Leistungen, die von den Krankenversicherungen – gesetzlich wie privat – einschließlich der Pflegeversicherung finanziert werden. Im allgemeinen Verständnis sind dies die ärztlichen, therapeutischen und auch pflegerischen Maßnahmen, dazu die verschriebenen Medikamente und Hilfsmittel.

Demgegenüber steht der zweite Gesundheitsmarkt, wo vor allem die privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit gehandelt werden. Dabei ist die Zuordnung, welche Waren und Dienstleistungen einen Bezug zur Gesundheit aufweisen, nicht immer klar, teilweise auch umstritten.<sup>1</sup> Nach gängiger Auffassung finden wir in diesem zweiten Gesundheitsmarkt frei verkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie Teile aus Sport, Freizeit, Ernährung oder dem Wohnen. Erweiterte Therapieverfahren gehören ebenfalls dazu. Dieses sind unter anderem Heilpraktiker- sowie sonstige Beratungs- und Gesundheitsdienstleistungen, die regelmäßig nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Hinzu kommen, zuletzt massiv im Aufwind: Wearables, Gadgets und Apps. Letztere »diffundieren« gerade als Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), staatlich stark erwünscht und gefördert, in den ersten Gesundheitsmarkt hinein und werden dort nun häufig auch als Medizinprodukte klassifiziert.

Man merkt – es wird schwammig. Halten wir fest: Der erste Gesundheitsmarkt umfasst im Wesentlichen das, was vom Staat reguliert und nicht individuell finanziert wird. Und der zweite alles andere.

Und wie verhält es sich nun mit den Ausgaben in vermeintlich normalen Zeiten, das heißt ohne beziehungsweise vor Corona? Der Gesundheitsmarkt, ganz generell, wächst und wächst. Im aufstrebenden zweiten Gesundheitsmarkt, der mit 130 Milliarden Euro inzwischen etwa ein Drittel des ersten ausmacht, erleben wir schon seit über zwei Jahrzehnten unter anderem einen Boom der Freizeit- und Wellnessindustrie. Und der digitale Gesundheitsmarkt hat in den letzten fünf Jahren sein Volumen fast verdreifacht. Tendenz: exponentielles

Wachstum. Die offensichtlich steigenden individuellen Bedürfnisse der Menschen nach stärkerer Selbstregulation und Selbstoptimierung, abzulesen etwa an der rasant zunehmenden Nachfrage nach Angeboten zu Stressabbau, Performance-Verbesserung, Bodyshaping usw., auch mithilfe von digitalen Apps & Co., sowie das selbstgesteuerte Verfolgen (Tracking) von Gesundheitsdaten etwa über das Smartphone oder die Smartwatch spielen hier hinein: Digitale Anwendungen ermöglichen uns als Konsumenten, Therapeuten unserer selbst zu werden. Das mag sich bis zu einem »Gesundheitswahn« steigern – ich werde darauf noch zurückkommen.

Und wie sieht es im ersten Gesundheitsmarkt aus? Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen steigen kontinuierlich an, über die letzten zehn Jahre gemäß Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Bundesamt für Soziale Sicherung um fast 100 Milliarden Euro, auf rund 260 Milliarden Euro jährlich. Die Unternehmensberatung Roland Berger prognostiziert dann auch ein Ansteigen der allgemeinen Beitragssätze zur Krankenversicherung bis zum Jahr 2050 auf bis zu 30 Prozent der Bruttoeinkommen. Natürlich spielen der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung dabei eine entscheidende Rolle, aber ebenso unser individuelles Konsumverhalten, die Preisgestaltung am Markt oder Angebot und Nachfrage: Gesundheit ist teuer geworden. Und sie wird noch teurer. Weil sie es uns wert ist.

Und was bekommen wir dafür? Ohne Frage, das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten und leistungsfähigsten weltweit. Keiner will das bestreiten. Jedoch ist nicht alles Gold, was glänzt, insbesondere wenn man näher hinschaut. Im internationalen Vergleich sind große Unterschiede erkennbar. Einige Teile des Gesundheitssystems stehen besonders gut da,

aber es gibt auch solche, bei denen die Deutschen von anderen Ländern und Systemen etwas lernen können. Ist das ein Klagen auf hohem Niveau? Das mag sein, doch wenn man das Wort »Klage« durch das generelle Ziel einer Verbesserung und Optimierung der Leistungsfähigkeit ersetzt, der messbaren Ergebnisse, so ist es möglich, nüchtern relevante Benchmarks und Outcomes zu betrachten und eben zu vergleichen. Schauen wir auf die relativen Gesamtausgaben im Versorgungssystem, also den Anteil der gesamten Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt, so stellen wir fest, dass Deutschland gemäß der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in der Spitzengruppe gelistet ist: Mehr wurde nur in der Schweiz und – mit erheblichem Abstand auf Platz eins – in den USA für die Gesundheit ausgegeben.<sup>2</sup>

Und die Outcomes? Um die Effektivität eines Gesundheitssystems schnell zu erfassen, kann man sich die durchschnittliche Lebenserwartung anschauen – zugegeben, ein sehr grober, aber dennoch bedeutsamer Parameter in diesem Zusammenhang. Hier belegt Japan mit einer mittleren Lebenserwartung bei Geburt von vierundachtzig Jahren den Spitzenplatz. Die Schweiz befindet sich noch unter den Top Ten. Und Deutschland? Bei gewissen Schwankungen, je nach Jahr und Darstellung, rangiert es auf den Plätzen 30 bis 35. Mehr oder weniger der letzte Platz in Westeuropa.<sup>3</sup> Die USA liegen im Übrigen auf Platz 40 bis 45. Der Unterschied zwischen Japan und Deutschland beträgt etwa drei Jahre, zwischen Deutschland und den USA zwei. Natürlich ist das ein bisschen wie Kaffeesatzlesen, wie der Vergleich zwischen Äpfeln und Birnen. Auch kann man am Beispiel von Japan, mit der weltweit ältesten Bevölkerung (gefolgt von Deutschland), darüber streiten, was eigentlich Henne und was Ei ist: Japan leistet sich ein teures

Gesundheitssystem, hat aber eine hohe Lebenserwartung vorzuweisen – und viele alte Leute. Werden die so alt, weil das Gesundheitssystem so gut ist? Oder ist das System teuer, weil die Älteren und Langlebigen mehr medizinische Betreuung benötigen und tatsächlich auch bekommen? Weitere Begründungen sind ebenfalls denkbar ...

Länder wie Italien oder Stadtstaaten wie Singapur geben jedoch zum Teil erheblich weniger Geld anteilig für die Gesundheit aus und landen dennoch weit vor Deutschland bei der Lebenserwartung. Das hat viele Gründe, sicher aber nicht den, dass die Deutschen zu wenige Gesundheitsdienstleister am Markt haben oder insgesamt zu wenig Geld für die Gesundheit ausgeben – oder zu selten zum Arzt gehen.

### *Der wahre Feind*

Noch mal: Die Menschen in Deutschland gehen häufig zum Arzt, sehr häufig sogar – durchschnittlich bis zu achtzehn Arztbesuche pro gesetzlich Versichertem und Jahr, fast doppelt so hoch wie anderswo. Doch warum gehen sie eigentlich so oft zum Arzt? Was treibt sie dorthin?

Obwohl man einen anderen Eindruck gewinnen könnte, so sind es doch – auf längere Sicht – nicht die Infektionen und Viruserkrankungen, die bei Arztbesuchen an erster Stelle stehen. Schaut man sich die verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen an, haben Beschwerden und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes Priorität.<sup>4</sup> In dieser Gruppe finden wir vor allem Schmerzerkrankungen, wozu auch Rheuma und andere chronisch-entzündliche Krankheiten des Bewegungsapparats gehören. Der unbestrittene Platzhirsch:

Rücken. Als zweite Gruppe folgen die akuten Infekte und Atemwegserkrankungen (manche Statistik führt sie erst weiter unten an).<sup>5</sup> Die Nasennebenhöhlenentzündung würde als Diagnose in dieser Kategorie ganz vorne landen. Den dritten Platz nimmt die große Gruppe der hormonellen (endokrinologischen), ernährungsbedingten und Stoffwechselerkrankungen ein: Diabetes und Fettstoffwechselstörungen – erhöhte Cholesterinwerte im Blut. Dahinter kommen die Herz-Kreislauf-Krankheiten. Auch wenn man hier vielleicht zunächst an den Herzinfarkt oder die koronare Herzkrankheit beziehungsweise eine chronische Herzschwäche denkt, so ist es der Bluthochdruck, der als wahre »Volkskrankheit« diese Kategorie im Wesentlichen bestimmt. Die letzte der großen Gruppen, die aber deutlich auf dem Vormarsch ist, beinhaltet die psychischen Verhaltensstörungen und seelisch-psychiatrischen Krankheiten: Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen.

Sie vermissen Bauchschmerzen? Die verteilen sich in der Liste auf die Gruppe der Schmerz- und chronisch-entzündlichen Erkrankungen (erste Gruppe), der Infekte (zweite Gruppe) oder der ernährungsbedingten und Stoffwechselerkrankungen (dritte Gruppe). Alle genannten Gruppen sind besonders häufig vertreten – und somit auch die Bauchschmerzen, allgemein die Magen-Darm-Beschwerden. Und wie sieht es mit Krebserkrankungen aus? Auch hier gilt, dass diese fraglos häufig sind, sich aber ebenfalls auf die verschiedenen Gruppen verteilen (die Top-Five-Krankheitsgruppen, die in deutschen Arztpraxen angegeben wurden, listeten Krebs nicht als eigene Kategorie).

Entsprechen die genannte Auflistung und Reihenfolge, die zunächst für alle Fachdisziplinen gelten, auch dem Geschehen in der Allgemeinmedizin? Mit dem Hausarzt als erstem An-

laufpunkt in Sachen Gesundheit für die Mehrheit der Bürger? Mit leichten Verschiebungen: Ja. Auch in der Hausarztpraxis stehen die muskuloskelettalen Beschwerden im Vordergrund, gefolgt von den Fettstoffwechselstörungen und hormonellen beziehungsweise ernährungsbedingten Erkrankungen.<sup>6</sup> Danach lauten die Diagnosen Bluthochdruck, depressive Störungen und schließlich Magen-Darm-Funktionsstörungen. Hinzu kommen noch, verteilt über die verschiedenen Beratungen und Behandlungssituationen, die akuten Infekte und Atemwegserkrankungen sowie eine hausärztliche Begleitung bei Krebserkrankungen, Süchten oder anderen eher speziellen Krankheiten. In jedem Fall aber, und das ist festzuhalten, stellen die übertragbaren Erkrankungen *nicht* den größten Teil des Behandlungsgeschehens in den Arztpraxen dar. Ganz im Gegenteil: Ihr Anteil über das gesamte System sowie ihre Bedeutung für Krankheitslast und Sterblichkeit im Gesundheitswesen sind insgesamt eher klein. Hier sind es die nicht übertragbaren Erkrankungen, die sich den Löwenanteil sichern.

Nicht übertragbare Krankheiten, als Oberbegriff von Erkrankungen, zu denen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, chronische (meist nicht infektiöse) Atemwegserkrankungen und psychische Störungen gehören, sind für 86 Prozent aller Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast in der europäischen Region der WHO verantwortlich.<sup>7</sup> Um die Relationen noch eingängiger zu fassen: Laut Statistischem Bundesamt versterben in Deutschland jährlich knapp eine Million Menschen.<sup>8</sup> Etwa 350 000 davon erliegen Herz-Kreislauf-Leiden, 230 000 hatten Krebs, 180 000 Diabetes und 70 000 Atemwegserkrankungen.<sup>9</sup> Bezogen auf einen einzelnen Tag sterben etwa 2600 Menschen, davon 930 Personen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 650 an Krebs und 190 an Krankhei-

ten des Atmungssystems. Von Dezember bis März, also in den kalten Jahreszeiten, sind es durchschnittlich etwas mehr Todesfälle pro Tag, im Sommer weniger. Grippetote (Influenza) machen in diesen allgemeinen und langfristigen Statistiken insgesamt einen kleinen, dennoch nicht unbedeutenden Anteil aus. Aufgrund der Saisonalität schwankt die Zahl der jährlichen Grippetoten: An einer schweren Grippewelle können hierzulande durchaus 20 000 Menschen pro Saison – also innerhalb eines Zeitraums von vier bis sechs Monaten – versterben.<sup>10</sup> Oder noch mehr: Die Grippesaison 2017/2018 war mit 25 000 Todesfällen eine der schwersten seit Langem.<sup>11</sup>

Zu den normalerweise saisonal begrenzten Grippewellen gehören auch Erkrankungen, die durch andere Erkältungsviren – beispielsweise Coronaviren – ausgelöst werden oder durch periodisch auftretende bakterielle Atemwegserkrankungen. Die konkreten Abgrenzungen sind hier mitunter schwierig, nicht nur statistisch, sondern auch medizinisch. Es kann sein, dass wir zukünftig die Coronaviren noch expliziter von den Grippeviren in der Statistik werden abgrenzen müssen. Oder Grippewellen verlaufen insgesamt länger oder auch mehrgipflig, wie die Covid-19-Pandemie. Gerade in ihrer zweiten Welle überstieg die Zahl der Todesfälle durch Covid-19 sogar besonders schwere Grippeverläufe deutlich. An die jährliche Zahl von Toten durch Tabakrauchen – bis zu 140 000 – kommen die virusbedingten Atemwegserkrankungen aber dennoch nicht heran.

Übrigens: Im Krankenhaus sterben täglich 1250 Patienten, 1600 Patienten infizieren sich täglich mit typischen Krankenhauskeimen, meist Bakterien (keine Viren). Dreißig bis sechzig Todesfälle pro Tag gehen auf Infektionen zurück, die Patienten im Krankenhaus bekommen.

Nimmt man die Angaben von WHO, Statistischem Bundesamt und dem Robert Koch-Institut als Grundlage und geht von zirka 850 000 Toten jährlich durch nicht übertragbare Erkrankungen in Deutschland aus, so sieht man schnell, dass bei aller Ernsthaftigkeit und Gefahr, die im Bereich von Viruserkrankungen festzustellen sind, die wahren Bedrohungen unserer Gesundheit und unserer persönlichen Integrität (unseres Lebens!) in der Regel *nicht* von Viren und Mikroben herrühren. Das schließt auch gefährliche bakterielle Erkrankungen und die zu Recht gefürchteten multiresistenten Keime ein, gegen die Antibiotika nur noch wenig ausrichten können: ein fraglos großes und zugleich wachsendes Problem, aber zahlenmäßig eben bei Weitem nicht das größte. Natürlich ist es ein Unterschied, ob sich eine Krankheit chronisch, über Jahre entwickelt, die dann einen vorzeitigen Tod bedeutet – oder ob eine plötzliche Seuche über uns hereinbricht und uns ein schnelles Ende bereitet. Aber bei aller Dramatik: Grippe und Covid-19 stellen keine Volkskrankheiten dar! Ganz anders als etwa die Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebsleiden. Insofern mutet es, mit etwas Abstand, verstörend an, dass im Zuge der Corona-Krise – nicht nur aus dem Munde von Journalisten und Politikern, zumal auch von Gesundheitspolitikern, sondern ebenso von fachlich versierten Wissenschaftlern, Experten also – von einer nahenden »Apokalypse«, von »apokalyptischen Zuständen« im Gesundheitswesen gesprochen wurde. Selbstverständlich, davor würden wir uns wohl alle fürchten, können solch plötzliche Ausbrüche von Krankheiten kurzfristig zu dramatischen Engpässen im Gesundheitswesen führen – zu lokalen und regionalen Häufungen von Fällen, die durch ihre Dynamik innerhalb kurzer Zeit auch zu Bildern von Überforderung und sogar Chaos führen. Bilder, die uns ein Gesund-

heitssystem am Limit zeigen – oder schon jenseits davon. In einer derartigen Situation möchte niemand sein, nicht als Patient, nicht als Helfer oder Behandler, nicht als Krankenhaus, Behörde oder Staat. Das gilt es fraglos zu vermeiden. Doch mit welchen Mitteln, zu welchem Preis?

Ankündigungen eines »unkontrollierbaren Sturms«, Bilder von Menschen, denen man eine notwendige Behandlung versagen muss, damit jemand anderes, der vielleicht eine etwas bessere Überlebenschance hat, sie stattdessen bekommt; das Verhandeln von Tod oder Leben am Krankenbett angesichts von begrenzten Kapazitäten – das scheint wie die Hölle auf Erden. Und sie ist es wohl auch. Aber solche Entscheidungen treffen wir selbst, ein jeder von uns, täglich, aber eher versteckt und individuell, wenn wir uns etwa für einen bestimmten Lebensstil entscheiden. Die Frage nach Leben und Tod kann ebenso mit unserem individuellen Verhalten verknüpft sein: Welchen Risiken setzen wir uns und andere im Alltag aus? Wie mobil sind wir? Was nehmen wir zu uns, auf uns, wenn wir uns eine Zigarette anzünden, Motorrad fahren, Fast Food konsumieren ...

Ein zentraler Unterschied ist hier die Dynamik, die Schnelligkeit, mit der die Konsequenzen sichtbar und spürbar werden. Und es sind eben die Bilder, die uns erreichen, die in unserem inneren Kopfkino entstehen und einen großen Unterschied ausmachen: der Marlboro-Mann am Lagerfeuer oder der Elen-dige auf einer Intensivstation in Norditalien? Solche Bilder erzeugen Angst, Ohnmacht und Kontrollverlust. Und genau dieses Aufgeben der Kontrolle, dieses Ausgeliefertsein (dem Tod oder einem anderen unsichtbaren Feind) ist es, was uns in besonderer Weise besorgt, was Stress macht und letztlich Irrationalität in unserem Denken, Handeln und Reden erzeugt.

Weltweit töten nicht übertragbare Erkrankungen laut WHO jährlich fast fünfzig Millionen Menschen.<sup>12</sup> Töten meint hier: verantwortlich sein für einen vorzeitigen Tod. Was immer das exakt heißt – wie will man im konkreten Fall genau wissen, wann der Tod *sonst* eingetreten wäre, was ein *angemessener* Zeitpunkt gewesen wäre? Dabei sind die nicht übertragbaren Erkrankungen überall auf dem Vormarsch, nicht nur in den industrialisierten Ländern. Erwartet wird ein weiterer globaler Anstieg um etwa 20 Prozent allein in den nächsten zehn Jahren. Egal wohin man schaut, es sind stets die kardiovaskulären Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Leiden), Krebs- und Atemwegserkrankungen sowie Diabetes, welche die vorderen Plätze auch andernorts belegen. Bei den Atemwegsleiden wiederum ist es vor allem die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), häufig in Verbindung mit dem Rauchen oder Asthma, die hier maßgeblich zu Buche schlägt. So ist es eine Mixtur aus Tabakkonsum, mangelnder Bewegung, schädlichem Gebrauch von Alkohol, einer ungesunden Ernährung sowie chronischem Stress, die das Risiko für den Tod durch nicht übertragbare Erkrankungen dramatisch erhöht. Und dazu möglicherweise den Tod im Zusammenhang mit Seuchenausbrüchen im Schlepptau wahrscheinlicher macht.

Nicht übertragbare Erkrankungen werden oft auch als chronische Krankheiten bezeichnet. Das liegt an ihrem meist langjährigen – eben chronischen – Verlauf und lebensbegleitenden Umständen ihrer Entstehung. Hier spielen neben den individuellen biologischen Faktoren (angeborene oder genetische Aspekte, zu denen im Lebensverlauf innerpersönliche hinzukommen, physiologische und psychologische) vor allem Motivation und Verhalten eine wesentliche Rolle. Nicht weniger wichtig sind die Verhältnisse, die Lebensumstände,

die wiederum stark von der Kultur, dem Umfeld, den sozio-ökonomischen Einflüssen (Einkommen, Bildung) und den konkreten strukturellen Möglichkeiten (Chancen) bestimmt werden. All jenen Faktoren ist gemeinsam, dass sie größtenteils veränderbar, zumindest in ihren Konsequenzen modifizierbar erscheinen. Das individuelle Verhalten ist dabei der Dreh- und Angelpunkt. Nicht übertragbare Erkrankungen gelten daher heute als prinzipiell vermeidbar – nicht schicksalhaft. In der Regel.

Diese Erkrankungen werden von mächtigen Kräften gefördert. Hierzu gehören eine zunehmende, zum Teil chaotische Urbanisation (Verstädterung), ein Zusammenballen unnatürlicher Lebenswelten in den Großstädten und Metropolregionen dieser Welt. Eine weitere Kraft ist die Globalisierung nicht nur der wirtschaftlichen, sondern auch der ungünstigen strukturellen und persönlichen Umstände, die Verbreitung ungesunder Lebensstile. Und natürlich zählen dazu überalternde Bevölkerungen. Fehlende Bewegungsräume in den Städten und mangelnde Gelegenheiten zur körperlichen Aktivität, ein grassierender »sitzender Lebensstil« in vielen Schul- und Arbeitswelten sowie eine sich verbreitende ungesunde Ernährung wirken sich hier massiv aus. Eine solche Ernährung basiert auf einem unnatürlich erhöhten Konsum von Zucker und Salz, dazu einer mengenmäßig ungünstigen Zufuhr ungesunder Fette.

Derartige Lebensumstände können sich beim Menschen als erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutzucker-, Blutfett- und Cholesterinwerte oder als Übergewicht auswirken. Ärzte sprechen in diesem Zusammenhang von metabolischen Risikofaktoren – wichtige Treiber für einen verfrühten Tod. Die entsprechenden Erkrankungen werden als Zivilisationskrankheiten

oder »Lifestyle«-Erkrankungen bezeichnet, historisch auch als »Krankheiten der Reichen«. Doch das gilt seit Langem nicht mehr: Verstädterung, Bewegungsmangel, Fast Food, Alkohol- und Tabakkonsum – leider ist aus diesem Giftcocktail ein weltweiter Exportschlager geworden, »gerne« angenommen in Schwellenländern (und dorthin auch verkauft) oder in sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten.

Bei den nicht übertragbaren Erkrankungen haben psychische Krankheiten und Stress als Ursache zuletzt ein rasantes Wachstum erkennen lassen – und so ein zunehmendes Problem offenbart, das uns in Zukunft immer stärker beschäftigen wird, aber auch schon jetzt viele Ressourcen bindet. Stress und generell ein ungesunder Lebensstil tragen weiterhin maßgeblich zu einer erhöhten Anfälligkeit für eine Reihe anderer Leiden bei. Ein Grund mehr, könnte man meinen, die chronischen Krankheiten endlich stärker ins Zentrum von Prävention und Gesundheitsförderung zu stellen: weniger Reparatur, mehr Vorbeugung! Nur ist der Wirtschaftszweig, der den Reparaturbetrieb in Gang gesetzt hat, gegenwärtig noch ungleich größer und einflussreicher als der Gesundheits- und Präventionsbetrieb. Doch das mag sich ändern. Denn eine gute Nachricht ist: Man kann etwas machen, sehr viel sogar. Gesundheit ist gestaltbar. In diesem Zusammenhang konnte 2002 eine weitere wichtige Frage des Harvard-Forschers und Ernährungswissenschaftlers Walter Willett geklärt werden: Es sind überwiegend nicht die Gene oder der Zufall, die Krankheiten wie Diabetes, die koronare Herzkrankheit oder den weit verbreiteten Darmkrebs verschulden.<sup>13</sup> Es ist tatsächlich der Mensch selbst, der dafür verantwortlich ist – sein Verhalten, sein Handeln, sein Lebensstil.