

Neo-Gesundheitsförderung: Wer kann, muss ran

Auf der Suche nach dem feinsten gemeinsamen Nenner wirksamer Gesundheitsförderung

von Bettina Schmidt¹

ABSTRACT

Die aktuelle Gesundheitspolitik setzt auf Eigenverantwortung. Alle Bürger sind aufgerufen, sich hinreichend zu bewegen, keine Drogen zu nehmen und sich im Krankheitsfall therapietreu zu verhalten. Mehr Gesundheit und weniger Ausgaben sind das Ziel – obwohl hinreichend belegt ist, dass Gesundheit weniger das Ergebnis von persönlicher Leistung als von sozialer Lage ist. Im Unterschied zur klassischen Gesundheitserziehung zielt Neo-Gesundheitsförderung neben Befähigung auch auf Verpflichtung: Der fördernden Befähigung folgt bei suboptimaler Leistungserbringung die fordernde Sanktionierung. Mehr Verantwortungsbewusstsein wird vor allem von den kranken Menschen gefordert, obwohl zahlreiche weitere Akteure maßgeblichen Einfluss nehmen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und den Leistungszustand des Gesundheitswesens, zum Beispiel die Gesundheitsberufe oder die Gesundheitspolitik. Wenn Gesundheitsförderung die Gesundheit aller Menschen mehren soll, dann müssen auch alle Menschen beteiligt werden an den Aushandlungsprozessen darüber, welche die vordringlichen gesundheitsrelevanten Themen (Drogen- oder Autofreiheit) sind und wer die Verantwortlichen (bewegungsgeminderte Vielesser oder bewegungshinderliche Stadtplaner).

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, Eigenverantwortung, gesundheitliche Ungleichheit

Current health policy is focused on individual responsibility: everybody is encouraged to take enough exercise, refrain from taking drugs and adhere to therapy in case of illness. The goals are better health and lower health care expenditure – although there is ample evidence that good health is far less dependent on personal effort than on a person's social situation. Unlike traditional health education, neo-health promotion aims at empowerment reinforced with the element of obligation: in case of sub-optimal performance, encouraging empowerment is followed up with reinforcing sanctions. Although numerous other players, for example health professionals or health care policymakers, significantly influence the health of the population and the performance of the health care system, it is primarily patients who are called upon to show a greater sense of responsibility. If health promotion is to improve everybody's health, then everybody must be involved in negotiation processes over which issues are the highest priorities in health policy (drug-free or car-free lifestyles?) and where the responsibility lies (mobility-impaired overeaters or mobility-impeding urban planners?).

Keywords: health promotion, individual responsibility, accountability, health inequalities

1 Einleitung

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung von 1986 gilt bis heute als gesundheitswissenschaftlicher Konsens über ideale Gesundheitsförderung: Ideale Gesundheitsförderung befähigt Menschen zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit und stellt dafür die erforderlichen individuellen und strukturellen Ressourcen

bereit. Gesundheit gilt nicht als Angelegenheit des Einzelnen oder des Gesundheitswesens, sondern als Prozess, der im Rahmen gesundheitsdienlicher Lebensbedingungen herzustellen ist; verantwortlich sind alle gesundheitsrelevanten Akteure.

Leider haben die Ottawa- und ihre Nachfolge-Chartas zumindest in Deutschland nicht dazu geführt, dass Gesundheitsverantwortung gerecht auf alle relevanten Akteure verteilt wird. Unbeirrt folgt die deutsche Gesundheitspolitik dem im Prinzip

¹ Prof. Dr. Public Health Bettina Schmidt, Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe · Immanuel-Kant-Straße 18–20 · 44803 Bochum
Telefon: 0234 36901-201 · Telefax: 0234 36901-143 · E-Mail: bschmidt@efh-bochum.de

gegenläufigen Trend, der sich in Konzepten wie dem „aktivierenden Staat“ oder dem „Fördern und Fordern“ manifestiert und darauf abzielt, gesellschaftliche Zuständigkeiten zwischen Staat, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft so zu verteilen, dass insbesondere das Individuum verstärkt in die Pflicht genommen wird (*Hensen und Hensen 2008*). Es soll sich eigenverantwortlich darum bemühen, persönliche Risiken auf ein Minimum zu beschränken beziehungsweise Selbstversorgungs Kompetenzen auf ein Maximum auszudehnen (*Lessenich 2005*).

2 Gesundheit fördern und fordern

Aktivierende Gesundheitspolitik in Deutschland setzt 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 Unterschied zur klassischen Gesundheitserziehung zielt die Neo-Gesundheitsförderung allerdings neben fördernder Befähigung auch auf fordernde Verpflichtung – der fördernden Befähigung folgt bei suboptimaler Leistungserbringung die fordernde Sanktionierung. Die Menschen werden dazu aufgefordert sich hinreichend zu bewegen, maßvoll zu essen, keine Drogen zu nehmen und sich im Krankheitsfall thapietreu und kostenbewusst zu verhalten. Mehr Gesundheit und weniger Gesundheitsausgaben sollen damit erreicht werden – obwohl doch hinreichend belegt ist, dass Gesundheit weniger das Ergebnis von persönlicher Leistung als von sozialer Lage ist (aktuell: *WHO 2008*). 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 der persönliche Lebensstil ist Symptom der sozialen Lebenslage und liegt folglich nicht allein im individuellen Kontrollbereich (*Resnik 2007*). Gesundheitsförderung ist offenbar in einer Déjà-vu-Falle gefangen: Sisyphosgleich wird sie seit Jahren dazu gezwungen, wieder und wieder zu belegen, dass ihre individualisierende Verengung nur unzureichenden Nutzen stiftet (*Low und Thériault 2008*).

2.1 „Gesundheit fördern und fordern“ gilt nicht für alle Akteure gleichermaßen

Auch wenn stetig darauf hingewiesen wird, dass sich die Probleme des Sozialstaats nicht durch seinen Abbau lösen lassen, zielt Gesundheitspolitik seit vielen Jahren standhaft auf den Rückbau der öffentlichen und den Ausbau der privaten Gesundheitsverantwortung (*Klinke 2008*). Dass nicht nur der Privatmensch, sondern zahlreiche weitere Akteure maßgeblichen Einfluss auf den Zustand der Gesundheit und auf das Gesundheitswesen haben, wird weitgehend ignoriert.

Zudem werden diese Akteure viel seltener zur Verantwortungsübernahme gemahnt, obwohl sie mehr Gestaltungsmacht besitzen: Etwa die Gesundheitsberufe (zum Beispiel bei der Reduktion kostentreibender angebotsinduzierter Überversorgung), die politischen Eliten (bei der Durchsetzung einer Positivliste) oder die wirtschaftlichen Eliten (bei der Reduktion gesundheitsriskanter Arbeitsbedingungen).

Patienten sollen leisten, was scheinbar den übrigen Akteuren nicht abzuverlangen ist: mehr Eigenverantwortung. Mehr Eigenverantwortung sollte allerdings nicht verwechselt werden mit mehr Selbstbestimmung. Diese eigenverantwortlichen Menschen sollen nicht etwa frei wählen zwischen vernünftigem Safer Sex (körperlicher Gesundheit) und lustvollem kondomlosem Sex (Gesundheitsrisiko), sondern nachvollziehen, was vorgesehen ist (*Keil 2009*). Eigenverantwortliche Menschen sollen keine unnötigen Leistungen in Anspruch nehmen, notwendige (zum Beispiel zahnärztliche) Leistungen möglichst selbst (mit)finanzieren, sich bezahlen lassen für gehorsames Präventionsverhalten und schließlich bezahlen für zusätzliche privatvergnügliche Gesundheitsleistungen (*Schmidt 2008*). Wenn überhaupt, dann begünstigt diese Neo-Gesundheitsförderung die Gesundheit der ohnehin begünstigten Bevölkerungsgruppen. Für die weniger privilegierten Menschen führt das Fördern und Fordern eher zu Überforderung (*Bittingmayer 2008*).

2.2 Wer definiert die Themen?

Welche Themen gesundheitsförderliche Aufmerksamkeit erhalten, ist nicht nur gesundheitswissenschaftlicher Evidenz geschuldet, sondern unterliegt auch gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – der Wandel der Homosexualität von der Sünde über die Krankheit zur Normalität belegt dies eindrücklich. Solche gesellschaftlichen Übereinkünfte werden traditionell von den kommunikations- und begründungsstarken Eliten dominiert: Diese können begründen, warum Kampagnen gegen Drogen wichtig sind, obwohl Kampagnen gegen Autos mindestens genauso gesundheitsförderlich wären; diese können begründen, warum Insulin auf Krankenschein wichtig ist, Heroin auf Krankenschein hingegen nicht. Politische Entscheidungslogiken gehorchen leider nur bedingt dem Prinzip der Evidenzbasierung (*Schmacke 2007*). Beispiel: Adipositas gilt derzeit als zentrales Gesundheitsproblem. Das war nicht immer so. Zufällig repräsentiert Adipositas auch alles, was in der Leistungsgesellschaft als inakzeptables Verhalten gilt: Maßlosigkeit und Müßiggang (*Klotter 2008*). Obwohl bislang zwar keinesfalls eindeutig geklärt ist, welches Maß an Übergewicht bei welchen Personen mit welchen nachteiligen Gesundheitsfolgen einhergeht, ist dem Übergewicht der gesundheitspolitische Kampf angesagt (*Schorb 2008*). 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 ein-

gefordert, womit sich die Sorge um die Volksgesundheit als sehr selektive Angelegenheit darstellt (Buestrich 2007, 131). Zugespielt: Neo-Gesundheitsförderung konzentriert sich besonders auf die Themen, die gegen die zentralen Werte der Leistungsgesellschaft verstoßen (Klotter 2009).

„Die Gebildeten bilden sich die Welt nach ihrem Bild“ (Pankoke 2006, 88). Entsprechend verläuft die Trennlinie nicht allein zwischen Gesundheitsprofis und -laien, also zwischen denen, die Neo-Gesundheitsförderung verordnen, und denen, die sie scheinbar benötigen, sondern auch zwischen Mächtigen und Ohnmächtigen (Bartens 2008). Gemäß der „Heiligen Dreifaltigkeit des Risikos“ – viel essen, wenig bewegen, rauchen (nach Raphael 2009, 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 es könnten dahinter nicht nur Symptome sozialer Ungleichheit, sondern auch definitorische Machtsetzungen zu vermuten werden. In der postreligiösen Zeit liefert Gesundheit das ideologische Rüstzeug, um abweichendes Verhalten zu definieren und zu sanktionieren (Schmidt-Semisch und Schorb 2008). Nicht mehr ER, sondern GESUNDHEIT wird großgeschrieben (Kettner 2006), um die Regeln des richtigen Lebens festzulegen. Die aktuellen Zehn Gebote sind weltlicher Natur: 1. Gebot: Iss Obst und Gemüse; 2. Gebot: Bewege dich rege; 3. Nimm keine illegalen Drogen etc. Die Menschen werden auf ein vorgeblich gesundheitliches, doch oft eher moralisches Ideal hin getrimmt, das unerreichbar und dennoch in täglicher Eigenanstrengung anzustreben ist (Greenhalgh und Wesseley 2004).

2.3 Gesundheit fördert die einen und fordert die anderen

Es ist einfach, sich gemäß den herrschenden Gesundheitsnormen zu verhalten, wenn man über die Macht verfügt zu bestimmen, welche die herrschenden Gesundheitsnormen sind. Wem die Macht obliegt, bewegungsarmes Fernsehen als präventionswürdig und bewegungsarmes Lesen als promotionswürdig zu definieren, kann Gesundheit als distinktives Elitemerkmal konstruieren, an dem sich Masse von Klasse scheidet. Wie Geld und Golfspiel eignet sich die Neigung zu Jogging, Joghurt und Yoga – mit Bourdieu gesprochen – dazu, den Habitus der gehobenen Sozillage zu demonstrieren (Bittlingmayer und Bauer 2007). Gesundheit ist das Gut der doppelt Begünstigten: Die Gesunden sind gesund, weil sie über privilegierten Zugang zu relevanten Gesundheitsressourcen verfügen; und weil sie gesund sind, verfügen sie über privilegierten Zugang zu relevanten Gesundheitsressourcen: „Der Kerl, der diszipliniert genug ist, zehn oder fünfzehn Meilen die Woche zu laufen oder regelmäßig Gymnastik zu machen oder das Rauchen aufzugeben oder abzunehmen ... der hat auch die Disziplin, die ich bei meinen Angestellten brauche ..., disziplinierte, hochleistungsfähige Leute“ (zitiert nach Kühn 1993,

407). In der „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2005) gilt nicht mehr Wissen, sondern: Gesundheit ist Macht.

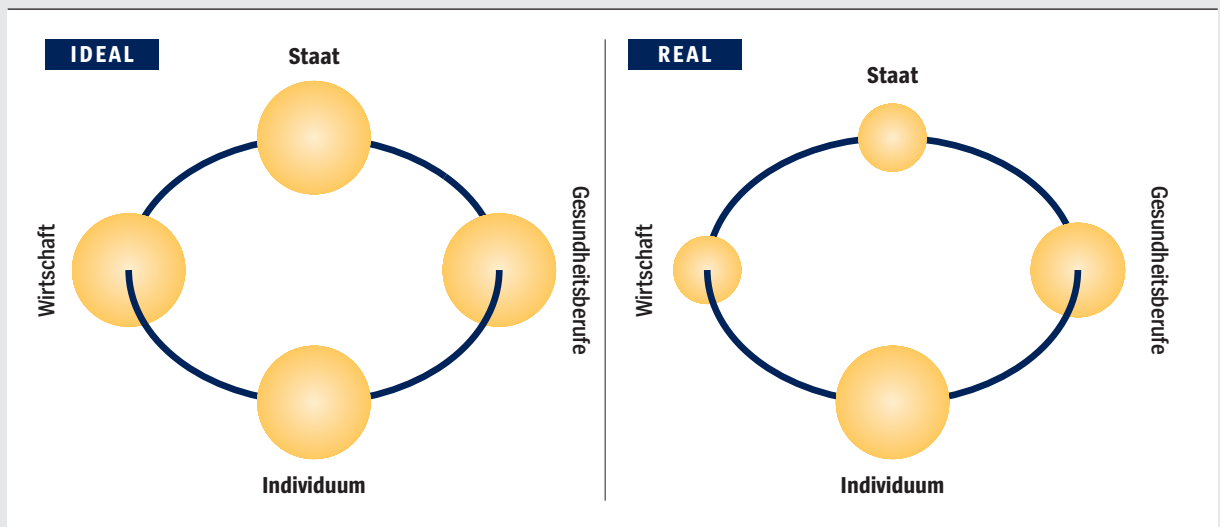
Das Eigenverantwortungsargument bietet den gesunden Leistungsträgern die Legitimation, sich offensiv abzugrenzen gegen die unverantwortlich ungesunde Restbevölkerung. Lebensstildifferenzen werden in Defizite umgedeutet und in ein hierarchisches Gut-Schlecht-Schema eingepasst (Bittlingmayer 2009). Die traditionelle „social correctness“ (Lessenich und Nullmeier 2006, 22), die es den etablierten Schichten bislang öffentlich verbot, rücksichtslose Urteile über benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu fällen, kann aufgekündigt werden. Die Unterklasse wird zum „kollektiven Entrüstungsobjekt“ (Neckel 2006, 376), und ihre gesundheitliche Benachteiligung wird als selbstverschuldetes Fehlverhalten einer Verliererfraktion gedeutet, der es offenbar an Wissensdurst, Willenskraft und Weitsichtigkeit fehlt, um das eigene Leben in Wohlstand und Wohlbefinden zu organisieren (Lemke 2007). Verschleiert wird die Aufkündigung des Solidarprinzips: Nicht mehr Gesunde zahlen für Kranke, sondern Kranke für sich selbst (Rosenbrock 2007). Der legitimatorische Weg wird geebnet für eine privatisierende Gesundheitspolitik, die öffentliche Ausgaben senkt, ohne Leistungen, sondern „nur“ Leistungsempfänger auszugrenzen.

Im Dreischritt werden Opfer zu Tätern gemacht: Ihre Handlungen werden in Fehlhandlungen umgedeutet und Unterstützung in Sanktionierung und Aktivierung umgewidmet – Producing, Blaming, Activating the Victim (Bittlingmayer 2008). Völlig ignoriert wird die Vielzahl der gesundheitspsychologischen, -soziologischen, -politischen, -ökonomischen Studien, die belegen, dass Gesundheit überaus voraussetzungsvoll ist: Ein guter Gesundheitszustand hängt nicht nur ab von individuellen Möglichkeiten (biologische Ausstattung, Wissen, Selbstwirksamkeitserwartungen und -erfahrungen, subjektiven Risikobewertungen, Bewältigungskompetenzen etc.), sondern auch von den sozialen (sozialer Rückhalt, milieutypische Verhaltensbindungen, berufliche Gratifikationen etc.) und strukturellen (Arbeitsbedingungen, Wohnlage, Bildungsoptionen, Gesundheitswesen etc.) Rahmenbedingungen (Bierhoff et al. 2005; Haisch 2004; Kals 2001; Kurzenhäuser und Epp 2009; Schwarzer 2004).

Nahezu Heldentum ist erforderlich, um gesund zu sein und zu bleiben, doch bekanntlich sind die Möglichkeiten zum Heldendasein in Deutschland ungleich verteilt, und entsprechend ungleich verteilt sind die Chancen für Gesundheit und die Risiken für Krankheit. Da Krankheit vor allem in den niedrigen sozialen Schichten überzufällig häufig verbreitet ist, trifft die Täterkonzipierung insbesondere die benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Der in diesen Gruppen zu erduldenen Widerspruch zwischen Gesundsein-Sollen und natürlich auch Gesundsein-Wollen und dem Gesundsein-Können wird einerseits als Zumutung und andererseits als persönliche Niederlage erlebt (Nullmeier 2006). Nicht verwunderlich also, dass zahlreiche Menschen von der Neo-Gesundheitsförderung nicht erreicht werden. Auch nicht verwunderlich,

ABBILDUNG 1

Verantwortung für Gesundheit/Gesundheitsförderung



Quelle: Bettina Schmidt, 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

wenn zahlreiche Menschen die herrschenden Gesundheitsnormen irgendwann nicht mehr als die eigenen akzeptieren. Die nicht an der Macht Beteiligten wehren sich damit gegen gebieterische Verhaltensgesetze und Assimilationszwänge und wahren lieber die eigene Identität, zum Beispiel über einen rebellisch gesundheitsriskanten Lebensstil (illegaler Drogenkonsum oder auch Barebacking-Sex in der Schwulenszene etc.) (Dippelhofer-Stiem 2008). Selbstbewusst wird Differenz inszeniert, und ein wie auch immer definierter Trash-Stil findet subkulturelle und gegebenenfalls bevölkerungsweite Verbreitung (Lessenich und Nullmeier 2006). Mutige Ungesundheit als avantgardistischer Modeausdruck (zum Beispiel Piercings) derer, die Gesundheit nicht leisten können und nicht leisten wollen – Fit or Fun!

3 Gesundheitsförderung: benutzerfreundlich statt eigenverantwortlich

Wenn Gesundheitsförderung alle Menschen erreichen soll, dann müssen auch alle Menschen beteiligt werden an ihrer Konzeptionierung. Das bedeutet erstens, dass alle Menschen beteiligt werden müssen an den Aushandlungsprozessen darüber:

- welche Themen als gesundheitsrelevant auf die politische Tagesordnung gelangen (Kampagne gegen lautes Musikhören oder gegen Flugzeuglärm?),
- welche Personen Gesundheitsverantwortung übernehmen sollen (das Individuum und seine Selbststeuerungs-

- möglichen oder der öffentliche Sektor und sein Auftrag zur gesundheitsförderlichen Lebensweltgestaltung?),
- welche Lösungswege für die gegenwärtige Kostenkrise im Gesundheitswesen verfolgt 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 gesundheitshemmender 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). Es ist vermutlich unrealistisch, darauf zu hoffen, dass die Eliten hier den initialen Beitrag leisten, denn veränderte Rahmen- und Lebensbedingungen entstehen in der Regel durch Solidarität von unten. Gesundheitsförderung sollte sich darum vielleicht stärker konzentrieren auf die Förderung von Solidarität und weniger auf den Verzehr von Salat (Kühn et al. 2009).

3.1 Verantwortliche Akteure: Alle statt einer

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen, heißt zu realisieren, dass Gesundheit nicht in Einzelanstrengung erbracht werden kann – und auch nicht muss (Abbildung 1). Die Unfallverhütung weist den Weg: Fahrbahnschwellen redu-

zieren Unfallrisiken, ohne dass der Einzelne alleinverantwortlich ist. Die Straßenschwelle – beziehungsweise das Kollektiv aus Autoingenieuren, Straßenbauern, Ordnungshütern etc. – unterstützt den Einzelnen wirksam bei seiner individuellen Gesundheitsfürsorge. Gesundheit funktioniert, wenn alle mitmachen – auch wenn das gegebenenfalls bedeutet, dass künftig Drogenkonsum legalisiert und Autofreiheit eingeschränkt würden, weil mehr und andere Menschen darüber entscheiden, was als gesundheitsriskant verbannt wird und was nicht.

Im kooperativen Verantwortungssystem sind alle relevanten Akteure einbezogen in die Prozeduren der Verantwortungsübernahme. Es ist unstrittig, dass (potenzielle) Patienten einen bedeutsamen Verantwortungsanteil tragen, denn jeder Mensch, der dazu in der Lage ist, trägt Verantwortung für seine Gesundheit. Er trägt diese jedoch nicht in Alleinzuständigkeit (Wallner 2004). Als Patient handelt ein Mensch unter Bedingungen der Informations-, Macht- und Beschwerdeasymmetrie. Darum müssen Stellvertreter für ihn die unlösbare Aufgabe der Qualitätsbeurteilung und Nutzen-sicherung übernehmen (Musil 2003). Die Stellvertreter – Hausärzte, Fachärzte, Krankenkassen etc. – verfolgen allerdings nicht zwingend Patienteninteressen, sondern möglicherweise sogar gegenläufige, vor allem wirtschaftliche Eigeninteressen. Aus diesem Grund hat die rahmende Politik zentrale, direkt gesundheitspolitische Zuständigkeiten inne sowie die indirekte gesundheitspolitische Aufgabe, die Freizügigkeit der Privatwirtschaft einzuhegen, falls der Gesundheitszustand der Bevölkerung betroffen ist.

3.2 Gesundheitliche Aktionen: Make the healthy choice the easy choice

Es ist schwierig, alle Akteure in ein kooperatives Verantwortungsmanagement einzubinden, darum sollten die potenziellen Hürden möglichst minimiert werden, zum Beispiel durch ein Absenken des Gesundheitsideals, Änderungen bei der Verantwortungszuteilung sowie ein Mehr an benutzerfreundlicher Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung hat leider einen Hang zur Maßlosigkeit entwickelt. Angestrebt wird mittlerweile ein „auf Hochglanz poliertes Gesundheitsverständnis der Makellosigkeit“ (Kellermann 2001, 89): Leibverbesserung statt Leibvergessenheit ist die Maxime. Der Körper: eine funktionstaugliche Maschine; der Geist: eine disziplinierende Kontrollinstanz; das Leben: eine leistungsorientierte Daseinsverpflichtung. Dieser Anspruch ist zu ehrgeizig und unwägbare und für viele Menschen eine Anleitung zum Unglücklichsein. Es ist zu wünschen, dass die hoch gezüchtete Gesundheitsblase platzt (Schäfer 2008). Unerreichbare Gesundheitsvorstellungen sollten 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.

Weder optimale noch normale Gesundheit lässt sich in Eigenregie herstellen. Darum sollten nicht nur gegenüber der Gesundheit, sondern auch gegenüber dem Einzelnen die Ansprüche reduziert werden. Dies gelingt über einen Perspektivwechsel, der die bisherige individuenzentrierte Blickrichtung (Wer trägt die [Letzt-]Verantwortung für einen gesundheitlichen Schaden?) durch eine systemische Betrachtungsweise (Wie lässt sich der Schaden am erfolgreichsten verhindern?) ersetzt. Nicht die Suche nach dem individuellen Verursacher, sondern nach einer effektiven Lösung steht im Fokus eines leistungsfähigen Risikomanagements – Beispiel: die Flugsicherheit, die typischerweise sehr wenig risikotolerant ist. In der kurativen Medizin wird diese Risikokultur zunehmend propagiert (Schrappe 2005). Für die Prävention steht diese Entwicklung noch aus: Übergewicht läge dann nicht mehr in der eigenverantwortlichen Zuständigkeit des bewegungsarmen Vielessers, sondern im Verantwortungsbereich des Risikosystems, bestehend aus bewegungshinderlicher Umwelt, leicht verfügbaren hoch kalorischen Nahrungsmitteln, sitzender Berufstätigkeit, milieutypischen Freizeitangeboten etc.

Viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen sich dem darwinistischen Kampf um politisches Überleben stellen (Kühn und Rosenbrock 2009). Besonders überlebenstauglich sind solche Maßnahmen, die sich ohne großen politischen Widerstand etablieren lassen, also vor allem individuenzentrierte Verhaltensstrategien, die allerdings nur begrenzt wirksam sind. Wirksamer sind strukturbezogene Verhältnisstrategien, die sich jedoch nur gegen großen politischen Widerstand implementieren lassen.

Die Idee der Benutzerfreundlichkeit bietet vielleicht einen Ausweg aus dem Dilemma von politischem Widerstand und gesundheitlicher Wirkungsarmut. Die „benutzerfreundliche“ Straßenschwelle unterstützt den eiligen Autofahrer erfolgreich vor einem Kindergarten dabei, seine Geschwindigkeit zu reduzieren. Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung gründet sich auf zwei Prämissen (Thaler und Sunstein 2008):

- Der Mensch muss im Alltag fortwährend Entscheidungen treffen, doch oftmals sind die getroffenen Entscheidungen suboptimal. Ein Beispiel, erster Teil: Jeden Morgen will der Angestellte aus Bewegungsgründen Treppen laufen statt den Aufzug zu nehmen, um in sein Büro im fünften Stock zu gelangen. Doch meist nimmt er der Bequemlichkeit halber den Aufzug.
- Die Umwelt, in der Menschen agieren, gibt oftmals bestimmte Entscheidungen vor. Das Beispiel, zweiter Teil: Eine Architektin baut ein Bürogebäude, in dem der Aufzug unmittelbar am Eingang liegt, das Treppenhaus jedoch am hinteren Ende des Gebäudes. Die Entscheidung der Nutzer 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 Nutzung der Treppe.

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung in einem kooperativen Verantwortungssystem zielt darauf ab, alle gesundheitsrelevanten Akteure in ihrer Funktion als Entscheidungs-

architekten dazu zu befähigen, Entscheidungsarchitekturen bei ohnehin fälligen Entscheidungen so zu gestalten, dass die gesündere Wahlentscheidung näher liegt als die gesundheitsriskante – oder im Sprachgebrauch der WHO gesagt: „Make the healthy choice the easy choice.“ Beispiele:

- Kaufhäuser zu bauen, in denen die attraktiv gestalteten Treppenhäuser und nicht die Rolltreppen in unmittelbarer Sichtweite liegen, produziert vergleichsweise wenig Widerstand, doch führt dazu, dass mehr Menschen Bewegung in den Alltag integrieren.
- Alle Einbahnstraßen für den entgegenkommenden Radverkehr freizugeben, produziert wenig Widerstand, doch führt dazu, dass die Radfahrquoten steigen, da die kürzesten Wegstrecken per Rad zu erledigen sind.
- Ungesunde Nahrungsmittel in schulischen oder betrieblichen Kantinen in fahles Licht zu tauchen und in hinteren Ecken zu platzieren, produziert wenig Widerstand, doch führt gegebenenfalls dazu, dass die Lust auf einen bunten Salat steigt.
- Ein fußgängerfreundlicher Stadtteil mit strategisch günstig liegenden Grünstreifen produziert wenig Widerstand, doch führt dazu, dass die körperliche und soziale Gesundheit durch die Mehrung von Bewegung und Bekanntschaften erhöht würde (*Klotter 2009*).
- Katzenfutter statt Schokoriegel an Supermarktkassen zu platzieren, produziert wenig Widerstand, doch führt dazu, dass das Einkaufen mit Kindern erleichtert wird und die Anforderungen an die Selbstdisziplin reduziert werden.
- MP3-Player standardmäßig so zu konstruieren, dass eine maximal mittlere Lautstärke voreingestellt ist, produziert wenig Widerstand, doch führt dazu, dass weniger selbstverständlich sehr laute Musik gehört wird.

4 Fazit

Benutzerfreundliche Gesundheitsförderung kann leider nicht die soziale und gesundheitliche Ungleichheit mindern, denn sie setzt nicht an den sozioökonomischen Verhältnissen an. Doch immerhin setzt sie an den Alltagsverhältnissen an und lässt darum mehr Wirkungen und weniger Nebenwirkungen erwarten als Neo-Gesundheitsförderung, die allein am Alltagsverhalten ansetzt. Strategien, die die Menschen durch gesundheitsförderliche Entscheidungsarchitekturen dabei unterstützen, gesundheitsfreundlichere Entscheidungen leichter zu treffen, stiften vergleichsweise viel Nutzen für einige und wenig Schaden für andere (*Camerer et al. 2003*). In allen Gesundheitsfeldern sollte darum künftig gründlich geprüft werden, ob und wie sich individuelle Entscheidungssituationen einbetten lassen in Strukturen, die gesundheitsfreundliches Handeln näher legen als gesundheitsriskantes. Dies erhöht die Gesundheitschancen für alle und schützt darüber hinaus die Bedürftigen vor der überfordernden Pflicht zur alleinverantwortlichen Gesundheitsvorsorge.

Literatur

- Bartens W (2008):** Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bierhoff HW, Wegge J, Bipp T et al. (2005):** Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung. Zeitschrift für Personalpsychologie, Jg. 4, Heft 1, 4–18
- Bittlingmayer UH (2009):** Gesundheitsförderung im Setting Schule und ihre normativen Implikationen. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 269–299
- Bittlingmayer UH (2008):** Blaming, Producing und Activating the Victim. In: Hensen G, Hensen P (Hrsg.). Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 229–258
- Bittlingmayer UH, Bauer U (2007):** Individualzentrierte Prävention: Zur Ideologie des a-sozialen Gesundheitsentscheiders. In: Schmidt B, Kolip P (Hrsg.). Gesundheit fördern und fordern. Weinheim: Juventa, 105–116
- Buestrich M (2007):** Gesundheit und Krankheit in der aktivierten Arbeitslosigkeitsgesellschaft. In: Schmidt B, Kolip P (Hrsg.). Gesundheit fördern und fordern. Weinheim: Juventa, 129–139
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009):** Organ- und Gewebespende: Repräsentative Befragung der Allgemeinbevölkerung. Köln: BZgA
- Camerer C, Issacharoff S, Loewenstein G et al. (2003):** Regulations for conservatives: behavioral economics an the case for “asymmetric paternalism”. University of Pennsylvania Law Review, Band 152, 1211–1245
- Dippelhofer-Stiem B (2008):** Gesundheitssozialisation: Theoretische und empirische Analysen zur Genese des subjektiven Gesundheitsbildes. Weinheim: Juventa
- Geene R (2009):** Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 301–321
- Greenhalgh T, Wesseley S (2004):** Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle class. British Medical Bulletin, Band 69, 197–213
- Haisch J (2004):** Wie Eigenverantwortung und Beteiligung der Bevölkerung an der Prävention gestärkt werden können. Forum Public Health, Band 45, 16
- Hensen G, Hensen P (2008):** Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In: Hensen G, Hensen P (Hrsg.). Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13–40
- Kals E (2001):** Responsibility appraisals of health protection. In: Auhagen AE, Bierhoff HW (eds.). Responsibility. The many faces of a social phenomenon. London: Routledge, 127–138
- Keil A (2009):** Hauptsache gesund und ohne Befund. Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, 3. Quartal, 6–7
- Kellermann K (2001):** Von Krankheit als gesellschaftlicher Ausgrenzungsfunktion zu Gesundheit als Integrationsleistung? In: Kellermann K, Konegen N, Staack F (Hrsg.). Aktivierender Staat und aktive Bürger. Frankfurt am Main: Mabuse, 79–106

Kettner M (2006): „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 6, Heft 2, 7–16

Kickbusch I (2005): The health society. *Health Promotion International*, Band 20, Heft 2, 101–103

Klinke S (2008): Gesundheitsreformen und ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen. In: Hensen G, Hensen P (Hrsg.). *Gesundheitswesen und Sozialstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61–106

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: Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hrsg.). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 21–34

Kühn H (1993): Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma

Kühn H, Bittlingmayer UH, Sahrai S, Schnabel PE (2009): Präventionspolitik: Ein aktueller Rückblick auf eine frühe Diagnose. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). *Normativität und Public Health*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 425–456

Kühn H, Rosenbrock R (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. (Nachdruck von 1994). In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg.). *Normativität und Public Health*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 47–71

Kurzenhäuser S, Epp A (2009): Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken. *Bundesgesundheitsblatt*, Band 52, Heft 12, 1141–1146

Lemke T (2007): Gesundheit als Aufgabe. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 10, Heft 3, 48

Lessenich S (2005): „Activation without Work“: Das neue Dilemma des ‚konservativen‘ Wohlfahrtsstaats. In: Dahme HJ, Wohlfahrt N (Hrsg.). *Aktivierende Soziale Arbeit: Theorien – Handlungsfelder – Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 21–29

Lessenich S, Nullmeier F (2006): Deutschland zwischen Einheit und Spaltung. In: Lessenich S, Nullmeier F (Hrsg.). *Deutschland – eine gespaltene Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus, 7–27

Low J, Thériault L (2008): Health promoting policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn. *Health Promotion International*, Band 23, Heft 2, 200–206

Musil A (2003): Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Neckel S (2006): Gewinner – Verlierer. In: Lessenich S, Nullmeier F (Hrsg.). *Deutschland – eine gespaltene Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus, 353–371

Nullmeier F (2006): Paradoxien der Eigenverantwortung. In: Heidbrink L, Hirsch A (Hrsg.). *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus, 151–164

Pankoke E (2006): Arenen – Allianzen – Agenden: Netzwerke und Lernprozesse zivilen Engagements. In: Heidbrink L, Hirsch A (Hrsg.). *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus 85–108

Raphael D (2009): Escaping from the Phantom Zone: social determinants of health, public health units and public policy in Canada. *Health Promotion International*, Band 22, Heft 4, 269–270

Resnik DB (2007): Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medicine Ethics*, Band 33, Heft 8, 444–445

Rosenbrock R (2007): Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland. *Gesundheitswesen*, Jg. 69, Heft 12, 647–652

Schäfer D (2008): Neuere Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft. In: Schäfer D, Frewer A, Schockenhoff E, Wetzstein V (Hrsg.). *Gesundheitskonzepte im Wandel*. Stuttgart: Franz Steiner, 65–77

Schmacke N (2007): Evaluation von Gesundheitsförderung: Mission Impossible? In: Schmidt B, Kolip P (Hrsg.). *Gesundheit fördern und fordern*. Weinheim: Juventa, 57–70

Schmidt B (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Bern: Huber

Schmidt-Semisch H, Schorb F (2008): Kreuzzug gegen Fette: Einleitung. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hrsg.). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7–20

Schorb F (2008): Adipositas in Form gebracht: Vier Problemwahrnehmungen. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hrsg.). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 57–78

Schrapppe M (2005): Das Mäntelchen des Schweigens lüften. *Gesundheit und Gesellschaft – Spezial*, „Fehlerprävention in der Medizin – Mehr Sicherheit für Leib und Leben“, Jg. 8, Spezial 10/05, 7

Schwarzer R (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe

Thaler RH, Sunstein CR (2008): Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Berlin: Econ

Wallner J (2004): Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2008): *Closing the gap in a generation*. Genf: WHO

DIE AUTORIN



Prof. Dr. Public Health Bettina Schmidt, Diplom-Sozialwissenschaftlerin und Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin hat nach ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit an der Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung unter der Leitung von Prof. Klaus Hurrelmann) bei der Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung in Köln im Bereich der Suchtprävention gearbeitet, bevor sie im Jahr 2004 zur Evangelischen Fachhochschule nach Bochum gewechselt ist. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der politischen Gesundheitsförderung.