



# MEHR JAHRE FÜR DAS LEBEN ODER MEHR LEBEN FÜR DIE JAHRE?

Joachim Fischer

Auszug aus dem Jahresbericht  
2016 / 2017 des Marsilius-Kollegs





## MEHR JAHRE FÜR DAS LEBEN ODER MEHR LEBEN FÜR DIE JAHRE?

Stellen Sie sich vor, Sie bekämen ein Jahr Leben geschenkt. Was würden Sie tun? Wann und wie würden Sie das geschenkte Jahr einsetzen? Gleich, als ein freies Jahr, ein Sabbatical? Am Lebensende? Als Joker, wenn Sie etwa einen Herzinfarkt oder eine Krebserkrankung erleiden? Was müsste geschehen, damit es ein gutes Jahr wird?

Und stellen Sie sich nun vor, es ginge nicht nur um Sie, sondern um die Bürgerinnen und Bürger einer ganzen Kommune. Im Durchschnitt ein Jahr mehr für jeden? Wäre das Jahr genau gleich auf alle zu verteilen? Oder sollten Benachteiligte in Bezug auf die verbleibende Restlebenszeit mehr erhalten? Was ist, wenn das Jahr mehr zwischen Menschen unterschiedlich viel kostet? Was dürfte das Jahr überhaupt kosten? Was ist, wenn einige Menschen gar kein Jahr am Ende mehr wünschen, sondern eher ein besseres Jahr gleich? Was ist, wenn sich die Ansichten der Bürgerinnen und Bürger über „ein gutes Jahr mehr“ stärker unterscheiden als Parteiprogramme? Womit würden Sie anfangen, hätten Sie politischen Gestaltungsspielraum und Entscheidungsmöglichkeit?

Solche Fragen stellen sich einem Intensivmediziner nicht, der gerade ein an sich gesundes Neugeborenes behandelt, dessen Kreislauf wieder in den vorgeburtlichen Zustand zurückgefallen ist und die Lunge kaum durchblutet. Der Arzt wird alles Verfügbare einsetzen, denn sobald der Kreislauf wieder stabilisiert ist, liegen vor dem Neugeborenen in Deutschland zwischen 73 und 88 Jahre Lebenswartung. Der Unterschied ist abhängig von Geschlecht, Herkunft und Wohnort, doch davon später. Solche Fragen stellen sich auch nicht dem Spezialisten für Infektionskrankheiten, der einem an HIV erkrankten Patienten die heute wirksame Mehrfachkombinations-

Therapie verschreibt – mit dem Wissen, dass kaum ein Mitteleuropäer die Mittel nicht einnehmen würde. Denn statt wenigen Monaten oder Jahren sehen Behandelte wieder einer fast normalen Lebenserwartung entgegen.

Wie aber sieht es etwa in Südafrika aus – einem Staat, in dem HIV-Infektionen teilweise die Erwachsenengeneration ganzer Dörfer so stark dezimieren, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung mancherorts um bis zu 10 Jahre gesunken ist? Die wirksamen Medikamente sind verfügbar und werden im Prinzip sogar nahezu kostenlos ausgegeben. Warum nehmen dann nicht alle HIV-Infizierten die lebensrettenden Wirkstoffe ein?

Sollten sich Mediziner mit solchen Fragen überhaupt befassen? Reicht es nicht aus, die richtigen Medikamente zu verordnen, für alles andere ist der Patient selbst verantwortlich? Reicht es in Mitteleuropa nicht aus, den Patienten darauf hinzuweisen, dass Rauchen gefährlich ist, wie auch sitzender Lebensstil und ungesunde Ernährung? Ist danach nicht der freie Mensch für sich selbst verantwortlich? Und wie sieht es aus, wenn es nicht mehr um Erwachsene geht, sondern um Kinder und Jugendliche? Sollten etwa Eltern gezwungen werden, ihr Kind impfen zu müssen? Oder darf man zum Schutz vor späterem Hautkrebs öffentlich zugänglichen Sonnenstudios verbieten, ihre Dienstleistung an Minderjährige feilzubieten? Bei den Sonnenstudios entschied das Bundesverfassungsgericht, dass das Schutzbedürfnis der Minderjährigen das höhere Rechtsgut sei, als das Recht der freien Berufsausübung der Studiobetreiber. Es bestätigte damit ein gesetzliches Verbot, das unter anderem auf eine Studie des Mannheimer Instituts für Public Health über das Bräunungsverhalten Jugendlicher zurückging.

Das HIV-Problem in Südafrika erschöpft sich nicht im Ausfüllen der Rezepte. Till Bärnighausen vom Institut für Public Health an der Medizinischen Fakultät Heidelberg hat systematisch erarbeitet, welche Maßnahmen in afrikanischen Dörfern dazu führen, dass die an der HIV-Infektion Erkrankten durch das Gesundheitssystem überhaupt erreicht werden und die Medikamente nachhaltig einnehmen. Meisterte eine Kommune diese letzte Meile der Bevölkerungsmedizin, stieg die Lebenserwartung im Durchschnitt wieder um sechs bis acht Jahre an. Weil viele Betroffene wieder am Erwerb teilhaben konnten, stabilisierte sich auch die kommunale wirtschaftliche Situation. Wer die Medikamente einnimmt, spürt rasch Besserung, gewinnt an Kräften und überlebt. Wie aber erreicht man diejenigen, die zwar infiziert

sind, aber subjektiv noch nicht schwer krank, indes krank genug, um von einer frühen Behandlung zu profitieren? Das Beispiel der HIV-Behandlung zeigt, wie komplex der letzte Schritt vom Wissen um die grundsätzliche Wirksamkeit bis zur umgesetzten Effektivität in der Bevölkerung sein kann.

Die klassische Public Health-Forschung hat eine ihrer Wurzeln in der Untersuchung von Risikofaktoren für frühen Tod, etwa durch Herzinfarkt. Einer der bedeutsamen Nachweise aus frühen Langzeitstudien in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts war der Nachweis, dass Rauchen nicht nur das Risiko von Lungenkrebs erhöht, sondern auch das Risiko, Jahrzehnte später einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Wer an Lungenkrebs erkrankt ist, stirbt in der Regel rasch und Heilung ist kaum möglich. Weil mit dem Tod auch die Diskussion über Lebensqualität endet, war und ist für viele Untersuchungen die Sterbewahrscheinlichkeit das über alle Zweifel erhabene Unterscheidungskriterium. Für die angewandte Public Health-Forschung oder Bevölkerungsmedizin ging es im nächsten Schritt darum, erkannte Risikofaktoren zu beseitigen. Beim Rauchen bedarf es dazu letztlich des Willens und der Selbstdisziplin, beim Bluthochdruck reicht mitunter schon die regelmäßige Einnahme einer Pille. Mit der Möglichkeit der Behandlung wurde das Konzept der vermeidbaren Risikofaktoren auch interessant für die Industrie, und zwar nicht nur für die Hersteller von Medikamenten. Implizit galt die Annahme, wer länger lebe habe es sicher besser als jemand, der nicht lebe. Wer das Leben verlängern helfe, vermehre somit das Gute.

Mit der Forschung zu behandelbaren Risikofaktoren entstand auch die Hoffnung, nicht erst bis zum Ableben warten zu müssen, sondern bereits das „Gute“ zu erreichen, wenn es nur schon gelänge, einen der neu identifizierten Risikofaktoren zu behandeln, die sich wie eine Wolke zwischen Gesundheit und ungetrübte Lebenserwartung schieben. Was für den Blutdruck und das Rauchen gelte, müsse doch auch auf andere Risikofaktoren übertragbar sein. Wenn etwa Medikamente das als ungünstig identifizierte LDL-Cholesterin bei Patienten mit Herzinfarkt senken, dann wäre die Hoffnung, dass die Patienten im Durchschnitt länger lebten. Und wenn es gar gelänge, das als ungünstig angesehene LDL-Cholesterin durch die Ernährung zu senken, dann müsste doch als Konsequenz auch längeres Leben folgen. Es gab in der frühen zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts einen erbitterten wissenschaftlichen Streit, ob und wann welche Anteile der Ernährung das Risiko von Herzinfarkt erhöhen. Die eine Gruppe, wesentlich beeinflusst von den Langzeitstudien des amerikanischen Ernährungsforschers Ancel Keys sah als Hauptschuldigen das tierische Fett.

Andere, wie der britische Physiologe und Ernährungswissenschaftler John Yudkin, sahen den steigenden Verbrauch von Zucker und zuckerhaltigen Lebensmitteln nicht nur verantwortlich für den Anstieg an Dickleibigkeit, sondern auch als bedeutsamen Risikofaktor für Herzinfarkt.

Die Deutungsmacht darüber, was gute und gesunde Ernährung sei, gewannen die Amerikaner, unterstützt von namhaften Forschern ausgerechnet an der Universität, die das Wörtchen „Veritas“ im Wappen führt: Harvard. Eigelb und fette Milch galten fortan als schlecht, der Zuckerkonsum stieg, denn ohne Fett schmeckt die Nahrung nicht besonders. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung übernahm die Essenspyramide, nach der Fett zu meiden und ein möglichst hoher Anteil von Kohlenhydraten – also langkettige Zucker – gesund sei. Wer etwas Anderes behauptete galt als Häretiker, wurde wie Yudkin marginalisiert. Krankenkassen finanzierten etwa nur Ernährungskurse, die der „richtigen“ Lehre folgten.

Die fünfzigjährige Geschichte der Fettverteufelung in aller Kürze: Die Vertreter der Fetthypothese hatten beispielsweise – wie kürzlich Medizinhistoriker zeigten – Daten aus einem großen Ernährungsexperiment zurückgehalten, die zeigten, dass mehr Teilnehmer in der Gruppe mit cholesterinsenkender Ernährung gestorben waren, als in der Kontrollgruppe. Zudem hatte Ancel Keys aus seinen Langzeitdaten selektiv berichtet – hätte er alle seine Daten in die Analyse mit einbezogen, hätten die Ergebnisse eher für Yudkin gesprochen. Das wäre jedoch eine ähnlich unbequeme Wahrheit für die Zuckerindustrie gewesen, wie die Befunde zum Rauchen für die Tabakindustrie. Heraus kam eine über Jahrzehnte hochprofitable Low-Fat-Ernährungswelle mit Zucker als neuem Geschmackstoff und eine weltweite Adipositas-Epidemie. Kürzlich erst aufgearbeitete Dokumente beweisen, dass die Zuckerindustrie unter anderem den Leiter der Ernährungswissenschaft an der Harvard School of Public Health dafür bezahlte, Fachartikel zu veröffentlichen, die das Risiko von Zucker herunterspielten. Nicht ganz unberechtigt war also die Frage des Marsilius-Fellow-Kollegen und Theologen Philipp Stoellger im Sommer 2016, woher sich Public Health-Wissenschaftler die Deutungsmacht anmaßten, zu wissen, was gut für die Gesundheit sei. Und wie sie darauf kämen, ihre Anleitungen zur Lebensverlängerung seien ein Weg zu einem guten und gelingenden Leben.

Was unbestritten bleibt, ist die erwähnte Ungleichheit an Lebenserwartung bei der Geburt, abhängig von Geschlecht, Herkunft und Wohnort. So betragen die Unter-

schiede in Deutschland zwischen den Städten oder Kreisen mit der höchsten Lebenserwartung und der geringsten mehr als sieben Jahre: Die rote Laterne hat mit 73,6 Jahren für Männer und 77,7 Jahren für Frauen die Stadt Pirmasens. In Starnberg geborene Knaben erwarten im Schnitt 81,7 Jahre Leben. Frauen, die in Freiburg statt Pirmasens wohnen, erwarten im Durchschnitt 7,3 Jahre mehr Leben. Ein Jahr mehr, das entspräche etwa zwei Dritteln des Unterschieds zwischen der kürzeren Lebenserwartung in Köln im Vergleich zu Dresden.

Woher kommen diese Unterschiede und ist ein Anteil davon beeinflussbar? Ist die Luft am Rhein giftiger als an der Elbe? Oder wohnen etwa am Rhein andere Menschen als in Dresden? Die wahrscheinlichste und zuerst anzunehmende Ursache ist die unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung. So haben ungelernete männliche Arbeitnehmer eine um 15 Jahre kürzere Lebenserwartung als Akademikerinnen. Diese Ungleichheit entlang des sozialen Gradienten ist jedoch nicht in allen Ländern gleich: Sie sind in den Industrienationen etwa geringer in Skandinavien und bedeutsam größer in den USA. Die Unterschiede in den Gesundheitschancen zwischen Bevölkerungsgruppen manifestieren sich bereits im Kindesalter: Wer als Kind weniger sozial gut gestellter Eltern in Deutschland aufwächst, hat über das Leben hinweg ein größeres Defizit an Lebenserwartung als ein Kind aus gleichem Kontext in Schweden oder Dänemark. Je größer die Einkommensungleichheit in einem Land, desto markanter sind auch die Unterschiede in den Gesundheitserwartungen. Sie werden bereits im Kindesalter verstärkt durch entsprechende Betreuungs- und Bildungssysteme oder gelindert. Auch hier ist Deutschland bestenfalls im Mittelfeld.

Es geht also nicht nur um regionale Unterschiede etwa zwischen Dresden und Köln oder Pirmasens und Freiburg, sondern auch um die Ungleichheit innerhalb der Bevölkerung. Aber sind diese Unterschiede veränderbar oder unabdingbare Folge genetischer Disposition? Dieser Frage gingen Forscher an der University of British Columbia in Vancouver für Kinder nach. Seit 2004 verfolgen sie zu diesem Zwecke jedes Kind der Provinz und versuchen, den Einfluss des Wohnquartiers auf die Entwicklung zu verstehen. Eingebettet in diese systematische, bevölkerungsbasierte Forschung haben sie für eine Teilpopulation auch Veränderungen rund um die Gene betrachtet. Das noch junge Gebiet der Epigenetik erforscht, wie die Zelle durch Anlagerung von Molekülen an die Erbsubstanz oder durch verändertes Falten der Erbsubstanz die Ablesewahrscheinlichkeit von Genen verändert.

Frühe epigenetische Forschung konnte im Tierexperiment zeigen, dass sich Erfahrungen im Leben in solchen epigenetischen Veränderungen abbilden und so sogar ohne Veränderung der eigentlichen Gene selbst auf die nächste Generation weitergegeben werden können – ein geschickter molekularer Anpassungsmechanismus an die Umwelt. Die Daten der Kanadier sprechen für folgenden Sachverhalt: Bei gleichen sozialen Voraussetzungen unterscheiden sich Kommunen bedeutsam darin, wie vulnerabel die Entwicklung von Kindern bereits am Ende des Kindergartenalters ist. Diese Unterschiede setzen sich fort bis zum Schulabschluss. Sie zeigen sich in unterschiedlichen Erfolgsraten, Erkrankungsraten und Delinquenz. Die epigenetischen Forscher fanden bei den Kindern tatsächlich bedeutsame Unterschiede, die mindestens teilweise durch Merkmale des Umfelds erklärbar waren.

Diese jüngeren kanadischen Befunde passen zu den Daten einer Langzeitstudie aus der südneuseeländischen Universitätsstadt Dunedin. Die Forscher konnten dort zeigen, dass eine genetische Disposition, genauer eine mit Depression assoziierte Variante eines Rezeptors für einen Botenstoff im Gehirn, allein noch kein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankung bedeutete, sondern erst das Zusammentreffen von Disposition und kritischen Lebensereignissen. In der Metropolregion Rhein-Neckar fragten Forscher der Universität Heidelberg und des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, ob sich molekulare Mechanismen und Reaktionsmuster des Gehirns zwischen Menschen, die in einer Umgebung mit viel Grün aufgewachsen sind, und Stadtkindern unterscheiden. Die Befunde: Wer als Kind in einer Umgebung mit viel Grün aufwuchs, reagiert als Erwachsener im Scanner auf ein Stressexperiment entspannter als Stadtkinder.

Viel spricht dafür, dass über die Gene hinaus Lebenserfahrungen, Bildung, Lebensgewohnheiten, Umfeld und Umwelt unsere Lebenserwartung beeinflussen. Diese Ungleichheit verankert sich früh, wahrscheinlich schon durch epigenetische Veränderungen mit den Erfahrungen in allerfrühester Kindheit. Unklarer sind die Wechselwirkungen, Latenzzeiten und Wirkpfade entlang der Lebensspanne. Läge dann nicht nahe, die spätere Lebenserwartung bereits durch Veränderung am System, an den Lebenswelten der Kinder zu beeinflussen statt durch das Verabreichen von Medikamenten und Ratschlägen an Erwachsene? Und im Erwachsenenalter diejenigen Faktoren zu beeinflussen, die dann Leben und Lebensqualität verkürzen, wie etwa langjährige hohe psychosoziale Belastungen bei der Arbeit oder Einsamkeit im Alter? Welchen Wirkungsgrad müssten Maßnahmen in den Lebenswelten wie Kinder-

gärten, Schulen, Betrieben, Altenheimen entfalten, etwa im Hinblick auf Rauchen, Bewegung, Freude und Zufriedenheit bei der Arbeit oder Einsamkeit im Alter, damit sich die Effekte zu einem Jahr mehr für jeden im Durchschnitt addieren?

Beispiele für erfolgreiche Veränderung der Gesundheit in einer ganzen Region existieren. So etwa in Karelien, im Nordosten von Finnland. Vor vierzig Jahren hatte Nord-Karelien die höchste Herzinfarkttrate in Europa. Eine Gruppe von Public Health-Experten um den finnischen Wissenschaftler Pekka Puska entwickelte ein Konzept für veränderte Ernährung und für Rauchentwöhnung. Puskas Team beschränkte sich nicht auf reine Information und Aufklärung, sondern schulte über 1500 Laien-Multiplikatoren, band Kommunen mit ein, lokale Nahrungsmittelproduzenten, Gesundheitszentren, die Medien. Aber nicht von oben herab, sondern mit Einbezug der Bevölkerung entwickelte das Team attraktive und einfach umzusetzende Lösungen entlang existierender Lebensgewohnheiten. Heute hat Nord-Karelien eine der niedrigsten Infarkttraten in Europa. Schlüssel des Erfolgs war nicht der medizinische Fortschritt, sondern die breite Änderung der Lebensgewohnheiten. Liefse sich Nord-Karelien heute in Mitteleuropa wiederholen?

Indizien, dass eine solche Veränderung bei Kindern möglich sei, kamen beispielsweise aus Baden-Württemberg. 2008 hatte das Mannheimer Institut für Public Health an einem Expertengremium unter Schirmherrschaft des Landesgesundheitsamts und der Robert-Bosch Stiftung mitgewirkt, das ein Handbuch zur „Kommunalen Adipositasprävention bei Kindern“ herausbringen sollte. Aber welche Kommune würde sich dafür begeistern? Was wäre, wenn das Handbuch nicht das Vermeiden von etwas Unerfreulichem für wenige Kinder, sondern das gesunde Aufwachsen für alle behandeln würde? Tatsächlich setzte einer der Bürgermeister der fünf Pilotkommunen für „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ die Empfehlungen als Teil eines familienpolitischen Gesamtkonzepts um. Die 3500 Einwohner-Gemeinde Michelfeld bei Schwäbisch-Hall wollte die familienfreundlichste Kommune im Landkreis werden. Der Bürgermeister hoffte, dadurch junge Familien dafür zu gewinnen, nach Michelfeld zu ziehen und so die stete Abwanderung aus der Kommune in die nahe Mittelstadt und den demografischen Alterungsprozess einzudämmen.

Heraus kamen ein konsequentes Bewegungs- und Ernährungsförderprogramm und ein pädagogisches Förderkonzept, das in Vorschulalter, im Kindergarten und in der Schule griff und die Alltagsgewohnheiten, die Art, wie man in Michelfeld lebt, änderte.

Wer heute durch das Dorf fährt, begegnet auf dem Pausenhof Kindern, die Rad schlagen, auf der Slackline balancieren, Fangen spielen – nur übergewichtige Kinder fehlen. Ob Leistungstests für Rechnen in der dritten Klasse, ob Kinderturntest, ob Bundesjugendspiele oder Rate der Förderempfehlungen bei Schuleintritt: überall ist Michelfeld obenauf in Baden-Württemberg – als hätte jemand den Kindern etwas ins Trinkwasser getan. Damit nicht genug: Das Gewerbesteueraufkommen wie auch die Geburtenrate stiegen deutlich über den Kreis- und Landesdurchschnitt. Waren das mögliche externe Effekte der konsequenten Umsetzung über acht Jahre, des Schaffens verbindlicher Strukturen, des bürgernahen Einbezugs aller, von Kindergärten, Schulen, Kirchen, Vereinen über Elternvertretern für ein gemeinsames Konzept für alle Kinder? War es die Summe der vielen Einzelmaßnahmen wie etwa das Angebot des Kinderturnens für Dreijährige, der tägliche, vom Bürgermeister gesponserte Apfel im Kindergarten oder die neue Turnhalle? Oder war im gesellschaftlichen System der Kommune etwas wie ein neues Selbstverständnis darüber entstanden, was Kinder brauchen? Passte dazu der Beschwerdebrief einer Mutter an den Bürgermeister über die Benachteiligung ihres dreijährigen Kindes durch den Warteplatz für das Kinderturnen?

So gerne wir als Bevölkerungsmediziner diesen Erfolg sahen, könnte es nicht auch der schwarze Schwan sein, das kleine gallische Dorf, die statistische Ausnahme, die zufälligen glücklichen Umstände? Wie könnte überhaupt eine Vergleichsgruppe aussehen? Wie ließe sich eine solch komplexe Veränderung über mehrere Jahre, dazu mit Bürgerbeteiligung wiederholen? Welches Forschungsdesign wäre geeignet, prospektiv zu zeigen, dass hier kausal das Programm und seine Umsetzung gewirkt hatten und nicht etwa zufällige Zuzugseffekte wegen der Neuansiedlung eines Gewerbegebiets?

Nicht nur, dass hier das klassische Paradigma der Lebensverlängerung nicht weiterhilft. Denn wer würde sein Kind zur Ballspielstunde schicken, damit es einmal 85 statt 84 wird? Doch der Perspektivwechsel von Lebensverlängerung auf Lebensqualität ist voller wissenschaftlicher Tücken. Zwar zeigen die Daten weltweit, dass mehr Lebensqualität über längere Zeit überall auf der Welt als unvermeidbare Nebenwirkung auch mehr Lebensdauer beschert. Doch damit wird die wissenschaftliche Herausforderung noch komplexer. Denn die Deutungsmacht darüber, was ein „gutes“ Jahr mehr denn ausmacht, die liegt erst einmal bei jedem Bürger selbst. Was bedeutet das für die Systemverantwortlichen etwa in der Gemeinde, in den Betrieben, in den Kindergärten, in den Altenheimen? Welchen sinnvollen Masterplan könnten wir anbieten? Wie wäre die Umsetzung zu begleiten, um sich wenigstens ansatzweise

dem Anspruch einer wissenschaftlichen Kausalitätsuntersuchung anzunähern? Es galt eine Kommune zu finden, die bereit wäre, die Konzepte aus Michelfeld zu skalieren und auf alle Lebenswelten zu übertragen. Den Umstand zu nutzen, dass mehr Bewegung im Kindergartenalltag allen Kindern zu Gute kommt. Darauf zu bauen, dass gesundheitsförderlichere Arbeitsbedingungen gut sind für alle Beschäftigten, dass von den barrierefreien Wegen zum Stadtzentrum viele Ältere profitieren. Gesundheitliche Wertschöpfung nicht aus dem medizinisch angeleiteten Abwenden von Risiko zu denken, sondern als Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über Maßnahmen dort, wo Menschen ohnehin zusammenkommen und alle erreicht werden – den Lebenswelten.

Die Liste der offenen Fragen, die wir im Herbst 2014 für ein solches Vorhaben erarbeitet hatten, füllte eine ganze Wand im Konferenzraum des Instituts. Wir würden das Wissen von Ökonomen, Politikwissenschaftlern, Rechtsexperten, Stadtplanern, psychiatrischen Epidemiologen, Kleinkindpsychologen, Altersforschern, Arbeitsmedizinern, Betriebswirten, Verwaltungsexperten, Bildungsforschern, Soziologen, Statistikern und Bevölkerungsmedizinern einbringen müssen. Als bräuchte es eine ganze Universität, um ein Dorf wissenschaftlich auf diesem Weg zu begleiten – oder eben einen entschlossenen Bürgermeister, der anpackt.

Was danach geschah ist rasch skizziert: Im Sommer 2015 begeisterten sich der Werkleiter des größten Arbeitgebers der Stadt Gaggenau und der Oberbürgermeister der 30.000 Einwohner für das Konzept, 2016 bewilligte das Wissenschaftsministerium ein dreijähriges Verbundprojekt und ich stellte mich dem kritischen und bereichernden Diskurs im Marsilius-Kolleg. Wir wissen heute, im September 2017, nicht, ob es gelingen wird, diesen Prozess erfolgreich auf den Weg zu bringen, die Bevölkerung nach dem Einbezug in den Dialog auch nachhaltig für einen Weg zu begeistern, der nicht vom Abwenden von Risiko her, sondern über Lebensfreude und soziales Miteinander auf das Verbessern der Lebensqualität und Chancen in jedem Lebensalter wirkt. Ein Prozess, der die vorhandenen Sozialstrukturen in den Quartieren, Nachbarschaften und Ortsteilen beteiligt, die Betriebe, die Kindergärten, die Schulen, die Altenheime, die Gemeindepolitik – in aller Vielfalt, Unterschiedlichkeit und Unvorhersehbarkeit. Für die Public Health ist dieser Versuch der Translation auf der letzten Meile der Bevölkerungsmedizin eine Reise ins Unbekannte, vergleichbar mit früheren Seefahrten zur Erkundung der Terra Incognita. Wir haben gerade einmal die Segel gesetzt und den Hafen verlassen.