

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 42 (2016)

Heft: 3

Artikel: Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung

Autor: Schmidt, Bettina

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800341>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung

Gesellschaftspolitische und sozioökonomische Rahmenbedingungen sind massgeblich für die Entfaltung von Autonomie und Gesundheit. Doch die aktuelle Gesundheitsförderung fokussiert den individuellen Lebensstil und die gesundheitliche Eigenverantwortung. Gesundheitsförderung wird allerdings nicht wirksam unter Bedingungen individualisierter Zuständigkeit für Gesundheit, sondern bedarf einer koordinierten gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Bettina Schmidt

Prof. Dr., Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe,
Immanuel-Kant-Str 18-20, D-44803 Bochum, Tel.: +49 (0)234 3690 11 80,
bschmidt@efh-bochum.de, www.tinyurl.com/zftzvdn

Schlagwörter:

Gesundheit | Gesundheitsförderung | Eigenverantwortung | Fremdbestimmung |

Gesundheit als selbstbestimmtes Recht und humankapitale Pflicht

Der moderne Mensch wird in die Pflicht genommen: Als mündiger Bürger einer aktivierten Zivilgesellschaft hat er eigenverantwortlich Sorge zu tragen für die Gestaltung seines Lebens, für existenzsichernde Arbeit und erholsame Freizeit, für produktive partner- und zivilgesellschaftliche Nachbarschaft. Dem individuellen Recht auf selbstbestimmte Lebensführung ist die Pflicht zur eigenverantwortlichen Lebensbewältigung beigeordnet. Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich. In der «Gesundheitsgesellschaft» (Ilona Kickbusch) soll jeder Mann und jede Frau die eigene Gesundheit fördern, eifriges Gesundheitsverhalten, mündiges Patientenverhalten und kostenbewusstes Versichertenverhalten zeigen, um langanhaltende Gesundheit, schnelle Genesung und finanzierbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gesundheitsförderung gilt nicht mehr als gesamtgesellschaftlicher Gemeinschaftsauftrag, der mittels «Health in all Policies» allen Menschen grösstmögliche gesundheitliche Selbstermächtigung erlaubt, sondern ist kondensiert zu einer «Gesundheitsprävention», die vom Individuum erwartet, dass es sich um sein individuelles Humankapital vor allem selbst kümmert.

Auch wenn viel gespottet wird über den Begriff Gesundheitsprävention (soll damit Gesundheit verhütet werden?), wird er hier verwendet, denn er pointiert die Unterschiede zwischen der gesamtgesellschaftlich orientierten und der individuenzentrierten Gesundheitsförderung. Prävention (lat. praevenire) meint bekanntlich zuvorkommen: einer unerwünschten, schädlichen Entwicklung oder einem belastenden Zustand zuvorkommen. Ernsthaft will wohl niemand Gesundheit verhüten. Gleichwohl fungieren zunehmend mehr Programme und Aktivitäten unter «Gesundheitsprävention». Die so bezeichneten Aktivitäten richten sich an das Individuum und seine Aufgabe, sein Verhalten

zu ändern – exemplarisch zu nennen sind beispielsweise Ernährungskurse oder Rückenschulen. Diese Massnahmen schaden zwar unter optimalen Bedingungen der Gesundheit nicht, aber sie verhüten auch Krankheiten nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleichermassen. Gesundheitsprävention nutzt v.a. Menschen aus gehobenen Sozialschichten mit überdurchschnittlich vielen Gesundheitsressourcen und -optionen und stärkt somit eine ohnehin blühende Bevölkerungsgruppe. Menschen aus niedrigen Sozialschichten mit weniger Gesundheitsressourcen und -optionen profitieren kaum von der individuen- und verhaltenszentrierten Gesundheitsprävention.

Ebenso wenig wie es ausreicht, sich engagiert um einen guten Arbeitsplatz zu bemühen, um einen guten Arbeitsplatz zu bekommen, reicht es aus, sich engagiert um gute Gesundheit zu bemühen, um gute Gesundheit zu bekommen: 30 Mio. Menschen in Deutschland leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung,¹ und Menschen aus niedrigen Sozialschichten sterben rund zehn Jahre eher als Menschen aus hohen Sozialschichten.² Offensichtlich lässt sich Gesundheit nicht mühelos in Eigenregie herstellen. Die Vorstellung, dass sich Einzelne zu ungesund benommen haben und darum selbstverschuldet erkranken bzw. früh versterben, greift zu kurz, da das die strukturellen Ursachen der verhaltensbezogenen Ursachen unterschiedlicher Gesundheitszustände ignoriert.³ Nur wenn relevante Basisvoraussetzungen (gesundheitspflegliche Arbeits- und Wohnbedingungen, adäquate Gesundheitsversorgung etc.) gesichert sind, können Menschen ihre Gesundheitspotenziale selbstverantwortlich entfalten. Ohne das gesicherte Fundament unterstützender Voraussetzungenleistung ist gesundheitliche Eigenverantwortung unredlich, da sie Menschen Leistungen und Leistungserfolge abverlangt, die sie nicht erbringen können. Zweifellos ist es sinnvoll, dass sich jede/r um ihre/seine Gesundheit kümmert. Konkret stellen sich folgende Fragen: Welche Art von Gesundheit soll erreicht werden und warum? Welche Menschen werden besonders häufig zu mehr Gesundheitsprävention aufgefordert und warum? Welche Effekte sind für welche Personen zu erwarten? In den folgenden Abschnitten wird diesen Fragen nachgegangen und nach erfolgversprechenden Möglichkeiten gesucht, um gute Gesundheit für alle Menschen herzustellen.

Über welche Gesundheit reden wir, und wer ist dieses wir?

Viele Jahrhunderte wurde Gesundheit als Teil einer fest gefügten göttlichen oder schicksalhaften Ordnung betrachtet und nur als begrenzt beeinflussbar wahrgenommen. Jeder Mensch hatte seine eigene Gesundheit, und damit galt es sich zu arrangieren.⁴ Der wissenschaftliche Wissenszuwachs beförderte Erkenntnisse über Einflussmöglichkeiten von Gesundheit, und lange Zeit waren vornehmlich die Gesundheitsprofis vornehmlich zuständig für die Bevölkerungsgesundheit. Seit die Kompetenzgrenzen der Heilberufe, z.B. bei chronischen Krankheiten, sichtbar werden, wird mehr Verantwortung den (potenziellen/künftigen) PatientInnen zugewiesen. Jede/r soll sich um ihre/seine Gesundheit möglichst selbst kümmern. Diese gesundheitsbezogene Verantwortungsverlagerung auf die Einzelnen passt zum herrschenden neoliberalen Zeitgeist, der seit einigen Jahren auf den schlanken Staat und die schlanken BürgerInnen setzt, um ehemals öffentliche Zuständigkeiten zu reduzieren bzw. zu privatisieren.

Auch wenn es intuitiv plausibel erscheint, dass sich gute Gesundheit mit etwas gutem Willen – umgesetzt als ausgewogene Ernährung, genügend Bewegung, massvollen Genussmittelkonsum – gut selbst herstellen lässt, sieht die Wirklichkeit anders aus: Gute Gesundheit ist nicht vornehmlich individuell, sondern sozial ungleich verteilt, und wirksames Gesundheitshandeln ist komplizierter als es die «Heilige Dreifaltigkeit des Gesundheitsrisikos»⁵ (viel essen, wenig bewegen, rauchen) nahelegt.

Verengtes Bild von Gesundheit

Die Gesundheitsprävention zielt auf ein enges Gesundheitsverständnis. Zwar fehlt in öffentlichen Debatten selten der Verweis auf die ganzheitliche Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation, doch faktisch geht es nicht um vielgestaltiges Wohlbefinden, sondern um biomedizinische Normgerechtigkeit, funktionstüchtige Leistungsfähigkeit und eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten. Niemand formuliert das so scharf. Allerdings genügt ein kurzer Blick in den aktuellen «Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung» des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit⁶ – und dieser darf durchaus als exemplarisch gelten –, um zu zeigen, dass ein gesunder Mensch durch folgende typische Merkmale gekennzeichnet ist (alle aufgeführten Normen sind dem Ratgeber entnommen): Er hat einen Body-Mass-Index zwischen 19 und 25, isst täglich 5 Portionen Obst und Gemüse, bewegt sich mindestens 2,5 Stunden pro Woche, genießt sein Frühstück, seinen Feierabend und seine Freunde, nutzt verlässlich sowohl Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen als auch Kondome, ist rauchfrei und konsumiert alkoholische Getränke wenn überhaupt nur in Standardgetränk-Mengen – und ausserdem setzt er sich nicht unter Druck und erwartet auch nicht zu viel von sich.

Gesundheit wird gesagt, wenn humankapitalisierbare Ernährungs-Bewegungs-Drogenfreiheits-Emsigkeit gemeint ist. Mit dem mehrdimensionalen Verständnis der WHO, das auf Wohlsein und Selbstbestimmung basiert, Raum lässt für individuelle Bedürfnisse und eintritt für gesunde Lebensbedingungen, hat das nichts gemein.⁷ Ein solchermassen komprimiertes Gesundheitsverständnis fokussiert z.B. Übergewicht und Tabakkonsum, vernachlässigt jedoch andere ebenfalls gesundheitsrelevante Faktoren, z.B. Armut und Arbeitslosigkeit, Schlafstörungen und Schadstoffbelastungen.

Ein enges Gesundheitsbild begünstigt Begünstigte

Auch wenn es den Einzelnen unter Umständen gestattet wäre, ein nur mässiges Eigeninteresse an ihrer leistungsfähig-funktionstüchtigen Gesundheit zu haben: Spätestens das ge-

samtgesellschaftliche Interesse an humankapitaler Gesundheit verpflichtet auch den uninteressierten Gesundheitsmuffel. Das eigene Gesundheitsengagement soll nicht mehr dem persönlichen Wohl dienen, sondern ist verzweckt im Hinblick auf kollektive Systemverträglichkeit.⁸ Jeder Mensch soll gesamtgesellschaftlich gesundheitsnützlich sein, eine entsprechende Lebensführung beglaubigt die Zugehörigkeit zur Mehrheitsgesellschaft der Anständigen, die sachgerecht sozialverträglich und moralisch richtig handeln.

Gute und gut sichtbare Gesundheit ist wohlverdientes Statussymbol. Nicht mehr der Wohlstands-, sondern der Waschbrettbauch kennzeichnet den Leistungsträger. Stigmatisierungserfahrungen machen nicht mehr nur die «klassischen Abweichler» (z.B. DrogenkonsumentInnen), sondern bspw. auch übergewichtige Menschen, denen spezifische Versorgungsbedarfe (z.B. längere Injektionsnadeln) nicht oder nur unter spöttischen Bemerkungen erfüllt werden.⁹

Die Gesundheitspräventionisten

Gesundheitsprävention gründet sich nicht ausschliesslich auf gesundheitswissenschaftliche Fakten, sondern auch auf gesundheitsrelevante Normen. Die Frage stellt sich, wer bestimmt, welche Gesundheit (Wohlbefinden, Leistungsfitness, Befundfreiheit etc.) anzustreben ist? Und wer bestimmt, wer verantwortlich ist für das Erreichen dieser Gesundheit (PatientInnen, Arbeitgeber, Heilberufe, Gesundheitspolitik etc.)? Und schlussendlich: Wer bestimmt, welche Gesundheitsprogramme aufgelegt werden (eins gegen Disco- oder gegen Autolärm)?

Die Chance, Gesundheitsthemen zu setzen, ist ungerecht verteilt und u.a. abhängig von der kommunikativen Macht der beteiligten Akteure. Wer die Macht hat zu definieren, welche Gesundheitsthemen relevant sind, der besitzt auch die Macht, die zugrundeliegenden Probleme zu definieren und zugehörige Lösungen zu entwickeln: «Cannabis ist zu Recht illegal und sollte nicht medizinisch erschlossen werden». Die entscheidenden Akteure haben gewisse Vorstellungen über das Funktionieren der Welt und entscheiden entsprechend – häufig ohne «überhaupt zu merken, wie stark ihre Sicht durch ihre persönliche Erfahrung und ihre Position beeinflusst wird.»¹⁰ Da die entscheidungsrelevanten Eliten herkömmlicherweise die wirksameren Kommunikationsstrategien besitzen, um sich öffentlich Gehör zu verschaffen, sind es häufig ihre Vorstellungen und Interessen, die öffentlich debattiert und als Allgemeininteressen deklariert werden. Dies erklärt z.B., warum Diabetiker lebenslang und Krankenkassen-finanziert Insulin erhalten, Heroinabhängige jedoch nur in Ausnahmen Heroin und nur unter strikten Kontrollbedingungen Methadon.

Individuelle Gesundheitserzeugung – Anspruch und Wirklichkeit

Vor einigen Jahren erlebte das Fördern und Fordern gesundheitlicher Eigenverantwortung seine Blütezeit. Die Hoffnungen, die damit verbunden waren (Gesundheit mehr, Ausgaben reduzieren, Gesundheitsmarkt ankurbeln) erfüllten sich nicht. Zwar kann unter Idealbedingungen gesundheitliche Eigenverantwortung Nutzen stiften. Doch Idealbedingungen sind selten der Fall – und wenn überhaupt, dann bei «High Potentials» mit vergleichsweise vielen gesundheitlichen Ressourcen und wenigen gesundheitlichen Belastungen.¹¹ Die Mehrheit der Bevölkerung lebt unter gesundheitlichen Realbedingungen, die sich wahlweise als befriedigende Normal- oder als mangelhafte Minimalbedingungen manifestieren.

Gutes Gesundheitswissen und -verhalten hat Grenzen

Gesundheit lässt sich nicht vornehmlich in Eigenregie herstellen. Schon die Verfügbarkeit von gesichertem Gesund-



heitswissen wird regelmässig überschätzt: Nur selten ist das gesundheitswissenschaftliche Wissen so widerspruchsfrei wie z.B. beim Tabakkonsum. Bereits die verfügbaren Daten – das heisst Schätzungen und Hochrechnungen – zum Passivrauchen sind umstritten, ebenso wie die Studien, die diese Daten bestreiten.¹² Gleiches gilt für den Alkoholkonsum: Diesseits von Missbrauch besteht kein unanfechtbares Wissen darüber, welcher Alkohol in welchen Mengen für welche Personen gesundheitsschädlich, -förderlich oder -neutral ist. Dasselbe gilt für das Übergewicht¹³ sowie für unzählige weitere Gesundheitszustände, und ausserdem kann auch «too much medicine» erheblichen Schaden anrichten.¹⁴

Gesundheitswissenschaftliche Fakten sind wahrscheinkeitsbasierte Fakten, doch der Umgang mit Probabilistik ist weder bei Laien noch bei Gesundheitsprofis besonders elaboriert.¹⁵ Unterschätzt wird vor allem, dass Wahrscheinlichkeitswissen keine stabilen Gewissheiten liefert, sondern lediglich hilft beim provisorischen Umgang mit fortlaufender Ungewissheit.¹⁶ Gesundheitsverhalten kann sich also nicht verlässlich an gesichertem Wissen orientieren. Davon einmal abgesehen verhalten sich Normalmenschen nicht dauernd wissensgemäss. Oftmals handeln sie per Faustregel, das ist mühelos, funktionstüchtig und in der Regel sinnvoll (beispielsweise wenn man auf ein Festival will und den Weg nicht kennt und darum an der Haltestelle der Menschenmenge folgt, von der man annimmt, dass sie dasselbe Festival besuchen will).¹⁷ Solche «Abkürzungen»¹⁸ ermöglichen es, das komplexe Alltagsleben effektiv zu bewältigen. Doch Faustregel-geleitetes Denken und Handeln birgt natürliche Risiken. Viele Menschen glauben z.B., dass sie unterdurchschnittlich gefährdet sind für chronische Erkrankungen. Menschen aus Fleisch und Blut neigen zu «gesundheitsförderlichem Menschenverstand». Sie ziehen oft wohltuendes dem korrekten

Wissen vor und handeln demgemäss. Ob Menschen sich für oder gegen einen Zahnarztbesuch, für Ballett oder Ballermann, für Pastinaken oder Pommes entscheiden, liegt nicht primär daran, dass sie die Vor- und Nachteile ihrer Handlungsoptionen sorgfältig abgewogen und nach gründlicher Reflexion eine fundierte Entscheidung getroffen haben. Echte Menschen ziehen aus situativen oder habituierten, aus persönlichen oder milieugeprägten, aus ökonomischen oder kulturellen Gründen das eine dem anderen vor.

Gute Gesundheit ist nicht alles

Körperlich normgerechte Gesundheit ist nur eine von vielen Zutaten für ein subjektiv gelingendes Leben: «Die Mehrheit der Deutschen [betrachtet] zwar Gesundheit als hohes Gut, aber nicht als höchstes Gut, dem sie alles andere unterordnet: Die Mehrheit kümmert sich offenbar eher situationsabhängig mal mehr um die eigene Gesundheit und mal weniger».¹⁹ Die Aussage dürfte für Angehörige anderer Nationen genauso zutreffen. Menschen balancieren in ihrem Leben zwischen vernünftigem und unvernünftigem, risikoarmem und risikoreichem, ausschweifendem und diszipliniertem Verhalten. Es entsteht ein polyvalenter Lebensstil, der in einem einzigen Menschen gekennzeichnet sein kann durch regelmässigen Süssigkeitengenuss und regelmässiges Zähneputzen, durch engagiertes Fussballspielen bei gleichzeitigem Vermeiden kürzester Fusswege, durch geschützten Geschlechtsverkehr, von leidenschaftlichen Ausnahmen abgesehen. Zweifellos ist Gesundheit wichtig, doch dass «neun Zehntel unseres Glücks allein auf Gesundheit beruhen», wie Artur Schopenhauer es behauptete, stimmte vielleicht zu seiner Zeit vor 200 Jahren, da damals Gesundheit – vielmehr die Abwesenheit von Krankheit – eng an das Leben/Überleben selbst geknüpft war. Heutzutage



jedoch entfalten viele Krankheitszustände weder lebens-, noch glücksbedrohliche Wirkungen, das gute Leben funktioniert auch, wenn die gesundheitliche Makellosigkeit Flecken hat.

Gesundheitsförderung zwischen Zwang und Vernachlässigung

Offensichtlich ist der gesundheitliche Lebensraum nur in Teilen ausgeleuchtet: Ausgewählte Gesundheitsthemen, ausgewähltes Gesundheitshandeln und ausgewählte Gesundheitsakteure stehen im Rampenlicht, während andere Gesundheitsziele, Verhaltensweisen, Akteure eher ein Schattendasein führen. Die aktuelle Gesundheitsprävention befeuert das Individuum von zwei Seiten: Einerseits sollen die Einzelnen immer gesünder bzw. multifunktional leistungsfähiger werden, und andererseits sollen sie dafür auch immer mehr Verantwortung übernehmen. Das «Erschöpfte Selbst» (Alain Ehrenberg) ist die Folge für alle Menschen, die ein Leben nicht unter Ideal-, sondern unter Realbedingungen führen. Um die Lasten der Einzelnen insgesamt zu verringern, müssen darum sowohl die gesundheitlichen Verantwortlichkeiten pluralisiert als auch die gesundheitlichen Ansprüche reduziert werden.

Gesundheitsansprüche reduzieren

Der Traum idealer Gesundheit ist erst mit der Aufklärung entstanden, seitdem gilt Krankheit als vermeidbares Übel, das den Einzelnen unter Optimierungsdruck setzt. Doch gesund ist nicht der Mensch, der alles kann, sondern der, der sich unter den gesetzten Bedingungen die grundlegenden realistischen Lebenswünsche erfüllen kann.²⁰ Leben kann gelingen, wenn variable Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Verfügung stehen, um normale Lebenspläne realisieren und beschwerliche Erfahrungen bewältigen zu können. Optimale Gesundheit anzustre-

ben ist zum Scheitern verurteilt, denn jedes Leben mäandert zwischen Gesundheit und Krankheit.²¹ Darum sollten wir uns hüten, den Himmel auf Erden anzustreben, denn wir werden die Hölle auf Erden erleben, wenn wir nicht lernen, die Erde auf Erden zu akzeptieren – so zitiert Isolde Karle²² Odo Marquard. Im Krankheitsfall ist ein solcher Blickwinkel natürlich anspruchsvoll, doch könnte zur Entlastung beitragen, Krankheit nicht als selbst zu verantwortenden Zustand zu attribuieren. Gedient ist Kranken und Gesunden mit flexiblen Optionen je nach Position auf dem dynamischen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Pragmatische statt ambitionierte Gesundheitsansprüche setzen auf Beschwerdeminimierung statt auf Gesundheitsmaximierung und verhindern, dass die verführerische Option Gesundheit zur strengen Order wird, die die Einzelnen mit Gesundheitspflichten triezt.

Das soll nicht heißen, sich mit bestehendem Leiden und gesundheitlicher Ungerechtigkeit zufrieden zu geben. Doch es gilt klar zu trennen zwischen den Gesundheitsbedingungen, die der eigenen Kontrolle zugänglich sind und der eigenen Verantwortung unterliegen, und denen, die für das Individuum unzugänglich sind. Der oder die Einzelne sollte sich nicht verausgaben müssen in jenen gesundheitsrelevanten Bereichen, die sich der eigenen Beherrschbarkeit weitgehend entziehen und ausserhalb des persönlichen Verantwortungsraums liegen. Zu Recht verwehren sich immer mehr Menschen gegen enge Gesundheitsnormen, denen sie nicht entsprechen können. Und sie verwehren sich auch zu Recht gegen enge Gesundheitsnormen, denen sie nicht entsprechen wollen, auch wenn sie könnten. Die Drogen-, HIV- und Behindertenbewegung sind leuchtende Beispiele für das Ausbrechen aus defizitären Gesundheitsnormierungen. Neue AkteurInnen kommen dazu, etwa die Size-Acceptance-Bewegung, die auf «rund und gesund»

setzt. Auch wenn derzeit zigtausende Gesundheits-Apps zur Verfügung stehen, mit denen die (eher männliche?) Mehrheitsgesellschaft nicht nur Bewegungsmenge, Kalorienverbrauch und Schlafrythmus optimieren, sondern auch Falten-, Zecken-, Negativgefühl-Befall reduzieren kann: Nicht alle Menschen halten ein fett- und faltenfreies für das beste aller Leben.

Verantwortungslasten pluralisieren

«Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich» sagt das deutsche Sozialgesetzbuch V. Dass die Versicherten mitverantwortlich sind, ist etwas in Vergessenheit geraten, ebenso, dass sie für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind. Heute sind Menschen eigenverantwortlich für Gesundheit und für Krankheit. Krankheiten sind nicht mehr bloss beschwerlich, sondern auch verantwortungsrelevant. Und weil die meisten Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind, findet sich immer der erforderliche Beleg für individuelles Fehlverhalten und zugehörige Verantwortungszurechnung:²³ zu viel oder zu wenig gegessen und geschlafen, zu emsig oder zu nachlässig Sport getrieben, zu engagiert oder zu unterengagiert gearbeitet, zu gesellig oder zu zurückgezogen gelebt, zu oft oder zu spät zum Arzt gegangen. Jede Vergangenheit wird zum Steinbruch, in dem versäumte Gesundheitspflichten auf Halde liegen: «Dort warten gewissermassen die Ursachen, dort wartet die Schuld darauf, entdeckt zu werden [...]. Und wir empfinden, das ist das Fatale, selbst dann Schuld, wenn es überhaupt keine Schuld gibt».²⁴ Kranke klagen darum besser nicht, sondern geben sich stark und zuversichtlich – «smile or die» sagt Barbara Ehrenreich.²⁵

Nützliche Verantwortungsakteure

Dem Individuum wird hier ein Handlungsauftrag erteilt, an dem es nur scheitern kann. Es ist darum unabdingbar, den Kreis der zuständigen Verantwortungsakteure zu erweitern. Die Gesundheitsberufe, die Gesundheitsindustrie und die Gesundheitspolitik nehmen massgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und den Qualitätszustand des Gesundheitswesens. Der Arzt ist für Patienten der zentrale Gute-Gründe-Lieferant.²⁶ Entsprechend viel Verantwortung trägt die Ärzteschaft. Denn ein kranker Mensch muss sich darauf verlassen können, dass unterstützende InteressenvertreterInnen die für ihn gelegentlich unlösbare Aufgabe der Notwendigkeits-, Nützlichkeits- und Qualitätsbeurteilung lösen.²⁷ Die Gesundheitswirtschaft hat einen regen Anteil an hochwertiger Gesundheitsversorgung, aber auch an Fehlentwicklungen, z. B. durch die Herstellung von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen mit zweifelhafter Wirksamkeit. Die Gesundheitspolitik ist gefordert, z. B. kostentreibende Anreize für Gesundheitsberufe und Gesundheitswirtschaft zu minimieren. Auch im Gesundheitssektor ist «weniger ist mehr» häufig richtig; dennoch zeigt sich: «Too many people are being overdosed, overtreated, overdiagnosed».²⁸

Die Unfallverhütung im Strassenverkehr zeigt, wie sich Gesundheit kooperativ organisieren liesse: Ein schlagkräftiges Verantwortungskollektiv aus Gesetzgebern, Autoingenieuren, Strassenbauern, Ordnungshütern etc. hat Unfallverletzungen und -todesfälle in den letzten Jahrzehnten deutlich reduzieren können. Der/die Einzelne wird mit Tempolimit, Strassenschwelle, ABS etc. wirksam dabei unterstützt, z. B. trotz grosser Eile vor einer Schule keinen Unfall mit einem unaufmerksamen Kind zu produzieren.

Nützliches Risikomanagement

Natürlich können Menschen achtsam Auto fahren, sie tun es nur nicht immer. Natürlich können Menschen abnehmen, viele wollen das auch, aber schaffen es nicht.²⁹ Offensichtlich klafft

eine Lücke zwischen Können und Wollen und der komplizierten Wirklichkeit. Ein simplifizierender Verweis auf Unvernunft, Willensschwäche und unzureichende Eigenverantwortung hilft hier nicht weiter. Adäquater ist es, die Perspektive zu weiten und individuelles Handeln zu begreifen als Balanceakt auf dem Kontinuum von Können und Nichtkönnen bzw. Wollen und Nichtwollen.

Überzeugende Formen der Akzeptanz gegenüber dem Konglomerat aus Können und Nichtkönnen, Wollen und Nichtwollen finden sich beim Risikomanagement, das bisher v. a. in Hochrisikoseettings etabliert ist, in denen ein sehr geringes Mass an Risikotoleranz besteht, z. B. in der Atomindustrie oder Intensivmedizin. Risikomanagement ist gekennzeichnet dadurch, dass nach systemischen Lösungen statt individuell Verantwortlichen für Risiken oder Schäden gesucht wird. Die traditionell individuenzentrierte und ursachenorientierte Blickrichtung (Wer ist verantwortlich für einen Schaden?) wird durch eine systemische und lösungsorientierte Betrachtungsweise (Wie lassen sich Schäden möglichst minimieren?) ersetzt. «To err is human» schrieb 1999 das Institute of Medicine und setzte damit den ersten massgeblichen Grundstein für eine neue Fehlerkultur.

Der komplexe Prozess von Gesundheitsentstehung und Gesundwerdung erscheint geradezu prädestiniert für ein kooperatives Risikomanagement. Im kurativen Bereich hat sich der Gedanke des systemischen Risikomanagements bereits etablieren können (siehe z. B. jeder-fehler-zählt.de oder cirs-medical.de), doch in der Gesundheitsförderung und Prävention stehen immer noch die «fehlerverursachenden» Einzelnen im Fokus. Dabei sind auch in der Gesundheitsförderung Produktivitätspotenziale durch systematisches Risikomanagement erkennbar. Schützenhilfe leistet die Idee der steuernden Entscheidungsarchitektur:³⁰ Ein klug konstruierter Vierplattenherd, bei dem die Temperaturregler analog zu den Herdplatten (statt lediglich nebeneinander) angeordnet sind, verringert das Risiko, versehentlich die falsche Herdplatte zu erhitzen. Der zugrunde liegende Kerngedanke ist in der Gesundheitsförderung altbekannt: «Making healthy choices the easy choices» ist eine Botschaft, die seit den 1970er-Jahren weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda rangiert.³¹

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Zwang, Vernachlässigung und Fürsorge

In Anlehnung an den klug konstruierten Vierplattenherd bezeichne ich diesen Ansatz als «Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung»,³² konzeptionell ist er «libertär-paternalistisch» grundiert: Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung (BFGF) lässt dem Menschen die finale Freiheit, sich ungünstig zu verhalten, doch es werden regulativ Leitplanken gesetzt, damit er günstigere Verhaltensweisen leichter wählen kann als ungünstige. Der Ansatz wird von der interdisziplinären Public-Health-Gemeinde kontrovers diskutiert, die zentralen Pro- und Contra-Argumente lassen sich in aller Kürze skizzieren.

Dafür spricht:

- BFGF wägt Public-Health-gemäss ab zwischen Gemeinwohl und Wohl der Einzelnen und balanciert somit stets zwischen individueller Freiheit und gemeinwohlorientierter Freiheitseinschränkung;³³
- BFGF initiiert gesundheitsdienliche Entscheidungsarchitekturen nicht neu, sondern organisiert ohnehin existierende Entscheidungsarchitekturen gesundheitsdienlicher (entweder gibt es einen Radweg oder nicht);
- BFGF ist vermutlich wirksamer, da sie auf strukturelle

Entscheidungsarchitekturen (z. B. Schulimpfungen) setzt, die in der Regel flächendeckender effektiv sind als individuenzentrierte Befähigungsstrategien;³⁴

- BFGF erhebt Gesundheit nicht zum Mass aller Dinge, sondern betrachtet es als wichtige Präferenz unter anderen, nach der man streben kann – oder nicht, z. B. weil man die soziale Funktion des Drogenkonsums für wichtiger hält als die biogerechte Drogenabstinenz;³⁵
- BFGF beherzigt die mehrheitliche Bevölkerungsmeinung, die den Schutz Dritter und gesundheitliche Ungerechtigkeit als legitime Gründe für gesellschaftspolitische, freiheitseinschränkende Interventionen erachtet;³⁶
- BFGF balanciert auf dem Kontinuum von Hilfe und Selbsthilfe, sie lehnt einmischende Hilfe nicht prinzipiell ab, hält Selbsthilfe nicht prinzipiell für einzige Wahl, beachtet auch andere ethische Kriterien (u. a. Nicht-Schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit);³⁷
- BFGF realisiert Autonomiegewinne unter Umständen erst, weil gewisse Handlungsmöglichkeiten erst unter Bedingungen substanzieller, ggf. sozialstaatlicher Unterstützung entfaltet werden können;³⁸
- BFGF ist unter ungerechten Gesundheitsbedingungen legitim, weil es illegitim wäre, eine Freiheit zu priorisieren, die wenigen nützt und dafür das Schutzrecht vieler opfert, die auf Fürsorge angewiesen sind.³⁹
- Dagegen spricht: Es besteht Uneinigkeit darüber, welche Art von Gesundheit (Lebenserwartung, Lebensqualität, Wohlbefinden etc.) gefördert werden soll.⁴⁰

Niemand kann wissen, was das Beste für einen anderen oder eine andere ist. Aber auch wenn Expertinnen- und Expertenwissen begrenzt ist, ist es nicht grundsätzlich illegitim, bestimmte Menschen in bestimmten Situationen für kompetenter zu halten als andere.⁴¹

BFGF zieht ggf. einen Dominosteineffekt nach sich («von der Anschlupfpflicht für Autofahrer bis zur Helmpflicht für Stuhlsitzer»). Allerdings ist das Dominostein-Argument nicht immer plausibel (zahlreiche Regularien führten bekanntlich nicht zu einem Dammbuch); ausserdem sind manche Dominostein-Entwicklungen erwünscht, z. B. die sukzessive ausgebauten Formen der akzeptanzorientierten Suchthilfe;⁴²

Es gibt bislang kaum gesicherte Erkenntnisse über erwünschte und unerwünschte Wirkungen. Ein aktueller Health-Technology-Assessment-Bericht verweist darauf, dass BFGF wirken kann, wenn sie eingebunden ist in einen regulativen Rahmen.⁴³ Allerdings zeigen Erfahrungen mit der «corporate social responsibility» – z. B. setzt die britische Gesundheitspolitik auf kooperative Verantwortungsarrangements –, dass sich BFGF leicht umdeuten lässt in traditionelle individuenzentrierte Befähigungsansätze, z. B. Alkoholaufklärung für Studierende.⁴⁴ Sowohl die Pro- als auch Contra-Argumente sind beachtenswert, entsprechend schwierig ist eine tragfähige Konsensbeschaffung. Doch stets nur die Freiheit zu priorisieren, hiesse auch, eine marode Brücke nicht abzusperren. Der Kerndissens darüber, ob benutzerfreundliche Gesundheitsförderung eigentlich auf dem Kontinuum von Freiheit und Zwang oder von Vernachlässigung und Fürsorge balanciert, lässt sich vermutlich nicht fachlich entscheiden, denn die divergierenden Einschätzungen basieren neben fachlichen Erwägungen auch auf unterschiedlichen Menschenbildern und Lebenserfahrungen sowie darauf gegründeten Interpretationen von Theorien und empirischen Daten. Dies erklärt vielleicht, dass Frauen weniger skeptisch gegenüber BFGF sind, zumindest befürworten mehr Frauen als Männer den

Veggie-Day,⁴⁵ die Masernimpfpflicht⁴⁶ oder das Rauchverbot in Gaststätten.⁴⁷ Das Bild vom souveränen Menschen, der autonom sein Leben managt und keine gesundheitsförderlichen Entscheidungsarchitekturen benötigt, ist assoziiert mit dem herrschenden männlichen Charakterideal, das aus Sicht vieler (nicht nur) Frauen weder ideal noch real ist. Die «asoziale» Autonomie eines Robinson Crusoe befreit vielleicht von sozialen Zwängen, aber auch vom Geschützt- und Geborgensein.⁴⁸ Die Alltagserfahrung lehrt, dass Menschen eher relational statt total autonom sind: Menschen sind gegenseitig gebunden, verhelfen einander zur Freiheit, tragen füreinander Sorge und sind in Notlagen voneinander abhängig. «If we accept that autonomy need not be heroic [...] then we can see that not all our non-autonomous decision-making need be considered undesirable».⁴⁹ BFGF unterstützt Normalmenschen bei ihrer gesundheitlichen Selbstermächtigung und stellt hierfür verlässlichen Begleitschutz bereit. «Will ich mal wieder mit dem Kopf durch die Wand, legst du mir Helm und Hammer in die Hand» singen Sportfreunde Stiller.

Allerdings ist BFGF keine kausal wirksame Strategie für gesundheitliche Ungleichheit. Nur in einer egalitäreren Gesellschaft wird die ungerechte Verteilung von Gesundheitschancen und -risiken geringer. Entsprechend unabdingbar ist es, gesellschafts- und gesundheitsrelevante Ressourcen umzuverteilen.⁵⁰ Gesundheitliche Ungleichheit ist kein Problem der Benachteiligten, sondern ein Problem der Reichen und Mächtigen, die ihre Macht nicht nutzen, um eine gesundheitsgerechtere Politik durchzusetzen.⁵¹ OECD-Daten zeigen, dass einige Länder hier Fortschritte erzielen.⁵² Gutes Regierungshandeln macht einen Unterschied, entsprechend müssen für die machtvollen Eliten benutzerfreundliche Gesundheitsstrategien entwickelt werden, damit es ihnen künftig leichter fällt, sich für eine sozial- und gesundheitsgerechtere Politik zu entscheiden. Natürlich kann man auch schlicht die Freiheit priorisieren. Solange die Begünstigten den Preis zahlen, etwa in Form einer garantierten Finanzierung flächendeckender Gesundheitsförderung und solidarischer Krankenversorgung, die bedarfsgerecht für alle Menschen die notwendigen Leistungen bereitstellt und diese verschont mit Debatten über Selbstverantwortung, Selbstverschulden und Selbstbehalt. ●

Literatur

- Anderson, B.L./Gigerenzer, G./Parker, S./Schulkin, J. (2014): Statistical literacy in obstetricians and gynecologists. *Journal for Health Care Quarterly* 36(1): 5-17.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015): Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: BMG.
- BIT – Behavioural Insights Team (2010): Applying behavioural insight to health. London: Department of Health.
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungsinstitut (2013): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2013. Heidelberg: DKFZ.
- Drolet, B.C./White, C.L. (2012): Selective paternalism. *American Medical Association Journal of Ethics – Virtual Mentor* 14 (7): 582-588.
- Ehrenreich, B. (2010): *Smile or Die*. München: Antje Kunstmann.
- Esposito, E. (2007): *Die Fiktion der wahrscheinlichen Realität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gostin, L.O./Gostin, K.G. (2009): A broader liberty. *Public Health* 123: 214-221.
- Grill, K. (2011): Paternalism. S. 359-369 in: R. Chadwick (Hg.), *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego: Academic Press.
- Herzog, L. (2014): *Freiheit gehört nicht nur den Reichen*. Bonn: BPP.
- Hiltdt, E. (2008): Prädiktive Medizin und Patientenautonomie im Wandel. S. 277-291 in: D. Schäfer et al. (Hrsg.), *Gesundheitskonzepte im Wandel*. Stuttgart: Steiner.
- Huster, S. (2014): Akzeptierende Gesundheitsförderung braucht unterstützende Gesellschaftspolitik. S. 270-282 in: B. Schmidt (Hrsg.), *Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge*. Weinheim: Juventa.
- IFD – Institut für Demoskopie Allensbach (2013a): «Veggie Day». *Allensbacher Kurzbericht* 19.09.2013: 1-8.
- IFD – Institut für Demoskopie Allensbach (2013b): *Impfen in Deutschland*. *Allensbacher Kurzbericht* 15.11.2013: 1-5.
- IFD – Institut für Demoskopie Allensbach (2014): *Fast die Hälfte aller*

- Deutschen wollen abnehmen. Allensbacher Kurzbericht 10.04.2014: 1-6.
- Kahneman, D. (2011): Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler.
- Karle, I. (2009): Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis. S. 543-562 in: G. Thomas/I. Karle (Hrsg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
- Keil, A. (2012): Auf brüchigem Boden Land gewinnen. Biographische Antworten auf Krankheit und Krisen. München: Kösel.
- Koch, K./Waltring, A. (2012): Was wir in unsere Gesundheit investieren und mit welchen Motiven wir es tun. Gesundheitsmonitor 1: 1-10.
- Koler, P. (2015): Rausch und Identität. Suchtmagazin 4: 27-31.
- Kuhn, J. (2009): Gesundheitspolitik zwischen Evidenzbasierung und Bürgerorientierung. Prävention 3: 89-92.
- Lampert, T./Kroll, L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2): 1-13.
- LBI – Ludwig Boltzmann Institut (2015): Nudging. LBI-HTA-Projektbericht Nr. 83. Wien: LBI.
- Low, J./Thériault, L. (2008): Health promoting policy in Canada. Health Promotion International 23(2): 200-206.
- Mackenbach, J.P. (2012): The persistence of health inequalities in modern welfare states. In: Social Science and Medicine 75(4): 761-769.
- Malterud, K./Ulriksen, K. (2011): Obesity, stigma, and responsibility in health care. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 6(4): 1-11.
- McCartney, G./Collins, C./Mackenzie, M. (2013): What (or who) causes health inequalities? Health Policy 3: 221-227.
- Morgenstern, A. (2009): Trauer zwischen Schuld und Scham. S. 593-602 in: Thomas, G./Karle, I. (Hrsg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
- Moynihan, R./Doust, J./Henry, D. (2012): Preventing overdiagnosis. British Medical Journal 344: 19-23.
- Musil, A. (2003): Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Nassehi, A. (2010): Asymmetrien als Problem und als Lösung. S. 341-356 in: B. Fateh-Moghadam/S. Sellmaier/W. Vossenkuhl (Hg.), Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer.
- O'Donoghue, T./Rabin, M. (1999): Do it now or later. American Economic Review 89(2): 103-123.
- OECD (2011): An overview of growing income inequalities in OECD countries. S. 21-45 in: OECD (Hg.), Devided we Stand: Why Inequality Keeps Rising. Paris: OECD.
- Quigley, M. (2013): Nudging for health. Medical Law Review 9: 1-23.
- Raphael, D. (2009): Escaping from the Phantom Zone. Health Promotion International 22 (4): 269-270.
- RKI – Robert Koch Institut (2012): Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Berlin: RKI.
- Sandmann, L./Munthe, C. (2009): Shared decision-making and patient autonomy. Theoretical Medical Bioethics 30: 289-310.
- Schäfer, D. (2008): Neuere Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft. S. 65-77 in: D. Schäfer et al. (Hg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Stuttgart: Steiner.
- Schmidt, B. (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Bern: Huber.
- Schmidt, B. (2014a): Gesundheitsförderung scharf gestellt: Gesundheitsprävention. S. 10-23 in B. Schmidt (Hg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, B. (2014b): Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung. S. 337-348 in: B. Schmidt (Hg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge. Weinheim: Juventa.
- Schorb, F. (2014): Rund ist gesund. S. 195-206 in B. Schmidt (Hg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge. Weinheim: Juventa.
- Stöver, H. (2014): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Musterbeispiel HIV/AIDS-Prävention. S. 244-257 in: B. Schmidt (Hg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung zwischen Freiheit und Fürsorge. Weinheim: Juventa.
- Taleb, N.N. (2013): Der Schwarze Schwan. München: dtv.
- Tevelin, R./Doherty, E./Traynor, O. (2013): Improving disclosure and management of medical error. The Surgeon 11(6): 338-343.
- Thaler, R.H./Sunstein, C.R. (2008): Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Berlin: Econ.
- Vallgård, S. (2012): Nudge – A new and better way to improve health? Health Policy 104(2) 200-203.
- Vobruba, G. (2015): Fremdbestimmte Selbstverantwortung. SuchtMagazin 4: 4-7.
- Vossenkuhl, W. (2010): Gerechtigkeit, Paternalismus, Vertrauen. S. 163-181 in: B. Fateh-Moghadam/S. Sellmaier/W. Vossenkuhl (Hg.), Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Webb, S. (2010): Zur Validität von evidenzbasierter Praxis in der Sozialen Arbeit. S. 187-202 in: H.-U. Otto/A. Polutta/H. Ziegler (Hg.), Whatworks – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Budrich.

Endnoten

- 1 Vgl. RKI 2012.
- 2 Vgl. Lampert/Kroll 2014.
- 3 Vgl. Huster 2014.
- 4 Vgl. Schäfer 2008.
- 5 Raphael 2009: 195.
- 6 Vgl. BMG 2015.
- 7 Vgl. Schmidt 2014a.
- 8 Vgl. Vobruba 2015.
- 9 Vgl. Malterud/Ulriksen 2011.
- 10 Herzog 2014: 140.
- 11 Vgl. Schmidt 2008.
- 12 Vgl. Kuhn 2009.
- 13 Vgl. Schorb 2014.
- 14 Vgl. Moynihan/Doust/Henry 2012.
- 15 Vgl. Anderson et al. 2014.
- 16 Vgl. Esposito 2007.
- 17 Vgl. Kahneman 2011.
- 18 Taleb 2013: 110.
- 19 Koch/Waltring 2012: 9.
- 20 Vgl. Hildt 2008.
- 21 Vgl. Keil 2012.
- 22 Karle 2009: 555.
- 23 Vgl. Webb 2010.
- 24 Morgenstern 2009: 597f.
- 25 Ehrenreich 2010: 37f.
- 26 Vgl. Nassehi 2010.
- 27 Vgl. Musil 2003.
- 28 Moynihan/Doust/Henry 2012: 19.
- 29 Vgl. IFD 2014.
- 30 Vgl. Thaler/Sunstein 2008.
- 31 Vgl. Vallgård 2012.
- 32 Vgl. Schmidt 2014b.
- 33 Vgl. Low/Thériault 2008.
- 34 Vgl. Quigley 2013.
- 35 Vgl. Koler 2015.
- 36 Vgl. Drolet/White 2012.
- 37 Vgl. Vossenkuhl 2010.
- 38 Vgl. Vobruba 2015.
- 39 Vgl. Gostin/Gostin 2009.
- 40 Vgl. Sandman/Munthe 2009.
- 41 Vgl. Grill 2011.
- 42 Vgl. Stöver 2014.
- 43 Vgl. LBI 2015.
- 44 Vgl. BIT 2010.
- 45 Vgl. IFD 2013a.
- 46 Vgl. IFD 2013b.
- 47 Vgl. DKFZ 2013.
- 48 Vgl. Herzog 2014.
- 49 Quigley 2013: 23.
- 50 Vgl. Mackenbach 2012.
- 51 McCartney et al. 2013: 5.
- 52 Vgl. OECD 2011.