

Hagen Kühn

## »Selbstverantwortung« in der Gesundheitspolitik

Der Begriff »Selbstverantwortung«<sup>1</sup> drückt eine Position aus, die so alt ist wie der moderne Sozialstaat. Sein Inhalt erschließt sich nicht aus Definitionen, sondern aus dem Kontext und der wirtschaftsliberal-konservativen Intention seines Gebrauchs. Er verweist die Einzelnen auf sich selbst. Dieses »Selbst« ist aber nicht positiv gefüllt, sondern eine Negation im Sinne von »nicht-öffentlich«, vor allem »nicht-sozial-staatlich«. Es geht primär um die Zurückweisung von Anforderungen und Ansprüchen an den Sozialstaat.<sup>2</sup>

Im sozialpolitischen Diskurs wird Selbstverantwortung – zu Unrecht – häufig mit dem Konzept der »Subsidiarität« verbunden, das von der katholischen Soziallehre entwickelt wurde, aber heute überwiegend in wirtschaftsliberaler Absicht bemüht wird. Dem Subsidiaritätsprinzip zufolge soll das, »was der Einzelmensch aus eigener Initiative und aus eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden«. Ebenso soll »das weitere und übergeordnete Gemeinwesen« nicht an sich ziehen, was »kleinere und untergeordnete Gemeinwesen« leisten können (Enzyklika Quadragesimo 1931; zit. n. Bauer 1992). v. Nell-Breuning hat aus seiner Sicht der katholischen Soziallehre den entscheidenden Punkt deutlich gemacht, der in der wirtschaftsliberalen Verwendung entfällt. Der Satz der Enzyklika, wonach die Gesellschaftstätigkeit »die Glieder des Sozialkörpers unterstützen« solle, bedeute, daß die Gesellschaft »die Voraussetzungen« zu schaffen habe, »unter denen allein der Einzelmensch seine Kräfte mit Erfolg regen kann« (Preller 1970: 316). Verantwortung im Sinne einer Verpflichtung kann folglich nur übernehmen, wem dies objektiv »möglich« und wer dazu subjektiv »fähig ist«. Wer sich am Subsidiaritätsprinzip orientiert, müßte also sorgfältig prüfen und zeigen, unter welchen Voraussetzungen die *Möglichkeit und Fähigkeit* der Individuen zur Selbstverantwortung als gegeben angesehen werden können (s.u.). Nichts liegt jenen, die heute den Begriff der Selbstverantwortung beschwören, ferner.

### *Zum gesellschaftlich-historischen Kontext*

Die Diskurse um bzw. gegen den Sozialstaat sind der Öffentlichkeit vielfach deshalb so intransparent, weil viele historisch überkommene politische Begriffe aufs verwirrendste ihre Bedeutung wechseln. Begriffe

mit staatsbürgerlich-liberaler Tradition (Freiheit) oder mit einer Herkunft aus der Arbeiterbewegung (Solidarität) werden nicht bekämpft, sondern »besetzt« und umgedeutet.<sup>3</sup> Für den emanzipativen Gebrauch werden sie damit unbrauchbar. »Konservativ« im Sinne des modernen Konservatismus meint die Konservierung der sozialökonomischen Verhältnisse von Macht und Herrschaft. Da nun in den Marktgesellschaften Herrschaft von Menschen über Menschen sich weitgehend durch die »Reduktion der Menschen auf Agenten und Träger des Warentauschs hindurch realisiert«, da »alle dem abstrakten Tauschgesetz sich unterwerfen müssen, wenn sie nicht zugrunde gehen wollen« (Adorno 1969: 21), wird der Wirtschaftsliberalismus zur bevorzugten konservativen Ideologie. Die Ökonomie als die hier angesprochene Herrschaftsgrundlage wiederum weist eine große Eigendynamik auf, der sich nach wirtschaftsliberalem Credo Gesellschaft und Staat fördernd anzupassen haben. Somit kann der durch diese Anpassung hervorgerufene Wandel als »Reform«, »Modernisierung« und »Fortschritt« ausgegeben werden. Den Konservativen fällt es daher leicht, öffentlich als fortschrittliche Reformer zu gelten, während die Linke als soziale Opposition betonköpfig-konservativ gescholten wird.

Da der demokratische Staat den sozialen Zusammenhalt<sup>4</sup> sichern muß, der durch diesen Anpassungswandel permanent gefährdet wird, wird er, indem er seiner Funktion gerecht wird, zu einem Hemmnis dieses Wandels. Damit schlüpfen die modernen Konservativen in die historisch völlig ungewohnte Rolle der Staatskritiker, zu der ihnen ein heruntergekommener »Vulgärliberalismus« (Roß 1998) seine begrifflichen Überreste zur Verfügung gestellt hat. Wie mit der Vulgärformel »Weniger Staat« der Abbau des Sozialstaats gemeint ist, so soll »Selbstverantwortung« die Ansprüche der bislang vom Sozialstaat durch Recht und Geld Geschützten abwehren.

Die Theorie und Praxis der Ausdünnung der sozialen Schutzrechte (in der Arbeit, auf dem Arbeitsmarkt etc.) gilt als »Deregulierung« und Herstellung von Freiheit gegenüber staatlich und tarifvertraglich gesetztem Recht. In diese interessiert inhaltsleere Staatskritik stimmen heute bei weitem nicht nur Konservative ein. Dabei wußte schon Rousseau, daß es im Verhältnis »zwischen dem Starken und dem Schwachen ... die Freiheit (ist), die unterdrückt, und das Gesetz, das befreit«.<sup>5</sup> Letzteren ist es nur mit Hilfe von Schutzrechten möglich, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

In welchem sozial-historischen Kontext findet der Konflikt statt? Während Konservative im 18. und 19. Jahrhundert mit allen Mitteln gegen die Etablierung der *individuellen Freiheitsrechte* (z.B. Rede- und Gedankenfreiheit, Gleichheit vor dem Gesetz usw.) gekämpft haben,

standen darauf folgend bis in unser Jahrhundert hinein die *politischen Bürgerrechte* (wie das Wahlrecht) im Kreuzfeuer nicht nur der Kritik, sondern auch der Repression. Die gegenwärtigen Anti-Sozialstaatsdiskurse und -politiken der achtziger und neunziger Jahre sind nun ein roll-back des Ausbaus der *sozialen Bürgerrechte*. Die historisch vor sich gehende – von Verirrungen und Rückschlägen begleitete – Ausweitung der Bürgerrechte auf die soziale und ökonomische Sphäre in den letzten hundert Jahren geht auf die Einsicht zurück, daß die individuellen und politischen Bürgerrechte – und damit auch die Demokratie – erst auf dieser Grundlage sinnvoll ausgeübt werden können. In diesem Kontext der – hier schematisch vereinfachten – historischen Konstellationen ordnen sich die politischen Etiketten wie die Eisenspäne im Magnetfeld.

Neben und im Zusammenhang mit den Schutzrechten werden auch die sozialstaatlichen Verteilungskorrekturen zur Disposition gestellt. Den Punkt zu definieren, von dem an die Bürger zur »Selbstverantwortung« fähig sein können und somit staatliche Umverteilung eingeschränkt werden kann, ist eine politische Frage, die letztlich durch die wirtschaftliche, politische und kulturelle Machtverteilung in der Gesellschaft entschieden wird. Es gab kein Jahr und keine wirtschaftspolitische Konstellation in der Bundesrepublik, in dem nicht von namhaften Wirtschaftsliberalen behauptet wurde, dieser Punkt sei nun erreicht und überschritten. Schon 1950 schrieb Röpke, einer der einflußreichsten konservativen Ökonomen seiner Zeit, es sei »kaum zweifelhaft, daß auch in Westdeutschland dieser kritische Punkt der öffentlichen Finanzwirtschaft längst erreicht und überschritten worden ist. Damit zwingt sich die Notwendigkeit einer erheblichen Verminderung der Gesamtsumme der öffentlichen Ausgaben auf« (Röpke 1950: 61). Müller-Armack, der Schöpfer des Begriffes »Soziale Marktwirtschaft«, stellte 1960 fest: »mehr und mehr Schichten (wachsen) in eine Lage hinein, in der ihnen ein höheres Maß an Selbsthilfe zugemutet werden kann«, man solle sich in der Sozialpolitik nun »auf die echten Fälle der Hilfsbedürftigkeit« konzentrieren (Müller-Armack 1960: 74).

Die sozialstaatliche Umverteilung ist in wirtschaftsliberaler Sicht nicht nur überflüssig, sie lähmt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und den Leistungswillen der davon Begünstigten und demoralisiert sie. John K. Galbraith schreibt in einem Altersrückblick über seine sieben Jahrzehnte als Ökonom zu dieser moralischen Gefahr der sozialpolitischen Verteilungskorrekturen:

»Die Amerikaner (sind) von nichts mehr überzeugt als von den schädlichen Folgen, die Geld hat, wenn man es den Armen gibt. Wir haben das alleraufrichtigste Mitleid

in unserer Sorge darum, was nicht durch Arbeit verdientes Geld den Unglücklichen antun könnte. Und wir erkennen eine praktische wie auch eine moralische Gefahr: die Armen könnten Geld der öffentlichen Hand einer Arbeit vorziehen, und das würde eine Geisteshaltung der Abhängigkeit kultivieren, die einem Schlag gegen das Herz des Wirtschaftssystems gleichkäme.

Die Gefahr wird besonders bei den Unterprivilegierten gesehen; bei Menschen im Überfluß und bei Reichen wird Untätigkeit, Muße genannt, nicht vergleichbar beklagt. Im Gegenteil ... jene, denen es gelingt, sich der Muße zu erfreuen, werden bewundert, nicht verurteilt; sie haben gelernt, wie man gut lebt. (...) Sie fördern als Mäzene der Künste oder der Literatur die Würde der Nation; sie setzen Beispiele für Stil und Benehmen, die gepriesen, wenn nicht gar gefeiert werden, für Neuheiten, Abwechslung und Extravaganz. Niemand oder nur wenige kritisieren ihr Genußleben.

Die Lage der Armen ist ganz anders. Bei ihnen wird ... befürchtet, daß Geld, das sie nicht durch Arbeit verdient haben, moralischen und sozialen Schaden anrichtet, was speziell für die Untätigkeit gilt, die Geld ihnen ermöglichen würde. Geld ohne Arbeit oder Untätigkeit wird den Armen nicht verziehen, nicht einmal unter dem Gesichtspunkt, daß es Arbeitsplätze als Alternative nicht gibt. Was für die Menschen im Überfluß gepriesen wird, wird für die Armen auf das Schärfste verurteilt.« (Galbraith 1994: 211)

Gilder, einer der neoliberalen Wortführer in den USA, faßte den Geist, der hinter dem Begriff der Selbstverantwortung steht, in einem Satz zusammen: »Um tatsächlich auch Erfolg zu haben, brauchen die Armen mehr als alle anderen den Ansporn ihrer Armut« (Gilder 1981: 259), während die Umverteilung zugunsten der Bezieher hoher Einkommen damit begründet wird, Leistung müsse sich wieder lohnen.

#### *Gesundheit: Möglichkeit und Fähigkeit zur Verantwortung*

In der Gesundheitspolitik stellt sich die Frage nach Möglichkeit und Fähigkeit zur Selbsthilfe und -verantwortung in besonderer Weise. Hier geht es um die Verhinderung, Milderung und Heilung von Krankheit und die soziale Sicherung der Kranken. Der Imperativ Selbstverantwortung hat also eine zweifache Bedeutung und meint erstens: »Sorge für deine Gesundheit« und zweitens: »Sorge dafür, daß du bei Hilfsbedürftigkeit im Krankheitsfall nicht dem Staat zur Last fällst«. Aber so einfach ist das nicht, denn Krankheit wirkt sich in der Regel unmittelbar mindernd auf die Selbsthilfefähigkeit aus; zudem ist Krankheit in den westlichen Industriegesellschaften überproportional gerade auf diejenigen Gruppen verteilt, deren prospektive Selbsthilfefähigkeit am geringsten ist.

Man kann hier mit Fug und Recht von einem »sozialen Dilemma der Gesundheitspolitik« sprechen. Seit Jahrzehnten fördern Epidemiologen der westlichen Industrieländer Belege zutage für den Zusammenhang zwischen einem überdurchschnittlichen Krankheits- und Sterberisiko und:

- geringerem Einkommen,
- weniger Bildung,
- weniger Gestaltungsfreiheit in Arbeit und Familie,
- geringerer Sprachkompetenz,
- mangelnder Konfliktfähigkeit,
- fehlendem sozialen Einfluß,
- geringerer sozialer Unterstützung (social support) durch die »kleinen sozialen Netze« von Freunden, Familie, Kollegen usw.

Die Gesundheitschancen sind nach diesen Indikatoren ungleich verteilt. Im Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) gaben Personen der unteren sozialen Schicht etwa doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an wie Personen der obersten sozialen Schicht (Rosenbrock 1993; Deutscher Bundestag 1988). Die für die Bundesrepublik besonders lückenhaften Forschungsergebnisse zur sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Mielck 1993) decken sich mit den Erkenntnissen aus anderen, besser untersuchten Ländern (z.B. Townsend/Davidson 1982; Townsend 1990; Navarro 1990; Krieger et al. 1997), nach denen die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen zunimmt.<sup>6</sup> Wäre die Bevölkerung insgesamt privatversichert und die Prämien nach dem individuellen Krankheitsrisiko kalkuliert, dann müßten die Angehörigen der unteren sozialen Schichten nicht nur relativ, sondern auch absolut die höchsten Versicherungsprämien bezahlen. Die Fähigkeit, selbst, d.h. ohne sozialstaatliche Hilfe, für die finanzielle Sicherung im Krankheitsfall aufzukommen, verringert sich drastisch, je weiter man in der sozialökonomischen Stufenleiter abwärts kommt, bereits weit vor dem Erreichen der Armutsgrenze.

Ein weiterer Aspekt der Selbstverantwortungsfähigkeit und -möglichkeit ist hinzuzufügen: Die Gruppen der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen zu erkranken, frühzeitig chronisch eingeschränkt zu sein und zu sterben, haben auch im Durchschnitt die geringsten Möglichkeiten und Fähigkeiten, sich präventiv und gesundheitsfördernd zu verhalten; sie sind macht- und mittelloser, wenn es darum geht, nicht pathogenen Bedingungen ausgesetzt zu sein, und sie verfügen über weniger finanzielle Ressourcen, um die medizinische Versorgung zu bezahlen und Einkommensausfälle zu kompensieren. Diese sozioökonomischen Indikatoren für Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken haben etwas mit der

Möglichkeit eines Individuums zu tun, die eigenen Lebensverhältnisse zu kontrollieren und im Bewußtsein dessen sein Leben zu gestalten (Antonovsky 1987; Siegrist 1995). Sie deuten auf einen Grad von Restriktivität der Lebensverhältnisse im ganz umfassenden, die Subjektivität, den Habitus und die Bedingungen einschließenden Sinne. So besitzt etwa der Lebensstil eines Universitätsprofessors insgesamt weit mehr Freiheitsgrade als der des Automobilarbeiters. Letzterer hat restriktivere Arbeitsverrichtungen und -bedingungen, sein Einkommen ermöglicht ihm nur eine kleinere Wohnung in einer von Lärm, Abgasen usw. mehr belasteten Gegend, seine geringere Bildung behindert Chancenwahrnehmungen usw. Darum ist der Habitus, der in den oberen Schichten angeeignet wird, nicht nur anders, er ist auch flexibler. Beispielsweise müssen auf fettem und vielem Essen oder dem Zigarettenrauchen längst nicht so viele subjektive Bedeutungen (Metapher für »gutes Leben«, Identifikation, Abgrenzung etc.) lasten. Das Verhalten ist weit weniger festgelegt. Kurzum, es besteht ein größeres Potential an Verhaltensmöglichkeiten und -fähigkeiten. Dieser empirische Grundsachverhalt wird durch die politischen Anstrengungen, sozialstaatliche Verantwortung abzubauen und wieder auf die Schultern der Individuen zu legen geradezu auf den Kopf gestellt.

#### *Verantwortung, Schuld, Pflicht*

Seit in den achtziger Jahren die sozialen Konflikte zunehmend auch die Form der Auseinandersetzung um Werte, Normen und Verhaltensmotive des menschlichen Zusammenlebens anzunehmen begannen (Kühn 1987)<sup>7</sup>, trat der moralpolitische Charakter der »Selbstverantwortung« deutlicher hervor. Es liegt im konservativen Wesen dieses Begriffes, daß er weder auf eine universelle Verantwortung des Individuums für die sozialen und ökologischen Verhältnisse anspielt, noch auf Verantwortung des Menschen gegenüber sich selbst, weder als Individuum noch als Gattungswesen. Denn es handelt sich nicht um die Verantwortung gegenüber dem »Selbst«, sondern des »Selbst« gegenüber dem politisch-ökonomischen Status quo. Verantwortung hat dabei zwei Bedeutungen: die Zuweisung von Pflicht und Schuld.

Verantwortung im Sinne von Verpflichtung meint, im eigenen festgelegten Rahmen (der »Rolle« und »Aufgabe«) alles zu tun, um funktionsfähig zu bleiben. Luhmann sagt: »Die Grundprobleme eines Systems werden durch die Systemstruktur nicht gelöst ..., sie werden ... als Verhaltenslast dem Handelnden auferlegt.« (Luhmann 1970) Diese Last besteht im steigenden Eigenanteil der Patienten (über ihren Versicherungsbeitrag

hinaus) an der Bezahlung medizinischer Leistungen und in der Pflicht zur gesunden Lebensführung. Letztere wurde nach dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 in den §1 des Sozialgesetzbuches V aufgenommen. Es heißt hier: »Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden und ihre Folgen zu überwinden.« Wahrscheinlich war es ein politischer Kompromiß, der die Verfasser des Gesetzestextes dazu bewog, zu schreiben, die Versicherten seien »mit«verantwortlich. Allerdings werden außer den Versicherten keine anderen »Mit«verantwortlichen genannt.

#### *Selbst Schuld*

Verantwortung meint hier *individuelle Schuld*, die infolge des Versagens vor der individuellen Verhaltensverpflichtung entsteht. »Selbstverantwortung« soll moralische und politische Verantwortlichkeit von Staat und Gesellschaft auf das private Individuum verlagern. Auf dem Gebiet der Sozialmedizin wird das vor allem durch das Konzept der Risikofaktoren geleistet, das die weit verbreiteten Krankheiten fast ausschließlich auf individuelles Fehlverhalten zurückführt (Tesh 1988). Entsprechendes leistet auf dem Gebiet der Sozialversicherung das Theorem vom »moral hazard«, das den Mißbrauch durch die Versicherten als den systembedingten Normalfall betrachtet (Pauly 1974).

Das sogenannte Risikofaktoren-Modell sieht Krankheitsursachen im individuellen Lebensstil begründet, vor allem in:

- Mangel an körperlicher Bewegung,
- falscher und übermäßiger Ernährung,
- zuviel Alkohol und Tabak,
- falschen Sozialbeziehungen.

Die daraus abgeleiteten Verhaltens-Empfehlungen laufen auf wenige, aber in ihren Konsequenzen für den Einzelnen recht tiefgreifende Veränderungen des Lebensstils hinaus:

- Jogging und Gymnastik,
- Gewichtsreduktion,
- weniger Kochsalz, Zucker und tierisches Fett,
- mehr Ballaststoffe in der Nahrung,
- weniger Alkohol,
- Rauchen einstellen,

- Erlernen von Verhaltenstechniken und Streßreduktion,
- Teilnahme an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (Cholesterin, Bluthochdruck, Knochendichte usw.)

Das Risikofaktoren-Modell suggeriert, die Individuen könnten sich durch selbstbezogenes Verhalten gegen die »modernen Volkskrankheiten« schützen. Es beruht auf einer Ätiologie der heutigen Massenerkrankungen, derzufolge fast alle Ursachen – und damit auch die Schuld – in den Gestaltungs- und damit auch Verantwortungsbereich der Einzelmenschen fallen. Ich habe an anderer Stelle gezeigt, daß es sich überwiegend um eine normative und keine empirisch-analytische Ätiologie handelt, d.h. die Ursachen- und Schuldzuweisung und der moralische Imperativ »Selbstverantwortung« sind nicht Schlußfolgerungen aus der Ätiologie, sondern gehen dieser voraus (Kühn 1993: 133-146). Dieser sozialen Wirksamkeit wegen ist es erfolgreich, der Nachweis einer trendwendenden gesundheitlichen Effektivität wurde trotz eines enormen Forschungsaufwandes bisher nicht erbracht (Ebrahim/Smith 1997).

#### *Selbst bezahlen*

Wenn Ursachen und Schuld erst einmal im Verhalten der Individuen geortet sind, so ist es nur legitim, sie auch finanziell am Krankheitsrisiko zu beteiligen. Aufgrund des oben skizzierten sozialen Dilemmas müßte allerdings in einem konsequent marktwirtschaftlichen und »selbstverantwortlichen« System der risikobezogene Beitrag zur Krankenversicherung für die Angehörigen der Unterschicht und unteren Mittelschicht nicht nur relativ, sondern auch absolut höher sein als für die Angehörigen der Oberschicht. Die sozialökonomisch differenzierte gesundheitliche Chancengleichheit in der Gesellschaft hätte dann in der Verteilung der medizinischen Versorgungsleistungen ihre Entsprechung gefunden. Bisher begnügen sich die Protagonisten mit Kombinationen aus (einkommensbezogenem) Versicherungsbeitrag und (de facto risikobezogener) »Selbstbeteiligung« der Patienten an den Kosten der medizinischen Versorgung.<sup>8</sup> Die *Selbstbeteiligung* – so die Erwartungen –

- übe einen starken Anreiz aus, nur noch die wirklich erforderlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen; durch kostenbewußtes Verhalten der Patienten
- würden die Leistungserbringer gezwungen, ihre Dienste zu möglichst günstigen Preisen anzubieten. Auch würden sich die Menschen, die selbst für ihre medizinische Versorgung bezahlen,
- gesundheitsgerechter Verhalten und



– am Behandlungserfolg mitwirken. Die gesamte Einstellung zur ärztlichen Behandlung verbessere sich, wenn ein finanzieller Anreiz für die schnelle Beendigung des Behandlungsanlasses vorhanden sei. Nicht eine dieser – allesamt aus der »neoklassischen« Theorie des Marktverhaltens abgeleiteten – Erwartungen ist bislang empirisch bestätigt worden.

Hohe Selbstbeteiligung dämpft zwar kurzfristig die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, aber nicht für die Volkswirtschaft, da Kosten nicht gesenkt, sondern auf die Patienten umverteilt werden. Der gesundheits- und verteilungspolitische Preis wurde vom selben Bundesgesundheitsminister, der 1997 bislang einmalig hohe Zuzahlungen für Kranke durchgesetzt hat, 1995 auf dem Deutschen Ärztetag treffend zusammengefaßt: »Ich halte die Selbstbeteiligung der Versicherten für ausgereizt. Selbstbeteiligung hat keine Steuerungswirkungen, sondern ist eine reine Einnahmebeschaffung. Wenn jemand Einnahmen beschaffen will, ist es zutiefst unsozial, daß er die Kranken und chronisch Kranken belastet« (zit. n. Braun/Kühn/Reiners 1998).

In der Realität gestaltet sich die Anreizwirkung wie folgt: Geringe Kostenbeteiligungen wirken sich auf die Inanspruchnahme der Versicherten nicht aus. Hohe Kostenbeteiligungen, wie sie jetzt eingeführt wurden und ausgebaut werden sollen, sind hingegen gesundheitlich und verteilungspolitisch gleichermaßen bedenklich. Sie büden nicht den Versicherten, sondern den Kranken, unter denen die unteren sozial-ökonomischen Schichten überrepräsentiert sind, die finanzielle Last auf. Da die Selbstbeteiligung spürbare Anteile der geringen Einkommen beansprucht, kommt es also gerade bei den sozialen Gruppen mit dem höchsten Krankheitsrisiko zu verminderter Inanspruchnahme. Auch prinzipiell ist die Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument in der medizinischen Versorgung fehl am Platze. Denn sie setzt am Patienten an, obgleich die Leistungen in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle anbieterbestimmt sind und der Einfluß der Patientinnen und Patienten geringfügig ist (Evans 1990).

### *Selbst anpassen*

Die andere Seite der Verhaltenslast ist die »gesunde Lebensführung«. Die subjektive Entsprechung des Risikofaktormodells und der »Selbstverantwortung« für einen »gesunden Lebensstil« habe ich in der Sprache seines Ursprungslandes »Healthismus« genannt. Dies meint die ständige Besorgtheit um und Befassung mit der persönlichen Gesundheit als einem primären, oft *dem* primären Mittel zur Erreichung persönlichen

Wohlbefindens; einem Ziel, das vor allem erreicht werden kann durch die Anpassung des Lebensstils an die Gesundheitsimperative, entweder ohne oder mit therapeutischer Hilfe (Kühn 1993). Es geht hier nicht um den Nachweis, daß die Propagierung des skizzierten »gesunden Lebensstils« ein weitgehend erfolgloses, da auf unzutreffender wissenschaftlicher Grundlage errichtetes Konzept ist, sondern darum, daß es sehr erfolgreich darin ist, in versteckter Weise die konservativ-wirtschaftsliberale Ideologie der Selbstverantwortung zu transportieren.

Es macht die Modernität des heutigen wirtschaftsliberalen Konservatismus aus, daß er nicht mehr primär auf die offene Repression durch Staat, Kirche und Familie setzt, sondern auf die sachlichen Anpassungszwänge des Marktes. Je stärker die Menschen subjektiv und objektiv auf den Markterfolg angewiesen sind, desto überflüssiger wird es, sie mit den traditionellen Tugenden wie Gehorsam, Unterordnung, Fleiß, Disziplin oder Hygiene autoritär zu traktieren. Es genügt zu wissen, daß solche Tugenden instrumentelle Voraussetzungen des Markterfolges sind, auf den jeder angewiesen ist. Je ungeschützter also die Menschen der rauhen Luft des Arbeitsmarktes ausgesetzt sind, desto gründlicher ersetzt das Prinzip von Angebot und Nachfrage die persönliche und staatliche Autorität. Mit der »Deregulierung« des Arbeitsmarktes werden für den Einzelnen Zwangslagen geschaffen, in der – wie Max Weber es formulierte – »ganz gewöhnlichen Form der Unvermeidlichkeit, sich den ökonomischen Gesetzen des Marktkampfes anzupassen« (Weber 1964). Diese stummen Zwänge der Verhältnisse werden in der Regel von den Individuen »verinnerlicht«, und es bilden sich Habitus-Typen mit sozioökonomisch differenzierten, aber durchaus kohärenten Lebensstilen heraus (Bourdieu 1987). Im »Habitus« als der inneren Instanz, die uns Einstellungen und Verhaltensweisen »selbstverständlich« werden läßt, drücken sich sowohl die sozialen Verhältnisse, als auch die subjektive Persönlichkeit aus, es handelt sich um die »gesellschaftlich produzierte innere Natur des Subjekts« (Bourdieu).

Eine Reihe von Unvermeidlichkeiten gehen vom sozialökonomischen Status der Lohn- oder Gehaltsabhängigkeit aus. Die Menschen erleben sich in diesem Kontext zugleich als Verkäufer ihrer Arbeitskraft und als ein Anhängsel dieser zu verkaufenden Quasi-Ware. Sie wissen, daß von der Verkaufbarkeit dieser Ware die Freiheitsgrade ihres Lebensstils und ihre soziale Sicherheit abhängen. Daher müssen sie sich – allgemein gesagt – verwendbar für die Zwecke Anderer, der Käufer auf dem Arbeitsmarkt halten und somit im gewissen Sinne gleichgültig gegenüber sich selbst sein. Der Widerspruch der wirtschaftsliberalen »Selbstverantwortung« liegt auf der Hand: in ihrer Eigenschaft als Bürger und

Konsumenten sollen die Menschen »selbstverantwortlich« sein, als Lohnabhängige müssen sie möglichst alles (Bedürfnisse, Ängste) verdrängen, vergessen und verlernen, was ihrer Verwendbarkeit als Arbeitskraft entgegensteht. Das ist das Gegenteil von Selbstverantwortung. Dieser Widerspruch prägt auch das heutige Gesundheitsideal. Im heutigen Alltagsverständnis werden die Begriffe »gesund« und »fit-sein« als weitgehend identisch angesehen. *Fit* wird nämlich im Dictionary mit »*passend, geeignet, tauglich*« übersetzt.

Was ist nun das Neue dieser durch den Begriff der »Selbstverantwortung« transportierten modernen Gesundheitsmoral gegenüber den früheren Idealen? Waren früher die Tugenden der Untertanen geprägt durch harte körperliche Arbeit, die militärische Disziplin auch in der Arbeit und die Notwendigkeit der Sparsamkeit als Verzicht um der Akkumulation Willen, so bestimmen heute Automations- und Dienstleistungsarbeit, die Standards des Massenkonsums usw. die Anforderungen und Freiräume. Während der alte Konservatismus den Einzelnen als durchgenormtes »Rädchen im Getriebe« zum Leitbild hatte, liegt dem Begriff *Selbstverantwortung* ein kybernetisches Persönlichkeitsideal zugrunde, verstanden als »selbstoptimierendes informationsverarbeitendes System«. Entsprechend hoch ist der moralische Kurswert solcher modernen Tugenden wie »Flexibilität« und »Mobilität« (König 1988). Das von der Marktökonomie geprägte Ideal der Persönlichkeit ist »keineswegs die sich anpassende Person – es ist die Person, die der Anpassung nicht länger bedarf« (Hofmann 1968). Diese Formulierung kann als die treffende Definition dessen gelten, was heute als »Eigen-« oder »Selbstverantwortung« ideologische Karriere macht.

Ein weiteres Moment der Verhaltenslast besteht darin, daß Widersprüche und Unvereinbarkeiten der Gesellschaft in die Psyche der Individuen verlagert werden. Ein Beispiel ist das selbstverantwortliche Gesundheitsleitbild des »Healthismus«. Das zentrale Problem des modernen westlichen Kapitalismus ist nicht mehr die Akkumulation, zu deren Gunsten gespart werden muß, sondern der Absatz der produzierbaren Warenfülle. Zugleich und im Widerspruch dazu herrscht aber der Imperativ, die Löhne knapp zu halten und (nicht zuletzt aus Fitness-Gründen) Mäßigung zu üben. Die davon geprägten Lebensumstände haben zur *Ablösung des asketischen Ideals* geführt. Der daraus folgende Konsumverzicht würde heute jedoch eine beispiellose Wirtschaftskrise nach sich ziehen. Entstanden ist ein widersprüchlicher *Neu-Hedonismus*. Sein Motiv ist eher »die zu vermeidende Unlust (Krankheitsrisiko, H.K.) als die zu erstrebende Lust. Sein Bewertungskriterium für Lust ist das Ausweichen vor dem Konflikt mit der bestehenden Ordnung; ist die gesellschaftlich

zugelassene, erwünschte Gestalt der Lust.« (Marcuse 1938) Statt asketischem Verzicht auf Bedürfnisbefriedigung nun die gesellschaftliche Regulierung der Bedürfnisse; statt Konsumverzicht Konsumbedürfnis-Steuerung. So heißt es in den AOK-Thesen zur »Prävention«: »Der erhobene Zeigefinger hat keine Chance. Erforderlich sind Angebote, die alle Menschen Vergnügen an ihrer Gesundheit empfinden lassen.« Die heutige Moralisierung der Gesundheit darf nicht in Konflikt geraten mit dem Lebensstil des Konsumismus, der für den Wirtschaftskreislauf ebenso unverzichtbar ist wie für die Integration der Gegenwartsgesellschaft.

Das sogenannte »Risikoverhalten« des modernen Marktmenschen und sein selbstverantwortliches »Gesundheitsbewußtsein« sind nur die beiden Seiten seines Habitus. Um des Erfolges Willen tendiert er dazu, seinen Körper zu instrumentalisieren. Körperkult, Hypochondrie, der Drang, »sportlich« auszusehen, »fit« zu sein, sind Elemente moderner Lebensstile vor allem in der Angestelltenkultur. Damit werden Zeichen für Distinktion und Zugehörigkeit ausgesendet, die durchaus unbewußt bleiben können. Gesundheit im Sinne von Fitness wird zur realen Metapher für beste Verfügbarkeit. In diesem Sinne drückt sich der Vizepräsident eines großen amerikanischen Konzerns zur Gesundheitsförderung aus:

»Ich betrachte die Gesundheitsförderung als eine Möglichkeit, den Typ von Angestellten zu erhalten und anzuziehen, den wir in diesem Unternehmen wollen. 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.« (zit. n. Kühn 1993: 407)

*Selbstverantwortung* als die zentrale und übergeordnete Gesundheits-Tugend fordert also nicht die Verantwortung des Menschen gegenüber sich selbst, weder als Individuum noch als Gattungswesen. Sie soll ihn vielmehr in die Pflicht nehmen, sein »Selbst« im Hinblick auf seine Nützlichkeit für den politisch-ökonomischen Status quo zu optimieren.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Hagen Kühn  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
Arbeitsgruppe Public Health  
Reichpietschufer 50  
10785 Berlin

*Anmerkungen*

- 1 Der Begriff »Eigenverantwortung« wird gleichbedeutend gebraucht.
- 2 Eine implizite Realdefinition von »Eigenverantwortung« lieferte die Regierungskoalition 1997, indem sie einem der »Reformgesetze«, in dem es überwiegend um die Erhöhung der Zuzahlungen durch die Patienten in Höhe von jährlich etwa sechs Milliarden Mark geht (2. GKV-NOG), den Namen »2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung« gab.
- 3 Ludwig Erhard brachte den (seinen) wirtschaftsliberalen Freiheitsbegriff treffend zum Ausdruck, als er sagte: »Die Begriffe ›frei‹ und ›sozial‹ decken sich ...; je freier die Wirtschaft ist, um so sozialer ist sie auch.« (Erhard 1954)
- 4 Darin eingeschlossen ist auch die Reproduktion der auf fundamentalen sozialen Ungleichheiten beruhenden sozialen Verhältnisse.
- 5 Zit. n. J. Ziegler, Die Zeit v. 28.5.98.
- 6 Die Zunahme korreliert stark mit den Polarisierungstendenzen in der Einkommensverteilung.
- 7 Signalisiert wurde dies u.a. durch die von H. Kohl Anfang der achtziger Jahre benutzte Formel von der »geistig-moralischen Wende«.
- 8 Im »Newspeak« (Orwell) vieler Politiker heißt es anstatt Selbstbeteiligung jetzt »Eigenverantwortung«, die nicht abgefordert, sondern »gewährt« wird.

*Literatur*

- Adorno, Th.W. (1969): Einleitung. In: Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Neuwied, Berlin: Luchterhand
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass
- Bauer Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens 1992. Hg. v. R. Bauer. München, Wien: Oldenbourg
- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer in der Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag
- Ebrahim, S.; Smith, G.D. (1997): Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. British Medical Journal 314: 1666-1674
- Erhard, L. (1954): Was mir am meisten am Herzen liegt. In: Wir fordern von Regierung und Bundestag die Vollendung der Sozialen Marktwirtschaft. ASMTp 1954: 106-122
- Evans, R.G. (1990): Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control. Journal of Health Politics, Policy and Law 15: 101-128
- Galbraith, J.K. (1994): A Journey through Economic Time. Boston: Houghton Mifflin (deutsch: Die Geschichte der Wirtschaft im 20. Jahrhundert: Ein Augenzeuge berichtet. Hamburg 1996: Hoffmann und Campe)
- Gilder, G. (1981): Wealth and Poverty. New York: Basic Books
- Hofmann, W. (1968): Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenschaftssoziologie. Frankfurt a.M. Suhrkamp

- König, H. (1988): Von der Masse zur Individualisierung – Die Modernisierung des Konservatismus in der Bundesrepublik. *Leviathan* 16: 252-275
- Krieger, N.; Williams, D.R.; Moss, N.E. (1997): Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines: *Annual Review of Public Health* 18: 341-378
- Kühn, H. (1987): Die rationalisierte Ethik. Zur Moralisierung von Krise und Krankheit. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 12 (Argument Sonderband AS 146). Berlin, Hamburg: Argument
- Kühn, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: edition sigma
- Kühn, H. (1998): Wettbewerb im Gesundheitswesen und soziale Chancengleichheit. *Sozialer Fortschritt* 47, 6, 131-136
- Luhmann, N. (1970): *Soziologische Aufklärung*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Marcuse, H. (1938): Zur Kritik des Hedonismus. *Zeitschrift für Sozialforschung* 7: 54-89
- Müller-Armack, A. (1960): Die zweite Phase der Sozialen Marktwirtschaft. In: *Studien zur Sozialen Marktwirtschaft*, Köln, 23-45; abgedr. in: W. Stützel et al. (1981): *Grundtexte zur Sozialen Marktwirtschaft*. Stuttgart: Gustav Fischer
- Navarro, V. (1990): Race of Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States. *The Lancet* 336: 1238-1240
- Pauly, M.V. (1974): Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Role of Moral Hazard and Adverse Selection. *Quarterly Journal of Economics* 88: 44-62
- Preller, L. (1970): *Praxis und Probleme der Sozialpolitik*. 2 Bde. Tübingen: Mohr
- Röpke, W. (1950): *Ist die deutsche Wirtschaftspolitik richtig?* Stuttgart, Köln: Kohlhammer; abgedr. in: W. Stützel et al. (1981): *Grundtexte zur Sozialen Marktwirtschaft*. Stuttgart: Gustav Fischer
- Rosenbrock, R. (1993): Gesundheitspolitik. In: K. Hurrelmann; U. Laaser (Hg.): *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz, 317-346
- Roß, J. (1998): *Die neuen Staatsfeinde. Was für eine Republik wollen Schröder, Henkel, Westerwelle und Co.?* Berlin: Alexander Fest
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- Tesh, S. (1988): *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Townsend, P. (1990): Individual or Social Responsibility for Premature Death? Current Controversies in the British Debate about Health. *International Journal of Health Services* 20: 373-392
- Townsend, P.; Davidson, N. (Eds.) (1982): *Inequalities in Health. The Black Report*. Harmondsworth: Penguin Books
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Köln und Berlin