

15. KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT

4./5. Dezember 2009

GESUNDHEIT FÜR ALLE - ETHIK IM SPANNUNGSFELD

Bettina Schmidt

Gesundheit benutzerfreundlich fördern statt eigenverantwortlich fordern

Verantwortung für Gesundheit ist ungleich verteilt

Die 1986 verfasste WHO-Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gilt bis heute als gesundheitswissenschaftlicher Konsens über ideale Gesundheitsförderung: Idealerweise zielt Gesundheitsförderung darauf ab, Menschen zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu befähigen und dafür die erforderlichen individuellen und strukturellen Ressourcen zu etablieren. Gesundheitsförderung wird nicht als Angelegenheit des Einzelnen oder des Gesundheitswesens betrachtet, sondern als Prozess, der im Rahmen gesundheitsdienlicher Lebensbedingungen herzustellen ist; die Verantwortung tragen alle gesundheitsrelevanten Lebensbereiche und Politikfelder.

Leider haben die Ottawa- und ihre Nachfolge-Chartas zumindest in Deutschland nicht dazu geführt, dass Gesundheitsverantwortung gerecht auf alle relevanten Schultern verteilt wird. Unbeirrt folgt die deutsche Gesundheitspolitik einem im Prinzip gegenläufigen gesamtpolitischen Trend, der sich in Konzepten wie dem „Aktivierenden Staat“ oder dem „Fördern und Fordern“ manifestiert und vor allem die Schultern von Individuen belastet. Da der traditionelle Wohlfahrtsstaat angeblich die Menschen nicht mehr in bisherigem Umfang gegen zentrale Lebensrisiken absichern kann, werden Rechte und Pflichten zwischen Staat und Gesellschaft neu justiert. Unter dem Begriff der Wohlfahrtspluralisierung wird die Zivilgesellschaft, also der und die Einzelne, ihre Familien, Nachbarschaften, Stadtteile etc., in die Pflicht genommen, ehemals öffentliche Aufgaben zivilgesellschaftlich zu bewältigen (Hensen & Hensen, 2008). Der Appell an die bürgerschaftliche Verantwortungsgesellschaft macht es offenbar möglich, die politische Praxis des wohlfahrtsstaatlichen Rückbaus sozialverträglich mit der politischen Rhetorik des bloßen Umbaus zu kombinieren (Urban, 2004). Vorgeblich sollen die Verantwortlichkeiten nur neu verteilt werden und alle relevanten Akteure – im Gesundheitsbereich also die Leistungserbringer, Kostenträger, Leistungsnehmer und Regulierer – einbezogen werden in den umverteilenden Bestandsicherungsplan des Wohlfahrtsstaats. In der politischen Praxis werden Verantwortlichkeiten allerdings nicht gerecht umverteilt, sondern vornehmlich auf die Leistungsnehmer abgewälzt (Aust et al., 2006). Das Daseinsrisiko wird privatisiert, die Menschen sollen sich eigenverantwortlich darum bemühen, persönliche Risiken auf ein Minimum zu beschränken bzw. Selbstversorgungs-Kompetenzen auf ein Maximum auszudehnen (Lessenich, 2005).

Gesundheitsförderung in diesem Fahrwasser setzt konsequenterweise auf individuenzentrierte Gesundheitserziehung – neudeutsch: auf die Befähigung zur gesundheitlichen Eigenverantwortung. Hier wird zum Teil alter Wein – Wissensvermittlung, affektive Erziehung und Verhaltenstraining – in neuen Schläuchen serviert, damit die Bevölkerung gesundet. Im Un-

terschied zur klassischen Gesundheitserziehung zielt die Neo-Gesundheitsförderung allerdings neben Befähigung auch auf Verpflichtung – Gesundheit wird gefördert und gefordert. Der fördernden Befähigung folgt bei suboptimaler Leistungserbringung die fordernde Sanktionierung. Keine Gesundheitsrechte ohne Gesundheitspflichten.

individuenzentrierte fördernd-fordernde Neo-Gesundheitsförderung lässt gesundheitsriskante Lebenslagen unberücksichtigt. Unbeirrt von den unzähligen sozialepidemiologischen Studien, die den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage eindeutig belegen (aktuell: WHO, 2008), setzt Neo-Gesundheitsförderung alle Hoffnungen in die Änderung des persönlichen Lebensstils. Unbestritten steht der persönliche Lebensstil in Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitszustand. Doch daraus zu schlussfolgern, dass das Individuum faktisch und auch moralisch verantwortlich ist für seine Gesundheit, ist zu schlicht, denn bekanntlich ist persönlicher Lebensstil Ausdruck der sozialen Lebenslage und liegt folglich nicht allein im individuellen Kontrollbereich (Resnik, 2007).

Es scheint so, als sei Gesundheitsförderung seit Jahrzehnten in einer endlosen Déjà-vu-Falle gefangen, sisyphosgleich ist sie dazu gezwungen, wieder und wieder zu belegen, dass individualisierende Ansätze nur unzureichenden Nutzen stiften (Low & Thériault, 2008). Wenn überhaupt, wirken individuenzentrierte Strategien, ob sie nun unter Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung oder Gesundheitsverantwortung firmieren, kräftigend für die ohnehin sozial und gesundheitlich Begünstigten und stigmatisierend für die sozial und gesundheitlich Benachteiligten (Bittlingmayer, 2008). Der seit Jahren wachsenden gesundheitlichen Ungleichheit wird damit der Weg weiter geebnet (Laverack, 2009).

Nicht alle gesundheitsrelevanten Akteure werden zur Verantwortung gezogen

Auch wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, dass sich die Probleme des Sozialstaats nicht durch seinen Abbau lösen lassen, zielt die Gesundheitspolitik seit mindestens 25 Jahren standhaft auf den Rückbau der öffentlichen und den Ausbau der privaten Gesundheitsverantwortung (Klinke, 2008). Gesunde und Kranke werden gleichermaßen dazu aufgerufen, mehr Eigenverantwortung zu zeigen. Dass zahlreiche weitere Akteure maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung und den Leistungszustand eines Gesundheitswesens haben, wird in der aktuellen Verantwortungskampagne weitgehend ignoriert. Zumindest werden diese Akteure viel kraftloser zur Verantwortungsübernahme gemahnt, obwohl sie vergleichsweise mehr Gestaltungsmacht besitzen als (potenzielle) Patient/innen. Patient/innen verfügen über weniger Macht z.B. als die Gesundheitsberufe (etwa bei der Reduktion kostentreibender angebotsinduzierter Überversorgung), als die politischen Eliten (etwa bei der Durchsetzung einer Positivliste) oder als die wirtschaftlichen Eliten (etwa bei der Verminderung gesundheitsriskanter Arbeitsbedingungen).

Patient/innen sollen leisten, was scheinbar den übrigen Akteuren nicht abzuverlangen ist – Mehr Eigenverantwortung Bitte! Mehr Eigenverantwortung sollte allerdings nicht verwechselt werden mit Mehr Selbstbestimmung. Eigenverantwortlich meint nicht eigenwillig (Allmark, 2006). Eigenverantwortliche Menschen sollen z.B. nicht frei wählen zwischen körperlicher Gesundheit (Safer-Sex) und spontaner Lust (kondomloser Sex). Eigenverantwortung heißt,

sich freiwillig zu entscheiden für den unkritischen Nachvollzug dessen, was von Gesundheitsverkündern vorgegeben wird (Keil, 2009). Optimal eigenverantwortliche Patient/innen sind solche, die keine unnötigen Leistungen in Anspruch nehmen, die notwendige Leistungen zum Teil selbst finanzieren, die sich bezahlen lassen für gehorsames Präventionsverhalten und die schließlich bezahlen für privatvergnügeliche Gesundheitsleistungen (Schmidt, 2008). Eigenverantwortung meint Eigenleistung, entweder als eigenständige Handlungsverantwortung oder als eigenbeteiligte Finanzverantwortung an einem abgespeckten Leistungskatalog (Thielmann et al., 2002).

Die Politik der Eigenverantwortung entlässt die Menschen nicht in die Lebensführungsfreiheit, sie sollen freier, nicht frei werden. Freiheit ist nur gewünscht im Rahmen einer prekären Balance – frei genug für gesundheitliche Eigenverantwortung, nicht frei genug für gesundheitliche Eigenmächtigkeit (Nullmeier, 2006). Da die gesundheitliche Freiheit des Einzelnen dort ihre Grenze hat, wo die Freiheit anderer beschränkt wird, kann jeder Schoko-Riegel, der potenziell Karies oder Übergewicht – d.h. ein kostenrelevantes Behandlungsereignis – erzeugt, argumentativ als Freiheits-Riegel geltend gemacht werden. Bürger/innen werden frei – freigestellt für die individuelle Selbstverpflichtung zu Gesundheit und freigesetzt von der reziproken Sozialverantwortung bei Krankheit. Mehr Eigenverantwortung meint häufig also wenig mehr als die Individualisierung und Entsolidarisierung sozialer Daseinsrisiken und Dienste (Holst & Laaser, 2003). Durch den Rückgriff auf die Eigenverantwortung wird die Verletzung des Solidarprinzips verschleiert – nicht mehr Gesunde zahlen für Kranke, sondern Kranke für sich selbst: Es wird suggeriert, dass Menschen selbst verschuldet erkranken und dafür auch selbst bezahlen sollen (Rosenbrock 2007). „Es heißt jetzt ‚Eigenverantwortung‘, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben“ (Prantl, 2005, S. 18).

Nicht alle gesundheitlichen Themen sind verantwortungsrelevant

Nicht alle Menschen sind einbezogen in die Verantwortungszuteilung für Gesundheit. Ebenso wenig wie alle gesundheitsrelevanten Themen. Gegenwärtig gilt: „The concept of personal responsibility in health care is that if we follow healthy lifestyles (exercising, maintaining a healthy weight, and not smoking) and are good patients (keeping our appointments, heeding our physicians advice, and using a hospital emergency department only for emergencies), we will be rewarded by feeling better and spending less money“ (Steinbrook, 2006, S. 753). Als gesundheitsbewusst gilt, wer gesund und günstig ist. Wer die PKV oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse abschaffen will, gilt nicht als verantwortungsbewusst, obwohl auch diesen Maßnahmen ein beträchtliches gesundheitsrelevantes Potenzial innewohnt. Welche gesundheitsrelevanten Themen im Rahmen der aktuellen Verantwortungsdebatte erörtert werden, ist offenbar nicht nur gesundheitswissenschaftlicher Evidenz geschuldet, sondern wird durch gesellschaftspolitische Bedingungen und soziokulturelle Moden beeinflusst. Manche Themen finden leichter auf die gesundheitspolitische Agenda als andere, und bestimmt wird das Agendasetting nicht allein durch gesundheitswissenschaftlichen Fachverstand, sondern auch durch Prioritäten, die vornehmlich die – in der Regel kommunikations- und begründungsstarken – Eliten der Gesellschaft setzen: Darum sind Kampagnen gegen Drogen weit verbreitet,

obwohl Kampagnen gegen Autos sicherlich nicht minder gesundheitsförderlich wären. Die lebenslange Vergabe von Insulin für Diabetiker ist durchaus im Sinne einer solidarischen Krankenversicherung, die lebenslange Vergabe von Heroin für Opiatabhängige hingegen offenbar nicht. Politische Entscheidungslogiken gehorchen leider nur bedingt dem Prinzip der Evidenzbasierung (Schmacke, 2007).

Die Risiken, die in den gegenwärtigen individuenbezogenen Gesundheitskampagnen im Fokus stehen, sind also nicht unbedingt die Risiken, die die größte gesundheitliche Bedrohung darstellen, sondern jene, die in den meinungsführenden Schichten für vordringlich gehalten werden. Adipositas gilt derzeit als dringendes Gesundheitsproblem. Ist es Zufall, dass Adipositas gleichzeitig alles repräsentiert, was in der Leistungsgesellschaft als inakzeptables Verhalten gilt: Maßlosigkeit, Müßiggang, unmoralische Missetat (Klotter, 2008)? Übergewicht mit epischer Gesundheitsrelevanz aufzuladen, legitimiert epische präventive und kurative Disziplinierung – obwohl bislang keinesfalls eindeutig geklärt ist, welches Maß an Übergewicht bei welchen Menschen mit welchen nachteiligen Gesundheitsfolgen einher geht (Schorb, 2008). Doch dem Übergewicht ist der gesundheitsbewusste Kampf angesagt – anders als dem Überarbeiten: Jedenfalls ist von „gesundheitspolitisch motivierten Kampagnen zur Arbeitszeitverkürzung wegen ‚zu viel gesundheitsschädlicher Arbeit‘ ... nichts zu vernehmen – das Gegenteil wird dafür umso vehementer eingefordert, womit sich die Sorge um die Volksgesundheit als sehr selektive Angelegenheit darstellt“ (Buestrich, 2007, S. 131). Zugespitzt formuliert es Klotter (2009): Neo-Gesundheitsförderung bearbeitet, was gegen die zentralen Werte des Abendlandes verstößt.

„Die Gebildeten bilden sich die Welt nach ihrem Bild“ (Pankoke, 2006, S. 88). Entsprechend verläuft die Trennlinie zwischen denen, die Neo-Gesundheitsförderung verordnen, und denen, die sie scheinbar benötigen, nicht allein zwischen Gesundheitsprofis und -laien, sondern auch zwischen Mächtigen und Ohnmächtigen (Bartens, 2008). Selektiv werden einzelne Gesundheitsthemen in den Blickpunkt der Politik gestellt, andere wiederum stehen außerhalb der Aufmerksamkeit von Forschung und Praxis – Kinder sollen sich mehr bewegen, aber ein Parkplatz soll kein Spielplatz sein. Gemäß der „Heiligen Dreifaltigkeit des Risikos“ (viel essen, wenig bewegen, rauchen; nach Raphael, 2009, p. 195) gelten derzeit neben den Übergewichtigen auch die Raucher als gesundheitlich besonders verantwortungslos: Ist es Zufall, dass beide Verhaltensweisen besonders bei den Nicht-Gebildeten weit verbreitet sind? Es liegt nahe zu glauben: nein und dahinter nicht nur Symptome sozialer Ungleichheit, sondern auch definitorische Machtsetzungen zu vermuten, insofern als: a) riskante Lebensweisen, die in den niedrigen sozialen Schichten weit verbreitet sind, mit öffentlicher Aufmerksamkeit bedacht werden (z.B. Bewegungsmangel); b) riskante Verhaltensweisen, die in allen Schichten weit verbreitet sind, negativ assoziiert werden mit niedriger Sozialschicht (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum); c) riskante Lebensweisen, die in den hohen sozialen Schichten weit verbreitet sind, eher im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Potenziale betrachtet werden (z.B. berufliches Engagement im Hinblick auf die psychische Gesundheit) und negative Folgen vernachlässigt werden (z.B. mobilitätsverursachte Schwächung des sozialen Netzwerks); d) gesundheitsriskante Lebensweisen, die vornehmlich strukturell bestimmt sind, individualisiert werden (z.B. Sonnenbaden unter dem Ozonloch); e) Gesundheit als das definiert wird, was

die Definitionsmächtigen für Gesundheit halten (z.B. belastbare Fitness statt entschleunigende Inaktivität).

In der postreligiösen Zeit liefert Gesundheit das ideologische Rüstzeug, um abweichendes Verhalten zu definieren und zu sanktionieren (Schmidt-Semisch & Schorb, 2008). Der Liebe Gott wurde als Autorität sozialer Herrschaft durch den Gott in Weiß abgelöst (Lenzen, 2001). Nicht mehr ER, sondern GESUNDHEIT wird seitdem großgeschrieben (Kettner, 2006), um die Regeln des Richtigen Lebens festzulegen. Die aktuellen Zehn Gebote sind nicht mehr religiöser, sondern weltlicher Natur: I. Iss fünfmal am Tag Obst und Gemüse; II. Bewege dich mehrmals wöchentlich mindestens 30 Minuten etc. Die Menschen heute werden auf ein vorgeblich gesundheitliches, doch oft eher moralisches Ideal hin getrimmt, das unerreichbar ist und dennoch in täglicher Eigenanstrengung anzustreben ist (Greenhalgh & Wesseley, 2004). Gesundheit ist herrschende Norm, Abweichungen werden begründungsbedürftig. Differenzen werden in Defizite umgedeutet und in ein hierarchisches Gut-Schlecht-Schema eingepasst (Bittlingmayer, 2009).

„Dasselbe in Grün“ heißt ein Buch über das Verhältnis von Polizei und Sozialer Arbeit – ein ähnliches Werk wird man künftig vielleicht auch über das Verhältnis von Polizei und Gesundheitsförderung schreiben müssen. Wer seinen gesundheitlichen Pflichten nicht in hinreichendem Maß nachkommt, rückt in die Nähe von Delinquenz (Dahme & Wohlfahrt, 2005). Diffamierende Etikettierungen über fette faule Fernsehler (z.B. Händler, 2004 – in der Fachzeitschrift Gesundheitswesen!) bahnen den legitimatorischen Weg für eine entsolidarisierte Gesundheitspolitik, die öffentliche Ausgaben senkt, ohne Leistungen, sondern „nur“ Leistungsempfänger auszugrenzen.

Gesundheitsförderung reloaded

Wenn Gesundheitsförderung die gesundheitlichen Chancen von allen Menschen verbessern soll, dann müssen auch alle Menschen beteiligt werden an der gesundheitsförderlichen Konzeptionierung. Das bedeutet:

Erstens müssen alle Menschen beteiligt werden an den Aushandlungsprozessen darüber: a) welche Themen als gesundheitsrelevant auf die politische Tagesordnung gelangen (Kampagne gegen lautes Musikhören oder gegen Flugzeuflärm?); b) welche Personen Gesundheitsverantwortung übernehmen sollen (das Individuum und seine Selbststeuerungsmöglichkeiten oder der öffentliche Sektor und seine Möglichkeiten zur gesundheitsförderlichen Lebensweltgestaltung?); c) welche Lösungen für die gegenwärtige Kostenkrise im Gesundheitswesen für tragfähig gehalten werden (Selbstbehalte für „selbstverschuldete“ Erkrankungen oder sparsame Verbreitung von Großgeräten?).

Zweitens müssen alle Menschen Gesundheitsverantwortung übernehmen, und zwar nicht nach Maßgabe ihrer persönlichen Betroffenheit (Übergewichtige sollen abnehmen), sondern nach Maßgabe ihrer Potenz zur Veränderung ungesunder Zustände (Verkehrsplaner sollen alltägliche Bewegungsmöglichkeiten für Kinder reaktivieren). Ohne Zweifel ist dies ein schwieriges Unterfangen, jedoch unumgänglich, wenn es gelingen soll, eine nachhaltige Akteurskonstellation für gerechte Gesundheitsförderung zu etablieren (Geene, 2009). Folgt man Hagen Kühn (et al., 2009), so ist es unrealistisch, darauf zu hoffen, dass Politik oder

Eliten hier den initialen Beitrag leisten, denn veränderte Rahmen- und Lebensbedingungen entstehen in der Regel durch Solidarität von unten. Vielleicht sollte Gesundheitsförderung ihre Anstrengungen künftig stärker konzentrieren auf die Förderung von Solidarität und weniger auf den Verzehr von Salat.

Verantwortungsakteure: alle statt einer

Gesundheit als Gemeinschaftsanstrengung zu verstehen heißt zu realisieren, dass Gesundheit nicht in Einzelanstrengung erbracht werden kann – und auch nicht muss. Die Unfallverhütung weist den Weg: Fahrbahnschwellen reduzieren Unfallrisiken, ohne dass der Einzelne für alleinverantwortlich gehalten wird. Die Straßenschwelle – bzw. das Kollektiv aus Autoingenieuren, Straßenbauern, Ordnungshütern etc. – unterstützt den Einzelnen wirksam bei seiner individuellen Gesundheitsfürsorge. Gesundheit funktioniert, wenn alle mitmachen. Kooperative Gesundheitsverantwortung bindet alle relevanten Akteure in die Prozeduren der Gesundheitsherstellung ein – auch wenn das ggf. bedeutet, dass künftig Cannabiskonsum legalisiert und Waffen illegalisiert würden, weil mehr und andere Menschen darüber entscheiden, was als gesundheitsriskant verbannt wird und was nicht. Kooperatives Gesundheitsmanagement heißt sich zu verabschieden von den herrschenden Vorstellungen des richtigen und guten Gesunden. Bisher anderes ist zu akzeptieren, auch wenn es zunächst unverständlich oder unverantwortlich zu sein scheint. Selbstbestimmten und mitbestimmenden Menschen muss die Freiheit gelassen werden, Gesundheit und Gesundheitsförderung mit subjektivem Sinn zu versehen und gemäß einer eigenen – nicht eigenverantwortlich gesundheitsgehorsamen – Logik zu argumentieren.

Verantwortungsbereich der Klient/innen und (potenziellen) Patient/innen

Es ist unstrittig, dass (potenzielle) Patient/innen einen bedeutsamen Verantwortungsanteil an ihrer Gesundheit innehaben. Jeder Mensch, der dazu in der Lage ist, trägt die Verantwortung für seine Gesundheit, er trägt diese jedoch nicht in Alleinzuständigkeit (Wallner, 2004). Menschen sollen und wollen Verantwortung übernehmen für die eigene Lebensführung, denn nur selbstbestimmte Verantwortungsübernahme erlaubt, das persönliche Leben nach eigenen Vorstellungen und Vorlieben auszugestalten (Ladwig, 2000). Auch sind Menschen als soziale Wesen in begrenzter Weise zuständig für Familie oder Gesellschaft. Individuelle Verantwortung für Gesundheit schließt also die Selbstverantwortlichkeit sowie das Verantwortungsbewusstsein gegenüber der Gemeinschaft ein (Nullmeier, 2006).

Verantwortungsbereich der Gesundheitsberufe

In der Rolle des Patienten handelt ein Mensch unter Bedingungen der Informations-, Macht- und Beschwerdeasymmetrie. Entsprechend muss er auf unterstützende Interessenvertreter zurückgreifen, die die für ihn unlösbare Aufgabe der Qualitätsbeurteilung lösen (Musil, 2003). Im deutschen Gesundheitswesen verfolgen die Sachverwalter – Hausärzt/innen, Fachärzt/innen, Krankenkassen etc. – allerdings nicht zwingend die Interessen der Pati-

ent/innen, sondern zum Teil sogar gegenläufige, vor allem wirtschaftliche Eigeninteressen. Nichtsdestotrotz spielen in einem kooperativen Verantwortungssystem die Leistungsanbieter von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen eine zentrale Rolle bei der Herstellung von Gesundheit. Gerade im deutschen anbieterdominierten Gesundheitswesen ist die Gestaltungskraft der Gesundheitsberufe beträchtlich, und entsprechend hoch ist ihre Verantwortlichkeit. Doch zu dieser Verantwortungsübernahme lassen sich die Gesundheitsberufe kaum freiwillig verpflichten, solange zahlreiche systemimmanente Gründe dem entgegenwirken.

Verantwortungsbereich von Politik und Wirtschaft

Aus diesem Grund hat im kooperativen Verantwortungssystem die rahmengebende Gesundheitspolitik zentrale Zuständigkeiten inne. Ziel von Politik muss Bevölkerungsgesundheit sein, und zwar als Haupt-, nicht nur als Nebenziel, z.B. im Rahmen medizinischer Technologieförderung (Gerlinger & Stegmüller, 2009). Die gegenwärtige Individualisierung von Gesundheitsverantwortung schwächt die politische Verantwortung. Es ist dringend geboten, diesen Trend umzukehren. Konkrete Politiker/innen sind hier als professionelle, aber auch als moralische Verantwortungsträger/innen in der Pflicht (Lenk & Maring, 1998). Politiker/innen dürfen sich dieser Verantwortung nicht entziehen und ihre eigene gefühlte Ohnmacht in einer globalisierten Politik an das schwächste Glied der Gesundheitskette delegieren, an den benachteiligten Kranken. Verantwortungsübernahme funktioniert als reziprokes System – politische Verantwortungsverweigerung wirkt ansteckend auf die Gesellschaft und ihre Bürger/innen (Bierhoff et al., 2005). Gesundheitspolitik hat darüber hinaus den Auftrag, die Freizügigkeit der Privatwirtschaft einzuhegen, falls der Gesundheitszustand der Bevölkerung betroffen ist. Die Mehrung verbindlicher gesetzlicher Regelungen erscheint durchaus wünschenswert, kann doch als gesichert gelten, dass gesetzliche Regelungen wirksamer sind als z.B. freiwillige Selbstbeschränkungen – gut sichtbar beispielsweise bei der Tabakindustrie und ihren unverhohlenen Strategien zu jugendaffinem Sponsoring (DKFZ, 2003).

2.2 Verantwortungsaktivierung: benutzerfreundlich statt eigenverantwortlich

Unzweifelhaft ist es schwierig, alle relevanten Akteur/innen in ein kooperatives Verantwortungsmanagement einzubinden. Aus diesem Grund erscheint es zweckmäßig, die potenziellen Hürden für ein solches möglichst zu minimieren. Drei unterschiedliche Strategien könnten hier nützlich sein: 1) Die Verringerung des Gesundheitsideals; 2) Die Veränderung der Verantwortungszuteilung, 3) Die Vermehrung benutzerfreundlicher Gesundheitsförderung.

Die folgenden Ausführungen sollten nicht missverstanden werden als unkritische und staatstragende Maßnahmen, um Gesundheitsförderung geringstbietend zu veräußern, sondern als ernsthafter Versuch, die lebendige Hölle der gesundheitswissenschaftlichen Irrelevanz (Raphael, 2009) zu verlassen mit Hilfe von pragmatischen Ideen zur praxistauglichen Verbesserung der Gesundheitsförderung – damit nicht noch mehr Zeit vergeht, ohne dass ernsthafte Erfolge bei der Schaffung sozial gerechter und damit gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zu verzeichnen sind.

Verringerung der Gesundheits(förderungs)ideale

Gesundheitsförderung im Sinne der WHO hat leider einen Hang zur Maßlosigkeit entwickelt. In der heutigen Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch, 2005) ist von Aberglauben bis Zuckerrübe alles mit Gesundheitsbedeutung aufgeladen. Jedes Verhalten und Nichtverhalten hat scheinbar gesundheitliche Relevanz, und angestrebt wird ein „auf Hochglanz poliertes Gesundheitsverständnis der Makellosigkeit“ (Kellermann, 2001, S. 89). Gesundheit ist gesellschaftlicher Superwert, diffus genug, um maßlos steigerungsfähig zu sein (Duttweiler, 2008). Gesund ist nicht mehr der Mensch, der keine Schmerzen oder substanzielle Einschränkungen hat, sondern erst derjenige, der biomedizinisch und soziokulturell normgerecht ist, der gesundheitsbewusstes und kostengünstiges Verhalten an den Tag legt sowie eine arbeitseifrige Funktionstüchtigkeit als weiteres unveräußerliches Kennzeichen sein Eigen nennt.

Obwohl nicht Leibversessenheit, sondern Leibvergessenheit den Menschen erlaubt, dem eigentlichen Leben die nötige Aufmerksamkeit zu schenken, ist Leibverbesserung zur zentralen gesundheitsförderlichen Maxime aufgestiegen. Der Körper: eine funktionstaugliche Maschine; der Geist: eine disziplinierende Kontrollinstanz; das Leben: eine leistungsorientierte Daseinsverpflichtung (Kellermann, 2001). Eine Gesundheitsförderung, die sich diesen Normalitäts- und Heilsansprüchen unterwirft, zielt – in Konkurrenz mit der Stammzellforschung – darauf ab, den fehlerhaften Menschen abzuschaffen. Damit geht sie noch weiter als die christliche Lehre, die sich mit dem Sünderdasein aller Menschen abgefunden hat (Klotter, 2009). Und sie wird ewig scheitern: Perfektionshoffnungen gedeihen, die nur enttäuscht werden können (Dörner, 2004).

Das aktuelle Gesundheitsideal unterliegt nicht nur einer inhaltlichen, sondern auch zeitlichen Entgrenzung. Gesundheit ist nicht mehr bloß aktuelles subjektives Wohlbefinden, sondern lebenslange funktionstüchtige Leistungsfähigkeit. Diese prospektiv gedehnte Gesundheitsperspektive ist riskant, denn sie folgt der zu simplen Prämisse, dass sich Wohlbefinden in der (ungewissen) Zukunft durch Wohlverhalten in der Gegenwart erzwingen lässt. Doch Gesundheit und Krankheit unterliegen keiner monokausalen Sicherheit, sondern multifaktoriellen Wahrscheinlichkeiten. Die Frage, ob man einem Fußballverein beitreten soll oder nicht, lässt sich unter inhaltlich und zeitlich entgrenzter Gesundheitsperspektive kaum noch beantworten, denn es gilt sorgfältig abzuwägen, ob ein Schwimmverein nicht die gesündere Alternative darstellen könnte (obwohl der Schwimmsport vermutlich die Haut stärker belastet), ob unabsehbare Neben- (z.B. Verletzungen) oder Spätfolgen (z.B. Degenerationen) die Gesundheit eher beeinträchtigen als fördern werden, ob die psychische Gesundheit der Dienstagabends allein gelassenen Kinder leidet oder aber die körperliche Gesundheit indischer Kinder, die zum Nähen von Fußbällen gezwungen werden.

Neo-Gesundheitsförderung verlangt, dass Menschen ihr eigenes aktuelles Handeln stets im Hinblick auf die potenziellen, beabsichtigten und unbeabsichtigten, erwarteten und unerwarteten Handlungsfolgen reflektieren, dabei stets flexibel reagieren und schließlich die finale Verantwortung übernehmen (Günther, 2006). Von der Wiege („Hätte vorgeburtliche Diagnostik Leid oder Kind verhindert?“) bis zur Bahre („Hätte weniger oder mehr körperliche Anstrengung die Demenz hinausgezögert?“) müssen Gesundheitsentscheidungen unter Ungewissheit getroffen werden. Erst die Zukunft fällt das Urteil, da nur rückblickend Nutzen

bzw. Schaden der vergangen Entscheidung beurteilt werden können (Bernasconi, 2006). Nachher ist man immer klüger – man sollte gleich nachher leben (empfiehlt zumindest Günter Eich). Zweifellos ist es sinnvoll, Menschen für ihre Entscheidungen verantwortlich zu machen, doch die ungewissen zukünftigen Folgen ihrer Entscheidungen sollten aus Überforderungsgründen in Gemeinschaftszuständigkeit bleiben. „To hold people responsible for the actual consequences of their choice would therefore be to hold them responsible for too much“ (Cappelen & Nordheim, 2005, p. 479).

Das inhaltlich und zeitlich entgrenzte Gesundheitsideal überfordert viele Menschen und erzeugt vermutlich eher Resignation und Rebellion gegen undurchschaubare und damit unzumutbare Gesundheitsvorgaben. Es ist zu wünschen, dass die überbewertete Gesundheitsblase platzt und das hochgradig fragile und zufällige Ideal optimaler langlebiger Gesundheit wieder auf Normalmaß schrumpft (Schäfer, 2008). Überzüchtete Gesundheitsvorstellungen müssen aufgegeben werden zugunsten pragmatischer, eher auf Schadensminimierung als auf Gesundheitsoptimierung setzende Handlungsansätze, um zu verhindern, dass die verführerische Option Gesundheit zur monströsen Order wird, die in der Eigenverantwortungsgesellschaft besonders den Einzelnen drangsaliert. Es scheint erforderlich zu werden, sich wieder zu bescheiden und die Vielfalt der Gesundheitsförder-Themen zu beschneiden – etwa im Sinne der Basishandreichung von UNICEF et al. (2002) zum Thema Kindergesundheit: Dort sind 13 basale Hauptthemen zur Kindergesundheit gebündelt – weniger ist oft mehr. Mehr Bescheidenheit gelingt den Gesundheitsverantwortlichen vermutlich leichter, wenn sie sich daran erinnern, dass Gesundheit mehr und anderes ist als wenig Zigarettenkonsum und viel Bewegung (Keil, 2009). Gesundheit ist nicht körperliches Wohlergehen: Die soziale (z.B. familiäre Eingebundenheit, Zufriedenheit mit Freundschaftsbeziehungen), emotionale (z.B. Stressresistenz, Resilienz), intellektuelle (z.B. mentale Fähigkeiten, Lernspaß) und spirituelle (z.B. Lebenssinn, Verbundenheit mit einer größeren Macht) Dimensionen von Gesundheit sollten weder unterschätzt werden für individuelle Lebensqualität, noch vernachlässigt von der Gesundheitsförderung (Hawks et al., 2008).

Der Harm Reduction Ansatz der Suchthilfe macht es vor: Die dort verankerte Akzeptanz statt Abstinenzorientierung will nicht perfekte Menschen zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil unter Idealbedingungen befähigen, sondern Normalmenschen schadensarme Lebenschancen unter Alltagsbedingungen ermöglichen. Eine solche schadensminimierende statt gesundheitsoptimierende Perspektive reduziert nicht nur die Überforderungsrisiken des Einzelnen, sondern erlaubt auch die Erschließung bislang unterschätzter Gesundheitsressourcen, beispielsweise der Natur. In der Natur zu sein oder die Natur zu sehen hat gesundheitsförderliche Potenziale, z.B. erleichtert der Blick aus dem Fenster in die Natur Kranken die Rekonvaleszenz, beschleunigt die Entspannung nach Anspannung, erhöht bei Studierenden das Leistungsvermögen und reduziert bei Autofahrern das Stresserleben. Direkter Kontakt mit der Natur verbessert messbar die Aktivitäten des zentralen Nervensystems, reduziert Blutdruck und die Ausschüttung von Stresshormonen, mehrt das Erleben von Freude, Entspannung, dient der Angstlösung, erhöht das psychische Wohlbefinden und verbessert schließlich unter Umständen die soziale Einbindung in die Gemeinde (Maller et al., 2005). Die Erhaltung und Pflege von Grünflächen in der Stadt verdienen dann als kleine feine Strategien der Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit.

Veränderung der Verantwortungszuteilung

Weder optimale noch normale Gesundheit lässt sich in Eigenregie bzw. in Eigenverantwortung herstellen. Auch gegenüber dem Einzelnen gilt es darum, fördernde und fordernde Ansprüche zu reduzieren. Denkbar ist dies mit Hilfe eines Perspektivwechsels, der die bisherige ursachenorientierte Blickrichtung (Wer trägt die [Letzt-]Verantwortung für einen gesundheitlichen Schaden?) durch eine lösungsorientierte Betrachtungsweise ersetzt (Wie lässt sich der Schaden am erfolgreichsten verhindern?). Bislang wird beim Auftreten eines gesundheitlichen Schadensereignisses (z.B. Übergewicht) danach geforscht, wem die (Letzt-)Verantwortung gebührt (gegenwärtig meist: dem bewegungsarmen Esser), statt danach, wer effektiv die Verantwortung für die Schadensreduktion übernehmen könnte (z.B. Bebauungsplaner, die öffentliche Gebäude ohne zugehörige Grünflächen nicht mehr genehmigen). Der Nutzen dieses Vorgehensweise ist begrenzt, und folglich haben sich alternative, nicht ursachen-, sondern ergebnisorientierte Schadensminimierungs-Systeme in zahlreichen Arbeitsfeldern erfolgreich etablieren können, z.B. in der Flugsicherheit oder Atomenergie, die typischerweise ein sehr geringes Maß an Risikotoleranz aufweisen. Das dortige Risikomanagement ist dadurch gekennzeichnet, dass nach den systemischen Lösungen – nicht individuellen Verursachern – von Schäden oder Risiken geforscht wird. Es steht nicht die Frage im Vordergrund, wer verantwortlich ist für einen Schaden, sondern wie am effektivsten potenzielle Schäden verhindert werden. Die Idee ist ganz einfach, es gilt die dumme Frage nach dem Verantwortungs-Ei und der Verantwortungs-Henne aufzugeben zugunsten einer klugen Risikokultur. Diese kluge Risikokultur ist gekennzeichnet durch ein systemisches Verständnis von unerwünschten Ereignissen, die nicht als Schuld eines einzelnen Verantwortlichen definiert und sanktioniert, sondern als fehlerhafte Störung innerhalb eines interaktiven Systemprozesses interpretiert und bearbeitet werden. Übergewicht in diesem systemischen Sinne wird nicht verursacht durch den bewegungsarmen Vielesser, sondern entsteht in einem komplexen System aus bewegungshinderlicher Umwelt, leicht verfügbaren hochkalorischen Nahrungsmitteln, sitzender Berufstätigkeit, milieutypischen Freizeitstilen etc.

Der Erfolg des systemischen Risikomanagements in der Privatwirtschaft hat inzwischen auch im Gesundheitswesen Niederschlag gefunden (SVR-Gesundheit, 2003). Der komplizierte Prozess von Gesundheitsentstehung und Krankwerdung erscheint geradezu prädestiniert für ein verursacherunabhängiges Prozedere kooperativen Risikomanagements. Internationale Erfahrungen, etwa in der Chirurgie, zeigen, dass damit bedeutsame Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen erreicht werden können (Lauterberg & Kolpatzik, 2005). Hingegen zeigt sich, dass die beharrliche Suche nach den ursächlich Verantwortlichen („Schuldigen“) eher zur Verantwortungsverschleierung und Verantwortungsverschleppung führt und nicht zur effektiven Risikoreduktion beiträgt (Schrappe, 2005).

Es ist offensichtlich wenig hilfreich, nach den – im multidimensionalen Gesundheitsbereich ohnehin unidentifizierbaren – finalen Krankheitsverursachern zu suchen, sondern stattdessen zu prüfen, welche kooperativen Verantwortungsarrangements die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheitsereignissen bestmöglich vermindern. Die Sicherheitsindustrie macht es vor, etwa bei der kooperativen Optimierung im Maschinenbau. Anders als bei den zahllosen Maßnahmen zur Übergewichtsprävention, steht bei der Unfallprävention nicht das „verursa-

chende“ Individuum und sein Fehlverhalten im Fokus der vorbeugenden Anstrengungen, sondern die fehlerfreundlichen Umgebungsbedingungen. Ein kooperatives Verantwortungsmanagement erkennt an, dass menschliche Fehlentscheidungen, Fehlhandlungen und Fehlschläge unvermeidbar sind (Günther, 2006). Wenn den Menschen unter komplexer Ungewissheit nichts anderes übrig bleibt, als Fehler zu machen, dann kann die Suche nach den Ursachen für Fehlhandlungen keine zweckmäßige Grundlage darstellen für die Fehlerminderung. Sinnvoller erscheinen die Suche nach funktionstüchtigen Bewältigungsstrategien zur Absicherung von unvermeidbaren Schadensfällen und die Etablierung eines kooperativen Risikomanagements zur Reduzierung der Schadenswahrscheinlichkeiten.

Die handlungsleitende Frage bei der Zuweisung von kooperativer Verantwortung ist nicht länger: Wer ist verantwortlich?, sondern: Wer kann Verantwortung tragen?. Aus rational-praktischen Gründen sollte die Verantwortungszuteilung unter Bedingungen des optimalen Ressourceneinsatzes erfolgen: Je umfangreicher die Macht zur Veränderung von unerwünschten Zuständen ist, desto Erfolg versprechender ist der erwartbare Veränderungsnutzen. Das Verantwortungsmanagement erfolgt darum entlang einer Potenzial-identifizierenden und -nutzenden Verantwortungshierarchisierung. In vier Schritten ist ein gestuftes Verantwortungssystem etablierbar: Wer bereits heute wirksam Verantwortung für individuelle und strukturelle Gesundheit übernehmen kann, muss dies tun. Wer über ungenutzte Verantwortungspotenziale verfügt, muss die produktive Nutzung dieser Reserven schnellstmöglich gewährleisten. Wer noch nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, soll befähigt werden. Wer nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, dem ist Solidarverantwortung garantiert. Diese Abfolge erscheint sowohl aus pragmatischen als auch psychohygienischen Gründen weitaus zweckmäßiger als die derzeit verfolgte Strategie, die zuerst die Akteure identifiziert, die keine Verantwortung übernehmen, diese werden dann differenziert nach Unfähigen und Unwilligen, die Unfähigen werden befähigt, und die Unwilligen werden bestraft.

Vermehrung benutzerfreundlicher Gesundheitsförderung

Die dritte Möglichkeit – neben verringerten Gesundheitsansprüchen und vermehrten Gesundheitsakteuren –, um die Barrieren für gesundheitliches Engagement zu minimieren, liegt in Reduzierung der Barrieren für gute Gesundheitsförderung, die sich weniger als Erkenntnis denn als Umsetzungsproblem darstellen. Dies ist bekanntlich eine schwierige Herausforderung, da wirksame Gesundheitsförderung in der Regel an den gesellschaftlichen Verhältnissen ansetzen muss, doch gesellschaftlich durchsetzbar vor allem Gesundheitsförderung ist, die am individuellen Verhalten ansetzt. Fast nur solche Programme überleben den darwinistischen Kampf des Stärkeren (Kühn & Rosenbrock, 2009). Die Implementierung von Gesundheitsförderung folgt dem Gesetz des Survival of the Fittest – allerdings ist die stärkste Gesundheitsförderungsstrategie nicht diejenige mit der höchsten oder sozial gerechtesten Wirksamkeit, sondern jene, die am besten angepasst ist an den jeweils aktuellen gesellschaftlichen Status quo. Unter den derzeit herrschenden gesundheitspolitischen Bedingungen, die gekennzeichnet sind von Ökonomisierung, Technisierung und Individualisierung, haben die besten Überlebens-, d.h. Implementierungschancen solche Strategien der Gesundheitsverbesserung, die auf die technologische, z.B. genetische, Optimierung von Individuen und Be-

handlungsmöglichkeiten setzen. Die zweitbesten Implementierungschancen weisen Präventionsstrategien auf, die die individuenzentrierte Verhaltensänderung (Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum etc.) zwecks Reduktion von Risikofaktoren zum Ziel haben. Die schlechtesten Überlebenschancen haben solche Gesundheitsförder-Programme, die auf die Veränderung von gesellschaftlichen Verhältnissen abzielen: „Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr oder Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- und Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren“ (Kühn & Rosenbrock, 2009, S. 59). Wenn Gesundheitsförderung tatsächlich eine Chance haben will, flächendeckend implementiert zu werden, dann muss sie kompatibel sein mit den aktuell gültigen gesellschaftlichen Vorgaben: Sie sollte den soziokulturell herrschenden Normen, Handlungslogiken und Problemlösungsmustern entsprechen; sie darf nichts kosten bzw. muss sich als Investition monetär auszahlen, ihr Nutzen muss sich ökonomisch abbilden lassen und nicht beispielsweise als Zugewinn an Lebensqualität oder auch sozialer Gerechtigkeit; sie sollte am Verhalten des Einzelnen und nicht den Verhältnissen, unter denen die Einzelnen leben, ansetzen; und sie darf nicht zu komplex angelegt sein, damit die Messbarkeit nicht verloren geht (Gerlinger & Stegmüller, 2009). Um also implementiert werden zu können, muss Gesundheitsförderung „sich verbiedern“ (nach Kühn et al., 2009, S. 426), sich handzahn benehmen, mundgerecht angerichtet sein, niemanden stören – Zähne putzen statt Zähne zeigen. Doch die Wirksamkeit zahnloser Gesundheitsförderung ist bekanntlich nur von begrenzter Wirksamkeit.

Die Idee der Benutzerfreundlichkeit könnte hier einen Weg weisen – beispielsweise helfen „benutzerfreundliche“ Blumenkübel eiligen Autofahrern dabei, an Schulstraßen ihre Fahrgeschwindigkeit zu reduzieren. Benutzerfreundliche Systeme unterstützen Menschen in alltäglichen – oftmals fehlerfreundlichen – Situationen dabei, sich günstiger zu verhalten als sie es ohne Unterstützung tun würden. Im Rahmen von technischen Innovationen ist Benutzerfreundlichkeit seit Jahren Standard. Kochherde, Kaffeemaschinen und Computer werden möglichst so konstruiert, dass sie leicht zu bedienen und fehlerfreundlich zu handhaben sind. Umgangssprachlich bezeichnet man dies als Benutzerfreundlichkeit, im Fachdiskurs ist der Begriff Gebrauchstauglichkeit üblicher.

Es stellt sich die Frage, ob Gebrauchstauglichkeit ein sinnvolles Zielkriterium bei der Entwicklung von Gesundheitsförderung sein könnte, weil sich gebrauchstaugliche Gesundheitsförderung politisch leicht implementieren lässt und dennoch wirksam ist. Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung ist wohlgerne keine Problemlösestrategie für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Ungerechtigkeit! Sie setzt nicht an den sozial ungerechten Verhältnissen an, doch immerhin an den Alltagsverhältnissen der Menschen, und dieses Vorgehen verspricht zumindest mehr Wirkung als Gesundheitsförderung, die nur am Verhalten ansetzt. Der Kampf für mehr gesundheitliche Gerechtigkeit darf nicht aufgegeben werden, doch dieser Weg ist kein kurzer, und begleitend erscheint benutzerfreundliche Gesundheitsförderung besser als Neo-Gesundheitsförderung.

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung könnte sich auf die zwei Prämissen des libertären Paternalismus stützen (Sunstein & Thaler, 2003):

- Der Mensch muss fortwährend Entscheidungen treffen, doch dieser Mensch ist fehlbar, er weiß nicht alles, er kann nicht alles, er will nicht das, was er sich wünscht zu wollen, er tut nicht, was er will etc. Unzählige Studien haben für gesundheitsrelevantes Handeln erschöpfend belegt, dass der Mensch fehlbar ist und außerdem oftmals überfordert mit seiner gesundheitsbezogenen Freiheit bzw. Eigenverantwortung (Schmidt, 2008). Nur ein Beispiel – erster Teil: Jeden Morgen will der Angestellte das Treppenhaus statt den Aufzug nehmen, um in sein Büro im 5. Stock zu gelangen, doch meist nimmt er der Bequemlichkeit halber den Aufzug.
- Die Umwelt, in der Menschen sich bewegen, gibt ihnen oftmals bestimmte Entscheidungen vor: Das Beispiel – zweiter Teil: Eine Architektin hat ein Bürogebäude gebaut, in dem der Aufzug unmittelbar am Eingang liegt, das Treppenhaus jedoch in der hinteren Ecke der Eingangshalle. Die Entscheidung der Nutzer/innen des Hauses entweder für den Aufzug oder die Treppe ist unter diesen Bedingungen nicht vollständig frei, sondern präjudiziert. Die Nutzung des Aufzugs ist nahe liegender als die der Treppe.

Individuelle Handlungsentscheidungen werden also in der Regel in bestimmten Kontexten gefällt, und innerhalb dieser Kontexte werden aufgrund der immanenten Entscheidungsarchitektur bestimmte Handlungsentscheidungen wahrscheinlicher bzw. weniger wahrscheinlich. Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung wäre so zu gestalten, dass eine gewünschte Handlungsentscheidung wahrscheinlicher wird bzw. eine ungewünschte Handlungsentscheidung weniger wahrscheinlich. Oder im Sinne der WHO gesprochen: Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung macht die gesunde Wahl zur leichteren Wahl.

An der Organspende lässt sich dies illustrieren. Sie ist in Deutschland und Österreich unterschiedlich geregelt, d.h. die verschiedenen Entscheidungsarchitekturen legen der deutschen Bevölkerung andere Entscheidungen nahe als der österreichischen. In Deutschland gilt die so genannte opt-in Regelung: Wer hierzulande Organe spenden möchte, muss dies in einem proaktiven Akt schriftlich fixieren. In Österreich gilt die opt-out Regelung: Wer Organe spenden will, muss nicht handeln. Es wird vorausgesetzt, dass die meisten Menschen spenden wollen, also sieht das Gesetz vor, dass nur, wer nicht spenden will, seine Spendenbereitschaft in einem reaktiven Akt schriftlich widerrufen muss.

Die aktuelle Repräsentativbefragung zur Organspende in Deutschland zeigt, dass derzeit 17% der Bevölkerung einen Organspendeausweis besitzt. Allerdings berichten fast 70% der Bevölkerung, dass sie gerne Organe spenden würden (BZgA. 2009). Die Differenz erklärt sich vermutlich seltener durch Ambivalenz (10% sind der Befragung zufolge unentschieden), sondern häufiger durch Aufschiebeverhalten. Ebenso, wie viele Menschen seit Jahren ihren Stromanbieter wechseln oder ihren Handytarif ändern möchten, wollen viele Menschen vermutlich seit langem einen Organspendeausweis beschaffen, kommen jedoch aus zahlreichen Gründen nicht dazu. Auf der Grundlage statistischer Mehrheitsentscheidungen wäre es für Deutschland zweckmäßig, die opt-in-Entscheidungsarchitektur zu einem opt-out-Design zu verändern, da sich dann nur 24% (die, die nicht spenden wollen) statt 67% (die, die spenden wollen) der Bevölkerung aktiv in den Organspendeprozess einbringen müsste.

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung zielt darauf ab, alle gesundheitsrelevanten Akteure in ihrer Funktion als Entscheidungsarchitekten dazu zu befähigen, bei fälligen Entscheidungen die Möglichkeiten von Entscheidungsdesigns zu prüfen, die die gesündere Entscheidung zur näher liegenden Entscheidung machen:

- Kaufhäuser zu bauen, in denen die attraktiv gestalteten Treppenhäuser und nicht die Rolltreppen in unmittelbarer Sichtweite liegen, würde niemanden substantziell in seiner Freiheit einschränken, doch wäre zu erwarten, dass mehr Menschen gelegentlich die Treppe benutzen, d.h. Bewegung im Alltag verankert werden könnte.
- Alle Einbahnstraßen für den entgegenkommenden Radverkehr freizugeben, würde niemanden substantziell in seiner Freiheit einschränken, doch wäre zu erwarten, dass die Radfahrquoten steigen, da die kürzesten Wegstrecken per Rad zu erledigen sind.
- Ein fußgängerfreundlicher Stadtteil mit strategisch günstig liegenden Grünstreifen würde niemanden substantziell in seiner Freiheit einschränken, doch wäre zu erwarten, dass die körperliche und soziale Gesundheit durch die Mehrung von Bewegung und Bekanntschaften erhöht würde (Klotter, 2009).
- Ein Mailtexterkennungssystem, das einen Schimpfwort-Scanner beinhaltet und ggf. eine 24-Stunden-Abkühl-Absende-Wartezeit empfiehlt, würde niemanden substantziell in seiner Freiheit einschränken, doch wären Vorteile für die psychosoziale Gesundheit aller Beteiligten zu erwarten (Thaler & Sunstein, 2008).

Menschen durch gesundheitsförderliche Entscheidungsarchitekturen dabei zu unterstützen, gesundheitsfreundlichere Entscheidung zu treffen, statt sie in freier Eigenverantwortlichkeit sich selbst zu überlassen, birgt einige Wohlbefindensreserven. In der Regel sind solche Entscheidungsarchitekturen maßvoll und mild im Hinblick auf ihre Eingriffsstärke und sie ziehen ihren Nutzen aus einer asymmetrischen Wirksamkeit: Sie stiften vergleichsweise viel Nutzen für einige und wenig Schaden für andere (Camerer et al., 2003). Wer ohnehin lieber Treppen steigt, ist vermutlich dankbar über das Treppenhaus direkt beim Hauseingang. Wer lieber Aufzug fahren möchte kann dies tun, er muss dafür nur die Eingangshalle durchqueren.

Außerdem schützen solche Entscheidungsarchitekturen vor potenziellen Risiken der (überfordernden) Freiheit. Zahlreiche Menschen wollen nicht entscheiden müssen über die beste Behandlungsstrategie, sondern sind dankbar, wenn der Arzt eine Entscheidung vorschlägt. Zahlreiche Menschen wollen sich im Supermarkt nicht selbstdiszipliniert gegen Schokoriegel entscheiden müssen, sondern sind dankbar, wenn die Schokoriegel aus Kassennähe verbannt werden. Nicht alles, was die Freiheit mehrt, mehrt das Wohlbefinden (Honneth, 2002). Und nicht alles was die Freiheit einschränkt, schränkt das Wohlbefinden ein, sondern sichert es ggf. sogar – das berühmte Beispiel von John Stuart Mill belegt den Autonomiegewinn, der sich für einen Fußgänger ergibt, der daran gehindert wird, eine defekte Brücke zu betreten. In zahlreichen Fällen kann es zweckmäßig sein, Gesundheitsentscheidungen nicht dem Einzelnen in Alleinverantwortung zu überlassen, sondern die individuellen Entscheidungssituationen einzubetten in Strukturen, die das gesundheitsfreundliche Handeln näher legen als das gesundheitsriskante. Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung birgt meist weniger Risiken (z.B. paternalistisch durchgesetzte Freiheitshemmnisse) als Chancen für den Einzelnen und

schützt ihn darüber hinaus vor der überfordernden Pflicht zur alleinverantwortlichen Gesundheitsorge.

Prof. Dr. Bettina Schmidt

Kontakt:

Ev. Fachhochschule Bochum

Immanuel-Kant-Str. 18

44803 Bochum

E-Mail: bschmidt@efh-bochum.de

Homepage: <http://www.efh-bochum.de/homepages/bschmidt/index.html>

Literatur

Allmark, P. (2006). Choosing health and the inner citadel. *Journal of Medical Ethics*, 32, 3-6.

Aust, J., Bothfeld, S. & Leiber, S. (2006). Eigenverantwortung – Eine sozialpolitische Illusion. *WSI Mitteilungen*, 4, 186-193.

Bernasconi, R. (2006). Vor wem und wofür? Zurechenbare Verantwortlichkeit und die Erfindung der ministeriellen, hyperbolischen und unendlichen Verantwortung. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*, 221-246. Frankfurt am Main: Campus.

Bierhoff, H.-W. et al. (2005). Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 4, 1, 4-18.

Bittlingmayer, U.H. (2008). Blaming, Producing und Activating the Victim. In G. Hensen & P. Hensen (Hg.) *Gesundheitswesen und Sozialstaat*, 229-258, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Buestrich, M. (2007). Gesundheit und Krankheit in der aktivierten Arbeitslosigkeitsgesellschaft. In B. Schmidt, P. Kolip (Hg.) *Gesundheit fördern und fordern*, 129-139. Weinheim: Juventa.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). *Organ- und Gewebespende: Repräsentative Befragung der Allgemeinbevölkerung*. Köln: BZgA.

Camerer, C., Issacharoff, S., Loewenstein, G., O'Donoghue, T. & Rabin, M. (2003). Regulations for conservatives: behavioral economics an the case for „asymetric paternalism“. *University of Pennsylvania Law Review*, 152, 1211-1245.

Cappelen, A.W. & Norheim, O.F. (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31, 8, 476-80.

Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2005). Einleitung – Sozialpolitische Rahmenbedingungen aktivierender Sozialer Arbeit. In H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt, N. (Hg.) *Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis*, 1-5. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

DKFZ – Deutsches Krebsforschungsinstitut (2003). *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*. Heidelberg: DKFZ.

Dörner, K. (2004). *Das Gesundheitsdilemma: Woran unsere Medizin krankt*. Berlin: Ullstein.

Duttweiler, S. (2008). „Im Gleichgewicht für ein gesundes Leben“ – Präventionsstrategien für eine riskante Zukunft. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hg.) *Kreuzzug gegen Fette*, 125-142. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Geene, R. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hg.) *Normativität und Public Health*, 301-321. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Gerlinger, T. & Stegmüller, K. (2009). Ökonomisch rationales Handeln als Leitbild der Gesundheitspolitik. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hg.) Normativität und Public Health, 135-162. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greenhalgh, T. & Wesseley, S. (2004). Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle class. *British Medical Bulletin*, 69, 197-213.
- Günther, K. (2006). Aufgaben- und Zurechnungsverantwortung. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 295-329. Frankfurt am Main: Campus.
- Händeler, E. (2004). Wann endlich wird Gesundheit Wachstumsmotor der Wirtschaft? *Gesundheitswesen*, 66, 775-778.
- Hensen, G. & Hensen, P. (2008). Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In G. Hensen & P. Hensen (Hg.) *Gesundheitswesen und Sozialstaat*, 13-40, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Holst, J. & Laaser, U. (2003). Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, 51-52, 22.12.2003, A 3358-3361.
- Honneth, A. (2002). Organisierte Selbstverwirklichung – Paradoxien der Individualisierung. In A. Honneth (Hg.) *Befreiung aus der Mündigkeit – Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*, 141-158. Frankfurt am Main: Campus.
- Keil, A. (2009). Hauptsache gesund und ohne Befund. *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 3, 6-7.
- Kellermann, K. (2001). Von Krankheit als gesellschaftlicher Ausgrenzungsfunktion zu Gesundheit als Integrationsleistung? In K. Kellermann, N. Konegen, F. Staeck (Hg.) *Aktivierender Staat und aktive Bürger*, 79-106. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kettner, M. (2006). „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft*, 2, 7-16.
- Kickbusch, I. (2005). The Health Society. *Health Promotion International*, 20, 2, 101-103.
- Klinke, S. (2008). Gesundheitsreformen und ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen. In G. Hensen & P. Hensen (Hg.) *Gesundheitswesen und Sozialstaat*, 61-106, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klotter, C. (2009). Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben. Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. München: Ernst Reinhardt.
- Klotter, C. (2008). Von der Diätik zur Diät – Ideengeschichte der Adipositas. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hg.) *Kreuzzug gegen Fette*, 21-34. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühn, H. & Rosenbrock, R. (2009). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. (Nachdruck von 1994). In W.H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hg.) *Normativität und Public Health*, S. 47-71. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühn, H., Bittlingmayer, U. E., Sahrai, S. & Schnabel P.-E. (2009). Präventionspolitik: Ein aktueller Rückblick auf eine frühe Diagnose. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hg.) *Normativität und Public Health*, 425-456. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ladwig, B. (2000). *Gerechtigkeit und Verantwortung*. Berlin: Akademie Verlag.
- Lauterberg, J. & Kolpatzik, K. (2005). Von der Utopie zur Agenda. *Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin – Mehr Sicherheit für Leib und Leben*, 10, 8, 4-6.
- Laverack, G. (2009). The future of public health programming. *Journal of Public Health*, 17, 281-286.
- Lenk, H. & Maring, M. (1998). Das moralphilosophische Fundament einer Ethik für Organisationen – korporative und individuelle Verantwortung. In G. Blickle (Hg.) *Ethik in Organisationen*, 19-35. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Lenzen, D. (2001). *Krankheit als Erfindung*. Frankfurt: Fischer.
- Lessenich, S. (2005). „Activation without Work“: Das neue Dilemma des ‚konservativen‘ Wohlfahrtsstaats. In H.-J. Dahme, N. Wohlfahrt (Hg.) *Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis*, 21-29. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Low, J. & Thériault, L. (2008). Health promoting policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn. *Health Promotion International*, 23, 2, 200- 206.

- Musil, A. (2003). Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Nullmeier, F. (2006). Paradoxien der Eigenverantwortung. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 151-164. Frankfurt am Main: Campus.
- Pankoke, E. (2006). Arenen – Allianzen – Agenden: Netzwerke und Lernprozesse zivilen Engagements. In L. Heidbrink, A. Hirsch (Hg.) Verantwortung in der Zivilgesellschaft, 85-108. Frankfurt am Main: Campus.
- Prantl, H. (2005). Kein schöner Land – Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München: Droemer.
- Rauprich, O. (2008). Utilitarismus oder Kommunitarismus als Grundlage einer Public-Health-Ethik. Bundesgesundheitsblatt, 51, 137-159.
- Resnik, D.B. (2007). Responsibility for health: personal, social, and environmental. Journal of Medicine Ethics, 33, 8, 444-445.
- Schäfer, D. (2008). Neuere Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft. In D. Schäfer et al. (Hg.). Gesundheitskonzepte im Wandel, 65-77. Stuttgart: Franz Steiner.
- Schmacke, N. (2007). Evaluation von Gesundheitsförderung: Mission Impossible? In B. Schmidt, P. Kolip (Hg.) Gesundheit fördern und fordern, 57-70. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, B. (2008). Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Bern: Huber.
- Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (2008). Kreuzzug gegen Fette: Einleitung. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 7-20. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schorb, F. (2008). Adipositas in Form gebracht: Vier Problemwahrnehmungen. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hg.) Kreuzzug gegen Fette, 57-78. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schrapppe, M (2005). Das Mäntelchen des Schweigens lüften. Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin – Mehr Sicherheit für Leib und Leben. 10, 8, 7.
- Steinbrook, R. (2006). Imposing personal responsibility for health. New England Journal of Medicine, 355, 8, 753-756.
- Sunstein, C.R. & Thaler, F.H. (2003). Libertarian paternalism is not an oxymoron. The University of Chicago Law Review, 70, 4, 1159-1202.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003).: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Berlin: SVR.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2008). Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Berlin: Econ.
- Thielmann, L., Rohr, M., Schade, D. (2002). Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen – Arbeitsbericht. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- UNICEF et al (2002). Facts For Life. New York: UNICEF.
- Urban, H.-J. (2004). Eigenverantwortung und Aktivierung – Stützpfeiler einer neuen Wohlfahrtsarchitektur. WSI Mitteilungen, 9, 467-473.
- Wallner, J. (2004). Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2008). Closing the gap in a generation. WHO: Geneva.

[Zurück zur Übersicht](#)