

Bettina Schmidt

Die Sanierung der Eigenverantwortung

Oder: Vom Gesundheitsgehorsam zur
Gesundheitsermächtigung

Zusammenfassung

Aktuelle Gesundheitspolitik setzt zunehmend auf gesundheitliche Eigenverantwortung – obwohl hinreichend bekannt ist, dass nicht persönliche Leistung, sondern soziale Lage den individuellen Gesundheitszustand bestimmt. Trotzdem gilt heutzutage der einzelne Mensch als seines gesunden Glückes Schmied. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind doppelt betroffen von dieser Verantwortungszuspitzung, einerseits sind sie überdurchschnittlich häufig krank und andererseits sind sie unterdurchschnittlich beteiligt an den Prozeduren der Problem- und Lösungsdefinition: Nicht überraschend zielen derzeit unzählige Gesundheitskampagnen auf die Reduktion des Körpergewichts und nicht auf die Reduktion prekärer Beschäftigungsverhältnisse. Für jene Menschen, die weder über die Macht verfügen, zu definieren, wie Gesundheit zu fördern ist, noch über das notwendige Gesundheitskapital, um die eigene Gesundheit optimal zu fördern, wird sich die Gesundheit weiterhin nicht verbessern. Erst Eigenmächtigkeit unter solidarischer Absicherung statt Eigen- bzw. Alleinverantwortung ermöglicht sozial gerechtes und subjektiv definiertes Wohlbefinden.

1. Gesundheit: Eigene Verantwortung oder gehorsame Verpflichtung?

Der Ruf nach Verantwortung ist allgegenwärtig. Offenbar ist Verantwortung ähnlich wie Gesundheit ein nahezu universeller Wert. Wer will auch dagegen sein, wer will schon für Ungesundheit oder Unverantwortlichkeit plädieren? (Beck-Gernsheim 2008). So können liberale Denker Verantwortung propagieren, um damit die Reduktion von sozialen Verpflichtungen zu begründen, hingegen können konservative Vertreter Verantwortung bemühen, um damit den Einzelnen an seine kollektiven Pflichten zu erinnern (Bienfait 2006). Besonders dieser Einzelne und seine Pflicht zur Verantwortung bzw. Eigenverantwortung stehen derzeit im Mittelpunkt der öffentlichen Verantwortungs-Debatte. Angeblich ist der traditionelle Wohlfahrtsstaat nicht mehr in der Lage,

die Bevölkerung gegen zentrale Lebensrisiken abzusichern, und darum soll der Einzelne seine Risiken nun in Eigenregie bewältigen (Heidbrink/Hirsch 2006). Aktuelle Politik überträgt zahlreiche relevante Verantwortungsbereiche vom Staat auf die Gesellschaft und den Einzelnen, und das staatliche Handeln konzentriert sich auf die Förderung und Forderung des Individuums zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung (Kraemer 2005).

Die aktuelle Gesundheitspolitik setzt auf Eigenverantwortung, und zwar gegen jede empirische Beweiskraft: Seit mehr als 100 Jahren ist bekannt, dass nicht die persönliche Leistung, sondern vor allem die soziale Lage den individuellen Gesundheitszustand bestimmt (RKI 2005; Mielck 2005). Doch unbeirrt vom sozialepidemiologischen Forschungsstand sollen sich die Menschen eigenverantwortlich um ihre Gesundheit bemühen. Politik ignoriert die Tatsache, dass die dazu erforderlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten sozial ungerecht verteilt sind und sich dies mit der weiter wachsenden staatlichen Entsicherung noch weiter verschärfen wird. Gefordert wird immer mehr Eigenverantwortung, obwohl die grundlegenden Voraussetzungen für individuelle Selbstsorge immer stärker schwinden (Lemke 2007).

Dieser Widerspruch der aktuellen Gesundheitspolitik findet sein Pendant in der aktuellen Eigenverantwortungspolitik. Einerseits reklamiert die »große Politik« für sich selbst zunehmend politische Verantwortungsohnmacht (Die Globalisierung!), andererseits verlangt sie vom »kleinen Mann« zunehmend individuelle Verantwortungsmacht – Kinder haften für ihre Eltern. Diesem Widerspruch zwischen amtlicher Ohnmacht und privater Macht setzt die enorm geförderte Gen- und Hirnforschung derzeit das Sahnehäubchen auf, da sie zunehmend Belege dafür sammelt, die die persönliche Selbstbestimmung und Eigenverantwortung dekonstruieren (Günther 2002).

Dennoch wird mittlerweile fast jeder Mensch fast jederzeit für fast alles zur Verantwortung gezogen (»Hättest du dich mehr bewegt, maßvoller gegessen, gesünder gearbeitet und gewohnt, dann wärest du nicht krank geworden!«). Der Einzelne ist zur zentralen Verantwortungsinstanz im komplexen Verantwortungsgefüge von Gesundheit und Krankheit aufgestiegen. Diese Individualisierung von Verantwortung erklärt sich nicht durch theoretische Plausibilität oder empirische Stichhaltigkeit, sondern basiert auf der komplexitätsverursachten Ratlosigkeit darüber, wer heutzutage für was eigentlich verantwortlich ist (Heidbrink 2003). Dem Einzelnen die Verantwortung zuzuweisen, mindert die Ratlosigkeit nicht, doch es beruhigt – weil man zumindest einen Verantwortlichen dingfest machen kann (Duttweiler 2008). Der moder-

ne eigenverantwortliche Mensch erbt die traditionell göttliche Allmacht des Unbewegten Erst-Bewegers (Waller 2005).

Wer nicht lebenslang gesund bleibt, dem lässt sich immer nachweisen, dass er sich in der Vergangenheit unter-, über- oder fehlversorgt hat, d. h. suboptimal gehandelt hat. Wird optimales gesundheitliches Handeln in der Eigenverantwortungsgesellschaft künftig noch stärker zur Pflicht und gekoppelt an das Recht auf Erhalt von Gesundheitsleistungen (für suboptimale Piercingfolgen hat der Einzelne bereits das Recht auf Gesundheitsleistungen eingeübt), wäre konsequent zu Ende gedacht der Weg frei für die Abschaffung des Gesundheitswesens: Nur die optimalen Leistungserbringer, also die Gesunden, dürfen Leistungen, die sie jedoch nicht benötigen, in Anspruch nehmen; die Kranken hingegen benötigen zwar Leistungen, sie haben jedoch aufgrund ihres suboptimalen Gesundheitshandelns das Recht verwirkt, sie in Anspruch zu nehmen.

Obwohl die eigenverantwortliche Herstellung von Gesundheit – zumindest für all jene Menschen, denen es an den zusätzlich erforderlichen Ressourcen für Gesundheit mangelt – eine Utopie darstellt, setzt Politik überwiegend auf Eigenverantwortung – vor allem auf Mehr Eigenverantwortung (Nullmeier 2006a). Die aktuelle Eigenverantwortungskampagne zielt darauf ab, die Menschen zu proaktivem Handeln zu befähigen und sie bei Unterlassung mit Sanktionen zu belegen (Heidbrink 2006). Menschen sollen die Verantwortung übernehmen für die Folgen von persönlichen Gesundheitsentscheidungen (Nolting et al. 2004). Man muss sich verantworten sowohl für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als auch gesundheitsrelevante Einstellungen und Emotionen (Grühn 2001). Verantwortung bleibt auch nicht beschränkt auf die eigene Person, sondern beinhaltet zusätzlich eine soziale Verpflichtung gegenüber anderen und der Solidargemeinschaft (Thielemann et al. 2002). Nicht zuletzt beinhaltet Eigenverantwortung auch die Übernahme von Finanzverantwortung für versicherungsrelevante Entscheidungen (Shelen 2004).

Es ist sicher sinnvoll, dass Menschen sich gesundheits- und kostenbewusst verhalten, allerdings ist ein solches Verhalten nicht mit eigenverantwortlichem Verhalten gleichzusetzen. Eigenverantwortliche Menschen wollen vielleicht situativ wählen zwischen verantwortungsvollem geschützten und spontanem kondomlosen Sex, doch diese Art der Eigenverantwortung ist nicht gemeint, wenn mehr Eigenverantwortung gefordert wird.

1.1 *Wer verpflichtet und wer wird verpflichtet zu Gesundheit?*

Wenn ein Ereignis geschieht, für das Verantwortlichkeiten zu klären sind, gehört zu den wichtigsten Fragen nicht nur: »Wer bekommt Verantwortung?«, sondern auch: »Wer gibt Verantwortung?« (Krauß 1992). Das deutsche Rechtswesen hat die Zuteilungsverfahren von Verantwortung zufrieden stellend gelöst. Das Gericht ist legitime Instanz, die bestimmen darf, wer für was die Verantwortung trägt (Forst 2006). In weniger formalisierten Systemen – z. B. im Gesundheitswesen – ist auch weniger klar geregelt, wer wofür Verantwortung trägt und wem die Zuweisung von Verantwortung obliegt. In solchen informellen Systemen basieren die Zuweisungsprozeduren auf gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen. Hier entscheidet die Diskursmacht der am Aushandlungsprozess Beteiligten über Legitimität, Regelgerechtigkeit und Fairness der Zuweisungsprozedur (Dubiel 2006).

Je komplexer die Verantwortungsbereiche sind, in denen Verantwortung zugewiesen werden muss, desto größer wird die Macht derer, die überdurchschnittlich diskursfähig sind und ihre eigenen Standpunkte erfolgreich vertreten können (Bienfait 2006). Die Diskurselite kann z. B. schlüssig begründen, warum gesundheitsschädliches Rauchen eingeschränkt werden soll, gesundheitsschädliches Rasen auf der Autobahn jedoch nicht. Der Verantwortungsdiskurs ist ein Elitediskurs (Hengsbach 2005), den diejenigen dominieren, die über hinreichende ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen verfügen, um Leben und Gesundheit eigenverantwortlich zu managen. Den Wohlstandsklassen stehen zahlreiche Ressourcen zur Verfügung, nicht nur, um gesundheitsrelevante Lebenschancen zu realisieren, sondern auch, um zu definieren, welche Lebenschancen relevant sind für gelungenes gesundes Leben (Neckel/Dröge 2002). Als gesundheitlich bedenklich gilt derzeit z. B. das bewegungsarme Fernsehen, das (gleichermaßen bewegungsarme) Lesen guter Bücher hingegen steht nicht unter Krankheitsverdacht.

Es ist einfach, sich gemäß den herrschenden Gesundheitsnormen zu verhalten, wenn man einerseits über die erforderlichen Ressourcen verfügt, um das eigene Gesundheitspotenzial voll zu entfalten, und wenn man andererseits über die Macht verfügt zu bestimmen, welche die herrschenden Gesundheitsnormen sind – viel arbeiten: ja, viel ausruhen: nein. Gesundheit ist das besondere Kennzeichen der privilegierten Sozialschichten, es wirkt distinktiv, scheidet Masse von Klasse. Gesundheit demonstriert die Zugehörigkeit zur Wohlstandsfraktion, und diese grenzt sich in der Eigenverantwortungsgesellschaft immer deutlicher ab gegen die ungesunde Schicht der Fast-Food-Esser, Bier-Trinker und Fern-Seher. Die traditionell gültige »social correctness« (Lesse-

nich/Nullmeier 2006: 22), die es den etablierten Schichten bislang verbot, rücksichtslose Urteile über benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu fällen, wird zunehmend aufgekündigt: Die benachteiligten Gruppen werden pathologisiert, pädagogisiert und polarisiert zwecks distinguiertester Selbstvergewisserung all jener, die selbst zur erfolgreichen Mittelschicht gehören oder gehören wollen (Lessenich/Nullmeier, 2006).

Die sozial, kulturell und ökonomisch benachteiligte Nicht-Elite ist nicht beteiligt an den Verantwortungsdiskursen, es sind nicht die, die Verantwortung zuteilen, sondern zugeteilt bekommen. Die benachteiligte Sozialschicht gilt als zentrale gesundheitliche Risikogruppe, die künftig mehr Eigenleistungen erbringen soll zwecks Verbesserung ihres Verhaltens im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Suchtmittelkonsum etc. In der Tat sind zahlreiche Gesundheitsrisiken in der Unterschicht weit verbreitet. Sie sind jedoch auch in der männlichen Bevölkerung weit verbreitet (Schorb 2008b). Dennoch sind Männer bislang weitgehend verschont geblieben von Diskussionen darüber, ob es nicht gerechter für die Sozialversicherungen wäre, für Männlichkeit künftig einen Risikozuschlag zu erheben. Männer sind nach wie vor die Verantwortungszuweiher, es sind nicht die, die Verantwortung zugewiesen bekommen.

Weil Verantwortung häufig den Anderen zugewiesen wird, fordert die aktuelle Verantwortungspolitik nicht die eigenen Politiker (z. B. bezüglich der überfälligen Umsetzungen von Positivliste und Alkoholverbot), sondern die Patienten zu mehr Verantwortungsbewusstsein auf. Vor allem Patienten sollen die ›Neujustierung‹ von Verantwortung zwischen Staat, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft bzw. Einzelnem stemmen (Aust et al. 2006). Alle übrigen Akteure werden sehr viel zarter in die Pflicht genommen – etwa die pharmazeutische Industrie bezüglich kostentreibender Scheininnovations-Forschung oder Ärzte bezüglich angebotsinduzierter Überversorgung. Auch die wirtschaftlichen Eliten werden nicht ins Verantwortungsboot geholt, z. B. dafür, dass in zahllosen Unternehmen eine beträchtliche Anzahl der Beschäftigten in gesundheitsriskanten prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig ist. Kann es denn wahr sein, dass es für die politischen und wirtschaftlichen Eliten scheinbar zu schwierig ist, wirksam Verantwortung zu übernehmen (Der Standort D!), für die Nicht-Eliten jedoch nicht?

1.2 Für welche Gesundheit wird verpflichtet?

Weder sind alle Menschen einbezogen in die Verantwortungszuweisung für Gesundheit, noch sind alle gesundheitsrelevanten Themen einbezogen. Dies liegt zunächst daran, dass jede Gesellschaft wellenförmig ihre eigenen Körper- und Gesundheitskulturen hervorbringt (Kreisky 2008).

Gesellschaftliche Vorstellungen darüber, was Gesundheit sein soll, und individuelle Vorstellungen darüber, was Gesundheit sein kann, laufen dabei in der Regel parallel (Rosenbrock und Gerlinger 2004). Gesundheit heute meint emsiges Präventionsverhalten, folgsames Patientenverhalten und kostengünstiges Versichertenverhalten (Steinbrook 2006). Kriegerische Stärke und heldenhafte Tapferkeit hingegen stehen derzeit nicht im Vordergrund gesundheitspolitischer Bemühungen.

Die aktuellen gesundheitsförderlichen Programme sollen Menschen dazu befähigen, eigenverantwortlich (d. h. fachgerecht, kritisch reflexiv und sozial angemessen) nützliches Verhalten zu zeigen (Nebling 2008). Ganz abgesehen davon, dass kaum jemand von sich behaupten kann, über diese Souveränität beispielsweise im Umgang mit der eigenen Heizung oder dem eigenen Auto zu verfügen, ist die Gewissheit darüber, was gesund ist und was krank macht und welches Verhalten die Gesundheit tatsächlich am wirksamsten fördert, bei weitem nicht so unanfechtbar, wie es die unzähligen Gesundheitskampagnen glauben machen. Dass Tabakkonsum in der Bevölkerung vermindert werden soll, lässt sich gesundheitswissenschaftlich gut legitimieren. Doch die Wissenschaftsgemeinde streitet sich bereits beim Ernährungsverhalten. Der BMI, der als gesundheitsriskant bezeichnet wird, hat derzeit eine Spannweite von 23 bis 35 (Schorb 2008a). Vergleichbarer Dissens besteht seit Jahren über die gesundheitsrelevante Tauglichkeit von Früherkennungsuntersuchungen oder medizinischen Normwerten (Moynihan et al. 2002; Niewöhner 2008). Auch der Konsum von illegalen Drogen gehört unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nicht zu den vordringlichsten Gesundheitsproblemen in Deutschland, trotzdem setzen zahlreiche Programme auf ein Leben ohne Drogen, obwohl ein Leben ohne Auto nicht minder gesundheitsförderlich wäre.

Die Risiken, die in den öffentlichen Gesundheitskampagnen im Fokus stehen, sind häufig solche, die die meinungsführende Gesellschaftsschicht für vordringlich hält. Bekanntlich steht heute unter anderem das Übergewicht am Gesundheitspranger. Schlank zu sein gilt als vorbildlich – zumindest in der bürgerlichen Leistungsgesellschaft. Dort repräsentiert Übergewicht alles, was als inakzeptables Verhalten gilt: Maßlosigkeit, Müßiggang, unmoralische Missetat (Klotter 2008). Ignoriert wird, dass Übergewicht ein strukturelles Problem ist – erst die gesellschaftlichen, technischen und ökonomischen Umweltveränderungen haben die Übergewicht-förderliche Lebensweise produziert. Politik zieht trotzdem das Individuum zur Verantwortung und ignoriert, dass der individuelle Spielraum zur Veränderung überaus begrenzt ist (Ried 2008).

Unbehelligt von der empirischen Evidenz wird dem Übergewicht der persönliche Kampf angesagt – natürlich nur der Gesundheit zuliebe. Dem übermäßigen Arbeiten hingegen nicht. 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: 131). Die Leistungsgesellschaft übersetzt Gesundheit immer stärker mit Arbeitsfähigkeit: Die Disziplin für täglichen Sport und maßvolle Ernährung qualifiziert scheinbar ideal für den modernen Arbeitseinsatz in der Leistungsgesellschaft (Kühn 1993). Zumindest als Börsenhändler ist es darüber hinaus empfehlenswert, sich schönheitschirurgisch ein markantes Kinn implantieren zu lassen, um das für diese Berufsgruppe sozial erwünschte, energische Aussehen zu realisieren (Kettner 2006).

»Die Gebildeten bilden sich die Welt nach ihrem Bild« (Pankoke 2006: 88). Sie legen fest, welche Lebensweisen sozial- und gesundheitsverträglich sind und welche nicht. Ist es Zufall, dass derzeit vor allem das Übergewicht und das Rauchen im Fokus zahlloser Gesundheitskampagnen stehen – Verhaltensweisen, denen mittlerweile der Ruch ungehobelten Benehmens anhaftet – und nicht z. B. die gesundheitsriskante Arbeitslosigkeit? Es liegt nahe zu glauben: nein und dahinter 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, weniger im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Risiken (z. B. mobilitätsverursachte Schwächung des sozialen Netzwerks), sondern ihre Potenziale betrachtet werden (z. B. berufliche Einbindung im Hinblick auf die psychische Gesundheit); 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«).

Gesundheit ist in der säkularen Welt zur wirkungsmächtigen Einrichtung sozialer Herrschaft geworden (Lenzen 2001). Man schreibt nicht mehr IHN, sondern GESUNDHEIT groß (Kettner 2006), um die Regeln richtigen Lebens festzulegen. Die aktuellen 10 Gebote sind nicht

mehr religiöser, sondern gesundheitlicher Natur: 1. Iss fünfmal am Tag Obst und Gemüse etc. In postreligiösen Zeiten liefert Gesundheit die ideologische Begründung für die Verhaltensregulierung der Menschen (Schmidt-Semisch/Schorb 2008). Nicht mehr das paradiesische Jenseits, sondern das gesunde Diesseits ist Richtschnur moralischen Handelns – ein unerreichbares Ideal, das jeder Mensch dennoch in täglicher Eigenanstrengung anstreben soll (Greenhalgh/Wesseley, 2004). Zwar sollte weiterhin niemandem »verboten werden, unbeweglich und Chips fressender Weise die Abende vor dem Fernseher zu verbringen, nachdem er den ganzen Tag auf einem Bürosessel klebte« (Händler 2004: 778). Doch dieses Recht wird in der Eigenverantwortungsgesellschaft gekoppelt an die Pflicht – insbesondere die finanzielle Pflicht zur Eigenbeteiligung. Ein schlanker Geldbeutel reduziert jedoch nur indirekt das Körpergewicht.

2. Von der Eigenverantwortung zur Eigenmächtigkeit

Es ist nicht überraschend, dass die kraftlose Auslegung von Eigenverantwortung als selbstdisziplinierter Gesundheitsgehorsam nicht in erhoffter Weise die Gesundheit der Bevölkerung stärkt oder den Gesundheitshaushalt entlastet (Schmidt 2008). Vor allem wird die aktuelle Eigenverantwortungskampagne nicht in allen Sozialschichten gleichermaßen die Eigenverantwortung, geschweige denn die Gesundheit erhöhen (Gerlinger 2009). Gerade die Menschen, die einerseits nicht über die Macht verfügen, zu definieren, was gesundheitlich verantwortungslos und entsprechend vermeidungswürdig ist (z. B. der beständige Ausbau des Straßennetzes), und die andererseits über ein schichtspezifisch geringeres Gesundheitskapital verfügen, um ihre Gesundheit optimal zu entfalten, werden wenig Nutzen und mehr Schaden davon tragen. Für diese Menschen verringert mehr Eigenverantwortung nur die Wahrscheinlichkeit, ein gelingendes, gesundes Leben zu führen (Schui 2004). Oder wie Prantl es pointiert formuliert: »Es heißt jetzt ›Eigenverantwortung‹, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben« (2005: 18). Durch die Betonung der Eigenverantwortung ist eine weiter wachsende Spreizung des Gesundheitszustands zwischen den privilegierten und nicht privilegierten Menschen zu befürchten (Greenhalgh/Wesseley, 2004).

2.1 Gesundheitsmacht statt Gesundheitsgehorsam

Die aktuelle Eigenverantwortungskampagne erfüllt nicht die erwarteten Hoffnungen. Allerdings hält sie auch nicht, was sie – zumindest implizit – verspricht: Weder das Versprechen nach gerechterer Verteilung

der Verantwortungslasten noch nach mehr Selbstbestimmung werden eingelöst. Eigenverantwortung in der gegenwärtigen Verwendung kann man nicht gleichsetzen mit souveräner Selbstbestimmung, auch wenn dies der reine Wortsinn vermuten lässt. Die Menschen sollen nicht autonom sein und frei in ihrer Lebensführung, sondern man fordert und fördert ihre folgsame Umsetzung gesundheitlicher Normvorstellungen und Handlungsregularien (Bauch 2004). Jeder Mensch soll sich eigenverantwortlich entscheiden – und zwar stets für die gesundheits- bzw. leistungsgerechte Lebensweise und gegen einen alternativ präferierten, beispielsweise genuss- und lustorientierten Lebensstil. Natürlich soll nicht bestritten werden, dass oft sinnvoll ist, sich um seine Gesundheit zu bemühen, allerdings führt der Terminus Eigenverantwortung hier in die Irre. Um eigenverantwortlich handeln zu können, sind Freiheit und Freiwilligkeit grundlegend – unerfüllbare Bedingungen unter imperativem Handlungszwang (Nullmeier 2006b). Dem eigenverantwortlichen Menschen wird autonome Lebensführung zugesichert, doch sofort wieder aufgehoben durch die Repression bei Nicht-Autonomie (Bothfeld et al. 2004). Der Mensch wird in eine Freiheit entlassen, die keine ist, wenn keine Wahl besteht, sich dagegen zu entscheiden (Gylling 2004). Die Freiheit ist dann nichts weiter als eine überfordernde Anpassungsleistung, sich in einer vermeintlich freiheitlichen, eigentlich nur de-institutionalisierten Welt zurechtfinden zu müssen (Honneth 2002).

Der Begriff Eigenverantwortung ist unbefriedigend, er schließt Eigenständigkeit und Eigenwille, Freiheit und Freiwilligkeit, Möglichkeiten und Fähigkeiten, Sicherheit und Solidarität, Ermächtigung und Entlastung weitgehend aus. Frank Nullmeier (2006b: 161) führt darum den Begriff Eigenmächtigkeit in die Verantwortungsdebatte ein. Eigenmächtigkeit gründet sich auf das Prinzip der Autonomiesteigerung: Verantwortung wird nur zugewiesen, wenn sie zu gesteigerter Autonomie führt. Eine persönliche Willensbekundung, die externe Handlungsfähigkeit sowie die kollektive Wechselseitigkeit der Rechte und Pflichten, sind dafür unabdingbar (Nullmeier 2006b). Dies soll sicherstellen, dass der Mensch selbst wählt, wie er leben will, wobei diese Wahl auf einem überlegten Entschluss beruht, der individuelles Wollen und Können, soziale Reziprozität sowie unkontrollierbare Schicksalhaftigkeit berücksichtigt (Nullmeier 2006b). Unter Wahrung der Freiheitsgrenzen von anderen, soll jeder Mensch seinem freien Willen folgen können, der vernünftig ist (Nullmeier 2006b). Eigenmächtigkeit in diesem Sinne ist also nicht zu verstehen als egoistisches Konstrukt einer »Gesellschaft von Ichlingen« (Keupp, nach Klages 2006), sondern als Selbstentfaltungswert, der eng gebunden ist an das soziale Bezugssystem.

Um Eigenmächtigkeit für Gesundheit zu erzielen, muss man sich verabschieden von der Idee, dass Macht eine expandierende Ressource ist, die manchen Menschen zu mehr Macht verhilft, ohne dass andere Menschen Macht verlieren (Bröckling 2008). Gesundheitsmacht ist nicht als Win-win-Situation, sondern als Nullsummenspiel zu begreifen: Wer andere dazu ermächtigen will, für die eigene Gesundheit einzutreten, der muss selbst Macht abgeben, z. B. die Definitionsmacht darüber, was gesundheitsförderungswürdig ist und was sanktionsfähig. Eigenmächtigkeit im Gesundheitsbereich schließt ein, sich zu verabschieden von den ggf. dogmatischen Vorstellungen des Gesundheitsgerechten. Anderssein wäre zu akzeptieren und zu integrieren, auch wenn dies den aktuell herrschenden Vorstellungen von Gesundheit und Verantwortung noch nicht entspricht.

Dass alle Menschen eigenmächtig handeln können, ist staatlich zu gewährleisten. Erst solidarische Absicherung ermöglicht Eigenmächtigkeit und Autonomiegewinne (Urban 2004). Das Verlangen nach Selbstverantwortung ist dem Menschen zweifelsohne zugehörig, aber ggf. nebensächlich, denn Sicherheit und Würde müssen verbürgt sein, bevor das Verlangen nach Autonomie dominant wird (Hengsbach 2005). Der Fähigkeit und auch dem Bedürfnis nach Autonomie stets vorschaltet ist der Bedarf nach existenzieller und struktureller Sicherheit sowie das Verlangen nach sozialer Gerechtigkeit (Dawes et al. 2007).

Wenn Eigenverantwortung mehr sein soll als die Pflicht heutiger und künftiger PatientInnen, sich freiwillig folgsam dem jeweils gültigen Gesundheitsregime zu unterwerfen, müssen sich alle Menschen chancengerecht beteiligen können am Aushandlungsprozess darüber, wer wofür Verantwortung im Gesundheitsbereich zu übernehmen hat. Außerdem müssen alle relevanten Akteure sich gleichermaßen beteiligen an der Verantwortungsübernahme. Man muss gemeinsam entscheiden, welcher Akteur für welche Gesundheit welche Verantwortung übernimmt (z. B. für die Vermehrung von Grünflächen in den Städten, u. a. um motorische Entwicklungsstörungen im Kindesalter zu vermindern, Bewegung im Erwachsenenalter zu fördern sowie Lärmbelastungen und Atemwegserkrankungen zu mindern). Dabei allein auf die chancengleiche Befähigungsgerechtigkeit zu setzen und zu erwarten, damit alle Menschen gleichermaßen zu beteiligen an den gesundheitspolitischen Diskursen, ist unrealistischer Optimismus. Zahlreiche Untersuchungen belegen eindrücklich, dass z. B. gleiche Schulleistungen nicht zu gleichem Erfolg – z. B. Zuweisung auf das Gymnasium, Durchsetzung beim Vorstellungsgespräch, Durchsetzung bei Debatten – führen.

2.2 Eigenmächtigkeit in einer gestuften Verantwortungshierarchie

Die Betonung der individuellen Verantwortung für Gesundheit ist unterkomplex. Eine Umstellung des Paradigmas von der Individualverantwortung zur kooperativen Verantwortung ist darum unerlässlich (Heidbrink 2003). Am Beispiel der Fahrbahnschwelle (nach Latour, s. Böhme 2006) lässt sich dies illustrieren: Wenn ein Autofahrer vor einer Straßenschwelle die Geschwindigkeit reduziert, wer handelt? Böhme (2006) zufolge handelt ein kollektives Wesen, das sich aus dem Fahrer, dem Auto und den Autoingenieuren, der Straßenschwelle, den Straßenbauern etc. zusammensetzt. Gesund ist, wenn alle mitmachen.

Verantwortungsakteure: alle statt einer

Die Zugvögel bezeugen eindrücklich den Nutzen gerechter Verantwortungsverteilung. Sie fliegen jährlich tausende Kilometer zwischen Europa und Afrika. Sie fliegen in einer V-Formation, dies spart bis zu 20% Energie, und durch ständige Rotation zwischen Wind- und Windschattenfliegern verteilt sich die Last der Führung auf alle Schwingen. Zu den Verantwortungsträgern im Gesundheitssektor gehören:

1. (Potenzielle) PatientInnen: Unzweifelhaft trägt jeder Mensch, der dazu in der Lage ist, die Verantwortung für seine Gesundheit, er ist jedoch nicht alleinverantwortlich.

2. Gesundheitsberufe und Kostenträger: Ein Patient handelt in der Regel unter Bedingungen der Informations-, Macht- und Beschwerdeasymmetrie. Entsprechend muss er auf stellvertretende Sachverwalter vertrauen, die ihn optimal versorgen (Musil 2003).

3. Gesundheitspolitik: Da Patienten, Gesundheitsberufe und Kostenträger ggf. gegenläufige Eigeninteressen verfolgen, muss die rahmengebende Gesundheitspolitik zentrale Verantwortungsbereiche festschreiben. PolitikerInnen sind hier als professionelle, aber auch als moralische VerantwortungsträgerInnen in der Pflicht (Lenk/Maring 1998).

4. Ökonomische Eliten: Als potente Akteure sollten sie sich der sozialen und gesundheitlichen Verantwortung der Bevölkerung nicht entziehen, schon allein, weil Verantwortungsübernahme als reziprokes System funktioniert (Bierhoff et al. 2005): Verantwortungsverweigerung wirkt ansteckend auf die Gesellschaft und zurück in die Eliten.

Auf der Grundlage eines umfassenden Verantwortungsarrangements gedeiht die Verantwortung des Einzelnen. Niemand ist allein verantwortlich, sondern alle zusammen sind im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten berechtigt und verpflichtet, Verantwortung zu übernehmen.

Verantwortungszuweisung: ergebnis- statt ursachenorientiert

Zu fragen ist, wie Verantwortung gerecht verteilt werden kann. Ein Paradigmenwechsel – weg von der bisherigen ursachenorientierten hin zu einer lösungsorientierten Betrachtungsweise – ist hier möglicherweise Erfolg versprechend: Das lösungsorientierte systemische Risikomanagement (z. B. in der Flugsicherheit), ist dadurch gekennzeichnet, dass nach den systemischen Ursachen – nicht den individuellen Verursachern – von Risikosituationen geforscht wird, um diese zu minimieren. Der Sachverständigenrat empfiehlt Risikomanagement inzwischen auch für das Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit 2003). Es hat im Krankenhaussektor oder beim Aktionsbündnis Patientensicherheit bereits praktischen Niederschlag gefunden. Auch die Unfallverhütung setzt seit Jahrzehnten mit Erfolg auf die Sicherheitsoptimierung des Fahrzeug- und Straßenbaus sowie auf gesetzliche Regelungen statt auf die reine Optimierung des »unfallverursachenden« Individuums. Das systemische verursacherunabhängige Risikomanagement kann zu bedeutsamen Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen beitragen (Lauterberg/Kolpatzik 2005). Hingegen führt die beharrliche Suche nach den ursächlich Verantwortlichen (»Schuldigen«) eher zu einer Verantwortungsverschleierung und Verantwortungsverschleppung statt zu einer effektiven Risikoreduktion (Schrappe 2005).

Die ursachenorientierten Such- und Sanktionsstrategien (»Wer ist verantwortlich für das Übergewicht?«) gibt man im systemischen Risikomanagement auf zugunsten von prozess- und ergebnisorientierten Verfahrensweisen, und alle beteiligten Gesundheitsakteure übernehmen eine für sie angemessene Teil-Verantwortung. Eine solche konsequenzialistische Zuweisung von Verantwortung kann nur realisiert werden, wenn für alle beteiligten Verantwortungsakteure die Mittel und Zwecke verhältnismäßig und legitimierbar sind (Heidbrink 2003). Dafür erscheint es sinnvoll, individuelle Menschen zwar für ihre Entscheidungen verantwortlich zu machen, die Folgen ihrer Entscheidungen jedoch der Gemeinschaftszuständigkeit zu überantworten. »To hold people responsible for the actual consequences of their choice would therefore be to hold them responsible for too much« (Cappelen/Nordheim 2005: 479). Das verhindert einerseits die Überforderung des Einzelnen und andererseits die Korrumpierung des allgemeinen Rechtsempfindens; niemand sollte moralisch oder kognitiv überfordert werden (Heidbrink 2003).

Verantwortung – die Stärksten zuerst

Unter kooperativer Verantwortung sind alle verantwortlich, die die freie Wahl haben, sich auch anders zu verhalten, vorausgesetzt, die Zumutbar-

keitsregeln werden nicht verletzt: Man muss einem Ertrinkenden helfen, wenn die Hilfeleistung machbar erscheint (Steinvorth 2002). Man muss Verantwortung übernehmen, nicht nur aus altruistischen, sondern auch aus egoistischen Reziprozitätsgründen: Weil wir alle verletzlich sind, sind wir allen verpflichtet, sagt Judith Butler.

Ein arbeitsteiliges Verantwortungsarrangement zielt auf eine breit gestreute Verteilung der gesundheitlichen Verantwortlichkeiten. Die Akteure übernehmen Verantwortung nicht auf der Grundlage ihrer Stellung in der Kausalkette der Schadensentwicklung, sondern gemäß ihrer Bedeutung bei der Schadenslinderung. Das Beispiel der Unfallverhütung weist wieder den Weg, hier ist das Auto fahrende Subjekt nur ein einziger (recht unerheblicher) Verantwortungsträger unter vielen.

Als grundlegende Handlungsrichtlinie gilt, dass Verantwortung übernimmt, wer über die erforderlichen Kapazitäten verfügt, um Verantwortung auszuüben. Damit ist optimaler Ressourceneinsatz gewährleistet, denn je umfangreicher die Macht zur Veränderung von unerwünschten Zuständen, desto weitreichender ist der erwartbare Nutzen. Das zugrunde liegende Verantwortungsmanagement erfolgt entlang einer Potenzial-identifizierenden und -nutzenden Verantwortungshierarchisierung. In vier Schritten wird ein gestuftes Verantwortungssystem etabliert: Wer bereits heute wirksam Verantwortung für die individuelle und strukturelle Gesundheit übernehmen kann, soll dies tun. Wer über ungenutzte Verantwortungspotenziale verfügt, soll 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 vornehmlich individuelle Akteure identifiziert, die scheinbar unzureichend Verantwortung für sich selbst übernehmen. Diese werden dann differenziert nach Unfähigen und Unwilligen, schließlich werden die Unfähigen befähigt und die Unwilligen bestraft.

Die normativ begründete gestufte Verantwortungszuteilung wahrt zentrale ethische Handlungsprinzipien. Normativ besteht sowohl eine moralische Verantwortung, Notleidenden zu helfen als auch eine Gerechtigkeitsverantwortung, ungerechte Zustände aufzuheben (Forst 2006). Die Menschen, die sich nicht alleine von Übeln befreien können, dürfen erwarten, dass sie Unterstützung erhalten von jenen, die entweder für das Übel (mit)verantwortlich sind oder die wirkungsmächtiger sind als sie selbst bei der Übelabwendung (Gosepath 2006).

In gestufter Linie sind also zunächst diejenigen verantwortlich, die

einen unerwünschten Zustand verantworten oder verwerten oder ihn – auch wenn keine Kausal- oder Mitverantwortung vorliegt oder ein Nutzen besteht – ändern könnten, und zwar jeder einzelne Mensch, absteigend nach seinen verfügbaren Mitteln (Gosepath 2006). Moralische Überforderung wird vermieden, weil durch die Mitarbeit aller die Belastungen jedes Einzelnen gering bleiben bzw. weil durch die Zuweisung von Gerechtigkeitsverantwortung zunächst diejenigen zur Verantwortung gezogen werden, die in den Missstand verstrickt sind. Und wenn sich nicht alle beteiligen, muss man sich dann selbst trotzdem beteiligen? Ja, denn es ist allemal gerechter, selbst etwas zu tun, als nicht zu tun, nur weil andere nichts tun (Gosepath 2006).

Der Staat besitzt Rahmen-, Gewährleistungs- und Infrastrukturverantwortung. Er hat die Zuweisungsverantwortung und delegiert zwecks sozialer Selbstverantwortung ausgewählte Teilsegmente der gesundheitlichen Verantwortung an die übrigen Akteure (Heidbrink 2003). Politik zieht alle zur Verantwortung. Dies verbaut die Exit-Option, die insbesondere den privilegierten Eliten offen steht und ihnen erlaubt, sich aus bestehenden Gemeinschaftsverpflichtungen zu verabschieden (Nullmeier 2004).

Auf der Grundlage eines umfassenden systemischen Verantwortungssystems unter abgesicherter Sozialverantwortung ließe sich Eigenverantwortung als Eigenmächtigkeit etablieren. Eigenmächtigkeit schließt dann sowohl selbstverantwortliche Eigenständigkeit als auch eigenwillige Selbstermächtigung ein. Das Subjekt hat das Recht, das Leben nach eigenen sinnhaften, eigensinnigen Vorstellungen zu führen. Selbstbestimmte Menschen sind frei, das eigene Leben und die eigene Gesundheit mit subjektivem Sinn zu versehen und entsprechend der eigenen Logik zu handeln. Andere Logiken werden nicht länger als krankheitsuneinsichtig etikettiert und diszipliniert (Rehbock 2002). Eigenverantwortung für Gesundheit muss letztlich das Recht einschließen, »Nein zu sagen, zur Therapie, zur Krankheitsverarbeitung, zur Selbstverantwortung« (Pflanz 2004: A2443).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Bettina Schmidt
EFH Bochum
Immanuel-Kant-Str. 18
44803 Bochum
bschmidt@efh-bochum.de

Literatur

- Aust, J.; Bothfeld, S.; Leiber, S. (2006): Eigenverantwortung – Eine sozialpolitische Illusion. WSI Mitteilungen, 4: 186-193.
- Bauch, J. (2004): Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Beck-Gernsheim, E. (2008). Welche Gesundheit wollen wir? In: D. Schäfer; A. Frewer; E. Schockenhoff; V. Wetzstein: Gesundheitskonzepte im Wandel. Stuttgart: Franz Steiner: 115-126.
- Bienfait, A. (2006). Die Verantwortungsgesellschaft als Konfliktgesellschaft. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Frankfurt a M: Campus: 165-187.
- Bierhoff, H.-W., Wegge, J., Bipp, T., Kleinbeck, U., Attig-Grabosch, C. & Schulz, S. (2005): Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung. Zeitschrift für Personalpsychologie 4 (1): 4-18.
- Böhme, H. (2006): Fetischismus und Kultur. Eine andere Theorie der Moderne. Reinbeck: Rowohlt.
- Bothfeld, S.; Gronbach, S.; Seibel, K. (2004): Eigenverantwortung in der Arbeitsmarktpolitik: Zwischen Handlungsautonomie und Zwangsmaßnahmen. WSI Mitteilungen 9: 507-513.
- Bröckling, U. (2008): Empowerment: Fallstricke der Bemächtigung. Prävention 1: 2-6.
- Buestrich, M. (2007): Gesundheit und Krankheit in der aktivierten Arbeitslosigkeitsgesellschaft. In: B. Schmidt; P. Kolip: Gesundheit fördern und fordern. Weinheim: Juventa: 129-139.
- Cappelen, A.W.; Norheim, O.F. (2005): Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. Journal of Medical Ethics 31 (8): 476-80.
- Dawes, C.T.; Fowler, H.W.; Johnson, T.; McElreath, R.; Smirnov, O. (2007): Egalitarian motives in humans. Nature 446: 794-796.
- Dubieli, H. (2006): Stufen der Re-Zivilisierung. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Frankfurt a M: Campus: 265-273.
- Duttweiler, S. (2008): »Im Gleichgewicht für ein gesundes Leben« – Präventionsstrategien für eine riskante Zukunft. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: Kreuzzug gegen Fette. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 125-142.
- Forst, R. (2006): Verantwortung und (Un) Gerechtigkeit. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Frankfurt a M: Campus: 409-415.
- Gerlinger, T. (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: R. Böckmann: Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften: 19-41.
- Gosepath, S. (2006): Verantwortung für die Beseitigung von Übeln. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Frankfurt a M: Campus: 388-408.
- Greenhalgh, T.; Wesseley, S. (2004): Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle class. British Medical Bulletin 69: 197-213.
- Grün, C. (2001): Gesundheitsbezogene Handlungsverpflichtungen der Versicherten in der Sozialversicherung als Dimensionen von Eigenverantwortung und Solidarität. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet.
- Günther, K. (2002): Zwischen Ermächtigung und Disziplinierung: Verantwortung im gegenwärtigen Kapitalismus. In: A. Honneth, A.: Befreiung aus der Mündigkeit – Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus.. Frankfurt a M: Campus: 117-141.

- Gylling, H.A. (2004): *Autonomy Revisited*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 13: 41-46.
- Händeler, E. (2004): Wann endlich wird Gesundheit Wachstumsmotor der Wirtschaft? *Gesundheitswesen* 66: 775-778.
- Heidbrink, L. (2003): *Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Gesellschaften*. Weilerswist: Velbrück.
- Heidbrink, L. (2006): Verantwortung in der Zivilgesellschaft: Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 13-38.
- Heidbrink, L.; Hirsch, A. (2006): Vorwort. In L. Heidbrink; A. Hirsch: *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 9-10.
- Hengsbach, F. (2005): *Soziale Gerechtigkeit – Spielball aktueller Sozialpolitik*. <http://www.sankt-georgen.de/nbi/pdf/beitrage/skf-ac.pdf> (Zugriff: 8.7.2007).
- Honneth, A. (2002): *Organisierte Selbstverwirklichung – Paradoxien der Individualisierung*. In: A. Honneth: *Befreiung aus der Mündigkeit – Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Frankfurt a M: Campus: 141-158.
- Kettner, M. (2006): »Wunscherfüllende Medizin« – Assistenz zum besseren Leben? *Gesundheit und Gesellschaft* 2: 7-16.
- Klages, H. (2006): *Eigenverantwortung als zivilgesellschaftliche Ressource*. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 109-126.
- Klotter, C. (2008). *Von der Diätik zur Diät – Ideengeschichte der Adipositas*. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 21-34.
- Kraemer, K. (2005): *Eigenverantwortung und Teilhabe*. Bochum: Forschungsinstitut Arbeit Bildung Partizipation.
- Krauß, D. (1992): *Schuld im Strafrecht*. Berlin: Humboldt-Universität, 1-20. <http://edoc.hu-berlin.de/humboldt-vl/krauss-detlef/PDF/Krauss.pdf> (Zugriff: 9.7.2007).
- Kreisky, E. (2008): *Fitte Wirtschaft und schlanker Staat*. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 143-170.
- Kühn, H. (1993): *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: Edition Sigma.
- Lauterberg, J.; Kolpatzik, K. (2005): *Von der Utopie zur Agenda. Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin*. 10 (8): 4-6.
- Lemke, T. (2007): *Gesundheit als Aufgabe. Gesundheit und Gesellschaft*. 10 (3): 48.
- Lenk, H.; Maring, M. (1998): *Das moralphilosophische Fundament einer Ethik für Organisationen – korporative und individuelle Verantwortung*. In: G. Blickle: *Ethik in Organisationen*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie: 19-35.
- Lenzen, D. (2001): *Krankheit als Erfindung*. Frankfurt a M: Fischer.
- Lessenich, S.; Nullmeier, F. (2006): *Deutschland zwischen Einheit und Spaltung*. In: S. Lessenich; F. Nullmeier: *Deutschland – eine gespaltene Gesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 7-27.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D. (2002): *Selling sickness*. *British Medical Journal* 324: 886-891.

- Musil, A. (2003): Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Nebling, T. (2008): Gesundheitsbildung: Brachliegendes Potenzial im Gesundheitswesen? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 13: 324-325.
- Neckel, S.; Dröge, K. (2002): Die Verdienste und ihr Preis. Leistung in der Marktgemeinschaft. In: A. Honneth: *Befreiung aus der Mündigkeit – Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Frankfurt a M: Campus: 93-116.
- Niewöhner, J. (2008): Das metabolische Syndrom im Alltag. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 191-206.
- Nolting, H.-D.; Hagenmeyer, E.-G.; Häußler, B. (2004): Einführung. In: Bertelsmann Stiftung: *Eigenverantwortung: Ein gesundheitspolitisches Experiment*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 11-22.
- Nullmeier, F. (2004): Vermarktlichung des Sozialstaats. *WSI Mitteilungen* 9: 495-500.
- Nullmeier, F. (2006a): Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität – Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten? *WSI Mitteilungen* 4: 175-180.
- Nullmeier, F. (2006b): Paradoxien der Eigenverantwortung. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 151-164.
- Pankoke, E. (2006): Arenen – Allianzen – Agenden: Netzwerke und Lernprozesse zivilen Engagements. In: L. Heidbrink; A. Hirsch: *Verantwortung in der Zivilgesellschaft*. Frankfurt a M: Campus: 85-108.
- Pflanz, E. (2004): Stiftung Patientenkompetenz: Zur Eigenverantwortung befähigen. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (37): A2443-6.
- Prantl, H. (2005): *Kein schöner Land – Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit*. München: Droemer.
- Rehbock, T. (2002): Autonomie – Fürsorge – Paternalismus: Zur Kritik (medizin-) ethischer Grundbegriffe. *Ethik in der Medizin* 14: 131-150.
- Ried, J. (2008): Adipositasprävention zwischen Veranlagung und Verantwortung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 133: 92-95.
- RKI – Robert Koch Institut (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: RKI.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Schmidt, B. (2008): *Eigenverantwortung haben immer die Anderen*. Bern: Huber.
- Schmidt-Semisch, H.; Schorb, F. (2008): Einleitung. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 7-20.
- Schorb, F. (2008a): Adipositas in Form gebracht: Vier Problemwahrnehmungen. In: H. Schmidt-Semisch; F. Schorb: *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 57-78.
- Schorb, F. (2008b): Von der Volkskrankheit zur Unterschichtenpathologie. *Standpunkte: Gesundheit aktiv fördern* 4: 5-6.
- Schrapppe, M (2005): Das Mäntelchen des Schweigens lüften. *Gesundheit und Gesellschaft – Spezial: Fehlerprävention in der Medizin*, 10 (8): 7.

- Schui, H. (2004): Mythos Eigenverantwortung. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 3, 326-331.
- Sehlen, S (2004): Eigenverantwortung im Gesundheitswesen: Eine Literaturübersicht. In: Bertelsmann Stiftung: *Eigenverantwortung: Ein gesundheitspolitisches Experiment*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 23-62.
- Steinbrook, R. (2006): Imposing personal responsibility for health. *New England Journal of Medicine* 355: 753-756.
- Steinvorth, U. (2002): Zum Begriff der Solidarität in der Sozialversicherung. In: TK: *Solidarität und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen*. Hannover: Techniker Krankenkasse: 12-25.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Berlin: SVR.
- Thielmann, L.; Rohr, M.; Schade, D. (2002): *Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Urban, H.-J. (2004): *Eigenverantwortung und Aktivierung – Stützpfeiler einer neuen Wohlfahrtsarchitektur*. *WSI Mitteilungen* 9: 467-473.
- Waller, B.N. (2005): *Responsibility and Health*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14: 177-188.