

## Editorial

In der öffentlichen Wahrnehmung wird die Zuständigkeit für Gesundheit seit geraumer Zeit mehr und mehr dem Verantwortungsbereich der Einzelnen zugeschrieben. Dieser seit einigen Jahrzehnten stärker werdende Trend ist durch zwei hoch ideologisierte, sich nur scheinbar widersprechende Topoi geprägt: Zum einen durch die *Forderung nach mehr Selbst- oder Eigenverantwortung*, also für seine Gesundheit selbst zu sorgen und im Bedarfsfall der Allgemeinheit nicht zur Last zu fallen. In dieser Lesart ist das Gesundheitssystem, ähnlich wie andere Politikfelder auch, Gegenstand sozialstaatlicher Deregulierung, wobei es sich bei einem solchermaßen neoliberal gewendeten Begriff der »Selbstverantwortung« gerade nicht – wie es Hagen Kühn in einem früheren Jahrbuch formulierte – »um die Verantwortung gegenüber dem ›Selbst‹, sondern des ›Selbst‹ gegenüber dem politisch-ökonomischen Status quo« handelt. Zum anderen ist dieser Trend geprägt durch die *Forderung nach einer Anpassung des Lebensstils an umfassende Gesundheitsimperative*, denen ein normiertes, vorwiegend funktionalistisch orientiertes Gesundheitsideal der »gesunden Lebensführung« zugrunde liegt. In dieser zweiten Lesart lassen sich politisch motivierte Interventionen erkennen, die – dem Prinzip der Verhaltensprävention folgend – regulierend-direktiv das Gesundheitsverhalten im Sinne einer Verantwortungs- und Pflichtzuweisung an das Individuum beeinflussen wollen. Für beide Aspekte gilt gleichermaßen: widerspenstiger Eigensinn, der sich diesen Normierungen entzieht, oder gar Verstöße gegen diese Imperative werden mit Sanktionierungen und Disziplinierungen belegt, sei es in Form von »Selbst-« und Kostenbeteiligungen sowie Leistungsausschlüssen, sei es in Form von erhöhtem Konformitäts- und Anpassungsdruck, Schuldzuweisung, Stigmatisierung oder gar Exklusion.

Dieser Trend wirft vielfältige Fragen auf, denen der aktuelle Band des Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften nachgeht:

Welche Motive, Interessen und strategischen Bedeutungen liegen diesen Orientierungen zugrunde?

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem beschriebenen Trend und anderen sozialpolitischen Entwicklungen?

Welche möglichen Auswirkungen sind zu erwarten?

Wie sind diese Entwicklungstrends unter Public Health-Kriterien zu bewerten?

Die Beiträge des Bandes vertiefen diese Fragen in einem breiten Spektrum von Themenfeldern und disziplinären Perspektiven. Gemeinsam ist den Autorinnen dabei ein übergreifendes Interesse an gesundheitsbezogenen Normen, die sowohl auf der regulatorischen als auch auf der disziplinierenden Ebene am Individuum ansetzen. Auf unterschiedlichen Wegen und Ebenen verfolgen die Autorinnen das Ziel, die Konsequenzen aktueller Techniken der Normalisierung und Normierung zu beleuchten, die dazu dienen, Individuen einem System gesundheitlicher Zuschreibungen und fixierter Verhaltensmuster unterzuordnen. Dabei zeigt sich die Ambivalenz aktueller Gesundheitsnormen und ihrer Auswirkungen in den einzelnen Beiträgen anhand von Kategorien wie sozialer Lage, Geschlecht oder Alter, im Hinblick auf Grenzziehungen zwischen Gesundheit versus Krankheit oder anhand der Frage gesunder Ernährung.

Wie bereits im vorangegangenen JKMG 45, so ist auch in diesem Band den Beiträgen zum Themenschwerpunkt ein Interview vorangestellt: *Rolf Rosenbrock* nimmt im Gespräch mit Anja Dieterich und Klaus Stegmüller sowohl zum erfolgten Relaunch des JKMG als auch zum Themenschwerpunkt dieses Bandes Stellung.

In einem überblickshaften Abriss zeichnet dann *Daphne Hahn* zunächst die historische Entwicklung zu selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln nach, das sich in Form von gesundheits- und vorsorgeorientiertem Verhalten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen bis heute unterschiedlich durchgesetzt hat. Gegenstand ihrer Analyse sind die normierenden Implikationen von gesundheitsriskanten und gesundheitsorientierten Lebensweisen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Differenzen zwischen sozialen Gruppen. In Anbetracht der Beobachtung, dass diese Unterschiede oft in Anforderungen zu selbstverantwortlichem Gesundheitshandeln münden, analysiert sie kritisch, wie auch der gesundheitswissenschaftliche Diskurs (Herrschafts-)Verhältnisse reproduziert.

Daran anschließend kritisiert *Bettina Schmidt* das Konzept gesundheitlicher Eigenverantwortung und der damit einhergehenden Ausblendung von sozialen Einflussfaktoren, die den individuellen Gesundheitszustand bestimmen. Sie entwickelt ein Gegenkonzept von Eigenmächtigkeit, das die Notwendigkeit solidarischer Absicherung als Voraussetzung dafür betont, dass sozial gerechtes und subjektiv definiertes Wohlbefinden ermöglicht wird.

Auf diese beiden eher grundsätzlichen Artikel, in denen eine historische Herleitung bzw. konzeptionelle Weiterentwicklung des ›Prinzips

Eigenverantwortung« im Mittelpunkt steht, folgen vertiefende Auseinandersetzungen auf konkreteren Themenfeldern: *Kathrin Ottovay* diskutiert am Beispiel einer explorativen qualitativen Forschung im nordenglischen Rotherham (dem Ort, in dem TV-Koch Jamie Oliver gesundes Schulesse einzuführen versuchte) die Politik der Ernährungserziehung im Spannungsfeld von Ermächtigung und Disziplinierung. Sie spürt den sozialpolitischen Dimensionen des Paradigmas der Eigenverantwortung in den aktuellen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um »gesunde Ernährung« nach und argumentiert, dass in jenen Auseinandersetzungen um das »richtige« Essen Erfahrungen von Umbrüchen in der gesellschaftlichen Produktions- und Lebensweise und ihren sozialen Widersprüchen bearbeitet werden – von »oben« wie von »unten«.

*Silke van Dyk* und *Stefanie Graefe* beschäftigen sich mit den ambivalenten Konsequenzen von Idealvorstellungen selbstverantwortlicher und aktiver Individuen am Beispiel der Kategorie Alter. Sie konstatieren einen Paradigmenwechsel in den Wahrnehmungen von Alter und Altsein, die sich gegenwärtig von »Krankheit« und »Verfall« hin zu »Aktivität« und »Gesundheit« bewegen. Am Beispiel aktiver Prävention am eigenen Leib (Anti-Ageing) zeigen sie die doppelgesichtige Ermächtigung der »aktiven Alten« im Spannungsfeld von Gesundheitsindustrie, Risikoprivatisierung und Demografiedebatte einerseits und theoretischen Ent- und Re-Naturalisierungen des Alters andererseits. Es wird deutlich, dass Strategien, Konzepte und Techniken der Prävention des Alter(n)s sowohl neue Handlungsspielräume eröffnen als auch neue Restriktionen einführen.

*Andrea Radvanszky* analysiert in Anlehnung an die Theorie des symbolischen Interaktionismus die Beziehungskonstellationen und Verantwortungsverhältnisse zwischen Betroffenen und Angehörigen im Falle der Alzheimer Demenz. Am konkreten Beispiel dieser Erkrankung stellt sie die gegenwärtig einflussreichen Zuschreibungen von Verantwortung für das Krankheitsmanagement aus soziologischer Perspektive und die funktionale Bedeutung organpathologischer Erklärungsansätze für den Umgang mit Schuldgefühlen bei den Beteiligten heraus.

Schließlich untersucht *Anja Dieterich* die Ausweitung des Prinzips Eigenverantwortung in den Bereich der Krankenversorgung. Anhand von empirischen Textbeispielen aus dem Mainstream der Gesundheitspolitik beleuchtet sie Konsequenzen neuer Idealvorstellungen von Patient/-innen und der damit einhergehenden neuen präventiven Orientierung im Gesundheitssystem für die Versorgungsgestaltung im kurativen Sektor. Dabei zeigt sie, dass sich die individualisierte Zuständig-

keit für Gesundheit sich nicht mehr nur auf gesunde Individuen bezieht, sondern auch die Diskurse im Feld der Krankenversorgung prägt, d. h. in Phasen von Krankheit und über die gesamte Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter.

In ihrer Gesamtschau bieten die Beiträge reichhaltiges Material für eine selbstkritische Bestandsaufnahme der Rolle nicht nur der Medizin, sondern auch der Gesundheitswissenschaften für aktuelle Verschiebungen von Verantwortlichkeiten: Sie können als Ausgangspunkt für eine erweiterte kritische Debatte zur Rolle von Gesundheitswissenschaft und -praxis in aktuellen Normierungsprozessen um Gesundheit gelesen werden. So erscheint beispielsweise vor dem Hintergrund dieser Beiträge der gegenwärtige Fokus der Gesundheitsförderung auf individuelle Ressourcen auch als Fokus auf Verhaltensweisen, die eine weitere Optimierung des Menschen versprechen.

Die Kehrseite bilden aktuelle Tendenzen, individuelle Verhaltensweisen, die andere Prioritäten als Gesundheitsförderung haben, zu pathologisieren. Ein Ziel dieses Bandes ist es, innerhalb der kritischen medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fachöffentlichkeit einen Beitrag zur Reflexion über die damit einhergehende Verknüpfung bzw. Gleichsetzung von Gesundheit und Fortschritt zu liefern.

Die JKMG-Redaktion ist erfreut darüber, dass insbesondere das Interview mit Klaus Hurrelmann im letzten Band (JKMG 45) Reaktionen aus der Leserschaft in Form von Statements und Briefen an die Redaktion hervorgerufen hat, die wir zum Anlass nehmen, die vormals im »Jahrbuch« gelegentlich gepflegte Tradition der »direkten Streitkultur« wieder aufleben zu lassen. Waldemar Streich sah sich mit Blick auf einige Passagen jenes Interviews zum Widerspruch herausgefordert, dem die Redaktion am Ende dieses Bandes ohne Kommentierungen Raum geben will. Nur so viel dazu: die Debatte zeigt zumindest zweierlei. Zum einen werden die Beiträge des neuen JKMG nicht nur wahrgenommen, sondern regen auch zur inhaltlichen Auseinandersetzung an und geben einen Anstoß zu Diskussionen, die sich ein Organ, das sich der Kritik verpflichtet fühlt, nur wünschen kann. Zum anderen sieht sich die Redaktion darin bestärkt, das offensichtlich nach wie vor klärungsbedürftige Verhältnis zwischen den verschiedenen Gesundheitsdisziplinen selbst immer wieder zum Gegenstand zu machen.

Die Redaktion wünscht sich, auch mit dem Themenschwerpunkt dieses aktuellen Bandes im Sinne einer produktiv-kritischen Auseinandersetzung »anstößig« zu sein.