

Bettina Schmidt

Eigenverantwortung haben immer die Anderen

Der Verantwortungsdiskurs
im Gesundheitswesen

Schmidt
**Eigenverantwortung haben
immer die Anderen**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:

Felix Gutzwiller, Zürich

Manfred Haubrock, Osnabrück

Klaus Hurrelmann, Bielefeld

Petra Kolip, Bremen

Horst Noack, Graz

Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER



Bücher aus verwandten Sachgebieten

Franke

Modelle von Gesundheit und Krankheit

2006. ISBN 978-3-456-84353-7

Begenau/Schubert/Vogd

Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis

2005. ISBN 978-3-456-84223-3

Mielck

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

2005. ISBN 978-3-456-84235-6

Hollederer/Brand (Hrsg.)

Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit

2006. ISBN 978-3-456-84332-2

Simon

Das Gesundheitssystem in Deutschland

2. A. Aufl. 2007. ISBN 978-3-456-84483-1

Rosenbrock/Gerlinger

Gesundheitspolitik

2. A. 2006. ISBN 978-3-456-84225-7

Hurrelmann/Klotz/Haisch (Hrsg.)

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

2. A. 2007. ISBN 978-3-456-84486-2

Langness

Prävention bei sozial benachteiligten Kindern

2007. ISBN 978-3-456-84450-3

Schaeffer/Schmidt-Kaehler (Hrsg.)

Lehrbuch Patientenberatung

2006. ISBN 978-3-456-84368-1

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter:
www.verlag-hanshuber.com

Bettina Schmidt

Eigenverantwortung haben immer die Anderen

Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen

Verlag Hans Huber

Anschrift der Autorin:
Prof. Dr. Bettina Schmidt
Evangelische Fachhochschule Bochum
Immanuel-Kant-Str. 18–20
44803 Bochum

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Umschlaggestaltung: Atelier Mühlberg, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über [http:// dnb.d-nb.de](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2008
© 2008 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
ISBN 978-3-456-84552-4

Inhaltsverzeichnis

1.	Der unausgewogene Diskurs zur Eigenverantwortung	9
2.	Begriff und Konzept von Verantwortung	15
2.1	Die historische Prägung von Verantwortung	16
2.1.1	Christliche Verantwortung vor Gott	16
2.1.2	Säkulare Verantwortung vor Gericht	17
2.1.3	Moralische Verantwortung vor sich selbst und der Gemeinschaft	18
2.2	Verantwortung als Verpflichtung auf die Zukunft	20
2.2.1	Prospektiv gedehnte Verpflichtung	21
2.2.2	Positiv gedehnte Verpflichtung	22
2.2.3	Grenzenlose Verantwortung – beschränkt auf den Einzelnen	24
2.3	Die Zurechnungsprozedur von Verantwortung	27
2.3.1	Einfache Formen der Verantwortungszuweisungen	27
2.3.2	Zurechnungsprozeduren in der komplexen Moderne	28
2.4	Das Subjekt der Verantwortung	29
2.4.1	Voraussetzungen der Verantwortungszurechnung	30
2.4.2	Der Homo oeconomicus als Verantwortungssubjekt	32
2.4.3	Annahme und Abwehr von Subjektverantwortung	34
2.5	Das Objekt der Verantwortung	34
2.5.1	Verantwortung für Handlungen	35
2.5.2	Verantwortung für Handlungsfolgen	35
2.6	Wer wem? Konstruktion der Verantwortungssubjekte und -objekte	37
2.6.1	Verantwortungszurechnungen im formalisierten Rechtssystem	37
2.6.2	Die Macht der Verantwortungszuweiser	38
3.	Verantwortung privatisiert – Eigenverantwortung	41
3.1	Die politisch-praktische Anwendung von Eigenverantwortung	41
3.1.1	Eigenverantwortung für einen schlanken Staat	41
3.1.2	Eigenverantwortung nur für (potenzielle) PatientInnen	43
3.1.3	Eigenverantwortung als subsidiäre Solidarität	44
3.1.4	Eigenverantwortung als verpflichtendes Recht	46

3.1.5	Eigenverantwortung als privatisierte Politik	47
3.2	Die begrifflich-inhaltliche Verwendung von Eigenverantwortung	49
3.2.1	Verantwortung für und vor sich selbst und einander	50
3.2.2	Eigenverantwortung als Gesundheitsrecht und -pflicht	51
3.2.3	Eigenverantwortung als Gesundheitsverhalten und Kostenbewusstsein	53
3.3	Eigenverantwortung: Eine definitorische Annäherung	58
4.	Die Geschichte der Verantwortung im Gesundheitswesen	61
4.1	Die öffentliche Sozialverantwortung	61
4.2	Die sozialstaatliche Risikoverantwortung	62
4.3	Die arische Volkskörperverantwortung	64
4.4	Die biomedizinische Akteursverantwortung	64
4.5	Die Eigenverantwortung als Megatrend	68
5.	Eigenverantwortung im Gesundheitswesen	73
5.1	Eigenverantwortung als Gesundheitsreforminstrument	73
5.2	Die nachgereichte Rationalisierung	75
5.2.1	Unvermeidbare Kostendämpfung erzwingt Eigenverantwortung	76
5.2.2	Überflüssige Leistungserbringung erlaubt Eigenverantwortung	86
5.3	Chancen und Risiken der Eigenverantwortung im Gesundheitssektor	99
5.3.1	Der emanzipatorische Anspruch – Selbstverantwortung wollen	100
5.3.2	Die unterkomplexe Wirklichkeit – Eigenverantwortung sollen	109
6.	Eigenverantwortung für Gesundheit	131
6.1	Konstruktion von Gesundheit	131
6.1.1	Gesundheit als unbestimmte positive Grunderfahrung	135
6.1.2	Gesundheit als makellose Normalität und Glücksverheißung	136
6.1.3	Gesundheit als beschäftigungsfähige Funktionstätigkeit	138
6.2	Produktion von Gesundheit	142
6.2.1	Vom Sollen: Gesund und mündig!	142
6.2.2	Zum Wollen: Gesund oder gesündigt?	146

6.3	... und Können?	150
6.3.1	Eigenverantwortung können	150
6.3.2	Gesundheitsverhalten können	153
7.	Krank und schuldig?	157
7.1	Krank sind immer die Schwächsten	159
7.1.1	Ungleichheit bei der realisierbaren Gesundheitsproduktion	160
7.1.2	Ungleichheit bei den erreichbaren Gesundheitsergebnissen	165
7.2	An der Grenze der eigenverantwortlichen Gesundheit	172
7.3	Hinter der Eigenverantwortung die Exklusion	177
7.3.1	Integrierende Disziplinierung mittels Sanktion und Selektion	177
7.3.2	Exkludierende Disziplinierung mittels Verwaltung und Verwahrung	178
8.	Gesund statt rund! Schlanke Bürger im schlanken Staat	185
8.1	Ernährung als totales Phänomen	185
8.2	Ernährungsverhalten als soziales Phänomen	187
8.3	Ernährungsverhalten als gesundheitliches Phänomen	192
8.4	Ernährung als gesundheitspolitisches Phänomen	195
8.4.1	Die gesundheitspolitische Ernährungsprogrammatis	195
8.4.2	Die Grenzen von Ernährungsprogrammen	196
9.	Lösungs(ver)suche	199
9.1	Lösung 1. Ordnung: Gesunde neue Welt	199
9.2	Lösung 2.Ordnung: Eigenmächtigkeit in gestufter Verantwortung	201
9.2.1	Zentrale Prinzipien eines anständigen Verantwortungssystems	201
9.2.2	Zentrale Prämissen eines realistischen Verantwortungssystems	207
Literatur		219

1. Der unausgewogene Diskurs zur Eigenverantwortung

Google.de listet gegenwärtig rund 3,2 Millionen Hinweise (April 2007) zum Schlagwort Eigenverantwortung. Die dazugehörigen Themen sind u.a. Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Schule und Hochschule, Demokratie und Zivilgesellschaft, Marktwirtschaft und Sozialreformen, Umweltschutz und Nachhaltigkeit sowie Gesundheit und Krankheit. Dabei wird die Eigenverantwortung in der Regel verknüpft mit positiv konnotierten Vokabeln, z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Bürokratieabbau, Enthierarchisierung, Gemeinwohl und Nachhaltigkeit. Unter den ersten 100 google-Seiten bekennt sich eine vermischte Gruppe von Akteuren zur Eigenverantwortung, in alphabetischer Reihenfolge u.a.: Arbeitskreis Evangelischer und Katholischer Unternehmer, Bund Deutscher Ingenieure, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Deutsche Bischöfe, Deutscher Bankenverband, Evangelische Kirche Deutschlands, Industrie- und Handelskammer, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Katholischer Verband der Werktätigen, Roche Pharma AG sowie die Vereinigung der Unternehmensverbände. Nicht bloß Verbände der deutschen Wirtschaft oder Kirchen und Wohlfahrtsverbände, auch die politischen Parteien propagieren Eigenverantwortung für alle Lebenslagen (Meier, 2004). „Der ‚Ruf nach Verantwortung‘ [Franz-Xaver Kaufmann] gehört inzwischen zur ständigen Geräuschkulisse moderner komplexer Gesellschaften. Es ist erstaunlich, wer sich alles in den Chor der Stimmen einfügt, die ... [darin] die Lösung nahezu aller soziokulturellen Konflikte erkennen wollen. Liberale Politiker ebenso wie ihre konservativen Kollegen, Firmen wie Kirchen, Kritiker des Kapitalismus ebenso wie ihre Verteidiger. Noch heterogener ist das Feld der Probleme, die mit der Verantwortung erfolgreich kuriert werden sollen: Während vorzugsweise Wirtschaftsliberale den Ruf nach Verantwortung gerne bemühen, um Sozialleistungen und andere Investitionen in die Gemeinschaft zu reduzieren, sehen die Konservativen darin gerade umgekehrt eine Möglichkeit, um den egoistischen Einzelnen an seine Loyalitätspflichten gegenüber dem Kollektiv zu erinnern“ (Bienfait, 2006, S. 165).

Zum Thema Eigenverantwortung und Gesundheit listet google.de über 600.000 Hinweise. Die Schöpfung mündiger KundInnen, KlientInnen und PatientInnen steht nicht nur vornan in der Internetdatenbank, sondern auch auf einem vorderen Platz in den Zielkatalogen gegenwärtiger Sozial- und Gesundheitspolitik. Eigenverantwortung wird hier meist in einen Zusammenhang gestellt mit der Neuverteilung von Gesundheitsverantwortung, von Krankheitslasten und von Krankheitskosten. Umverteilt werden Verantwortungslasten vor allem von den staatlichen und privatwirtschaftlichen Akteuren in die Zuständigkeit von Einzelpersonen. Eigenverantwortung ist zur tragenden Säule des modernen, investiven und aktivierenden Staats geworden, der

das Individuum und seine Leistungsfähigkeit, Leistungswilligkeit und Leistungsmöglichkeit in den Mittelpunkt sozialpolitischer Planungen und Umsetzungen stellt.

Diesen Entwicklungen folgt das aktivierende Gesundheitswesen auf dem Fuße. In einem investiven Gesundheitswesen werden Patientenrechte nun erstmalig an Patientenpflichten gekoppelt, die unter dem Metabegriff der Eigenverantwortung subsumiert werden. Das Recht auf bedarfsgerechte Versorgung ist nicht mehr voraussetzungslos, sondern wird gekoppelt an die Pflicht zur privaten Gesundheitsvorsorge und Eigenbeteiligung. Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Eigenverantwortungsforderung ist zentrale Strategie, um (potenzielle) PatientInnen dazu anzuregen, selbstverantwortlich für ihre Gesundheit bzw. sich in mündiger Weise um ihre Krankheit zu sorgen. Ziel der Universalkampagne zur Eigenverantwortung ist neben der Optimierung des Gesundheitswesens (z.B. Kostenreduktion bei gleich bleibendem Leistungsniveau) und der Optimierung der PatientInnen (z.B. die Re-Befähigung von unmündigen KlientInnen) vor allem die Optimierung des Standorts Deutschland (z.B. durch die Senkung der Lohnkosten für Unternehmen). Die – erhofften – Chancen der Eigenverantwortung stehen dabei im Vordergrund, potenzielle Risiken und Grenzen hingegen werden kaum erörtert.

Die bisherigen Ausführungen zur Eigenverantwortung sind in der Mehrzahl nicht als differenzierte Stellungnahmen angelegt, sondern lesen sich wie parteiliche Empfehlungsschreiben zum Ausbau der Eigenverantwortung. Für einen redlichen Diskurs erscheint es darum schon allein aus Gründen einer quantitativen Ausbalancierung notwendig, den zahlreichen Beiträgen über die Chancen eine umfassende Analyse der Risiken zur Seite zu stellen. Es soll nicht geklagt werden über die inflationäre Verwendung des Verantwortungskonzepts, „zumal die Klagen darüber selbst inflationär geworden sind“ (Heidbrink, 2003, S. 20), sondern soll es vielmehr darum gehen, sich den Möglichkeiten und Grenzen von Eigenverantwortung für Gesundheit und Krankheit anzunähern. „Zwischen der Scylla der Verantwortungseuphorie und der Charybdis des Verantwortungsdefätismus den mittleren Kurs zu halten“ (Kersting, 2003, S. 11) ist die Herausforderung, um die Möglichkeiten und Grenzen der Eigenverantwortung für Gesundheit und in Krankheit auszuloten. Bisher ist die qualifizierte Meinungsbildung über die Möglichkeiten und Grenzen der Eigenverantwortung für Gesundheit und Krankheit auf der Grundlage der aktuell vorliegenden Erörterungen nicht möglich, folgende Mängel behindern derzeit eine fundierte Urteilsfindung:

Definitorische Unschärfe: Es existieren keine allgemein gültige Definition und kein Konsens über den Begriff Eigenverantwortung. Besonders schlicht ist die Definition: „Vernünftig = freiheitlich = markt- und wettbewerbsorientiert = eigenverantwortlich = sachlich = transparent = weltoffen“ (Ederer, 2002, S. 465). Doch auch durchdachte Definitionsversuche sind begrenzt verallgemeinerbar. Durch die Begriffsvielfalt (z.B. Eigenverantwortung als Gewissensverantwortung, Lebensführungsfreiheit, Verpflichtung zur Selbstsorge, Fähigkeit zur Autonomie, Entscheidungsfreiheit, Selbstverschulden, Selbstbeteiligung etc.) gleicht „die Eigenverantwortung ... einem Containerbegriff, in den man beliebig Inhalte pressen kann und der sich daher nicht als tragfähiger Rechtsbegriff eignet“ (Grühn, 2001, S. 15).

Eng- und Weitführung des Begriffs: Die fehlende Definition führt dazu, dass je nach Bedarf immer das zum aktuellen Sinnzusammenhang Passende unter Eigenverantwortung verstanden wird. Zum Teil wird Eigenverantwortung sehr weit gefasst

und sinnverwandt gebraucht mit Begriffen wie Autonomie oder Freiheit. Zum Teil finden sich auch sehr eng gefasste Konzeptionen, etwa Eigenverantwortung als Einsichtsfähigkeit, Eigenbeteiligung, Eigenleistung (Krüger, 2006): „Die Einsicht, dass man im Gesundheitswesen mehr Selbstverantwortung braucht, mehr Markt, ist gewachsen. Und eine der drei wichtigsten Entscheidungen für mehr Markt im Gesundheitswesen ist die Entscheidung für eine breite und intelligent ausgestaltete Selbstbeteiligung“ (Donges et al, 2002, S. 84). Selbstverantwortung wird hier gleichgesetzt mit Markt und mit Selbstbeteiligung. Laut Literaturanalyse der Bertelsmannstiftung wird Eigenverantwortung im Gesundheitswesen in der Regel verwendet im Sinne von Entscheidungsautonomie unter Vorbehalt der finanziellen Verantwortungsübernahme für die Folgen der Entscheidung (Sehlen, 2004). Damit wird die Eigenverantwortung im Gesundheitswesen vor allem auf den monetären Aspekt der Verantwortungszuweisung beschränkt. Eigenverantwortung ist damit zum Schlüsselbegriff geworden, um Zuzahlungen und Eigenleistungen in der Gesundheitspolitik salonfähig zu machen. Die Wirklichkeit der Eigenverantwortung ist offenbar sehr viel enger als ihr Anspruch, demzufolge Eigenverantwortung auch Mitsprache und informierten Konsens, Selbstbestimmung und Freiwilligkeit, Kompetenzwachstum, Ermöglichung und Ermächtigung einschließen soll.

Konstruktion als Grundbedürfnis: Eigenverantwortung wird häufig ganz selbstverständlich als elementares Grundbedürfnis konstruiert, nach dem die Menschen per Naturgesetz streben. Das natürliche Bedürfnis nach Eigenverantwortung ist angeblich sozialstaatlich paternalistisch verschüttet und bedarf nur einer Revitalisierung: Der „mentale Drang nach mehr Eigenverantwortung entspricht dem Naturgesetz des Willens zur Selbstorganisation und flexiblen Anpassung als natürliche Eigenschaften sich selbst organisierender Systeme“ (Meier, 2004, S. 109). Diese Sichtweise lässt unberücksichtigt, dass nicht nur Bedürfnisse nach individueller Freiheit und Autonomie fundamental zum Menschsein dazu gehören. Den freiheitlichen Bedürfnissen stets vorgeschaltet sind der Bedarf nach existenzieller und struktureller Sicherheit sowie das Verlangen nach sozialer Gerechtigkeit (Hengsbach, 2005; Daves et al., 2007).

Isolierende Betrachtungsfokussierung: Eigenverantwortung wird in der Regel beschrieben als individuelles und veränderbares Persönlichkeitsmerkmal, das in Menschen stark oder schwach verankert ist und gefördert werden kann, wenn es schwach ausgeprägt ist: „Prioritäten in einem auf Verantwortung ... beruhenden öffentlichen System der Gesundheitsvorsorge sind die allgemeine Erziehung zur Gesundheitsmündigkeit und der individuelle Zugang zu Informationen“ (Sass, 2006, S. 156). Abgesehen davon, dass Wissen allein weder gesund noch eigenverantwortlich macht, übersieht eine solche Vorstellung, dass Eigenverantwortung kein isoliertes Persönlichkeitsmerkmal darstellt, sondern als Teil der Gesamtpersönlichkeit assoziiert ist mit Selbstwirksamkeitserwartungen, Kausalattributionsmustern, Gewissenhaftigkeit etc. Entsprechend schwierig ist die isolierte Förderung und Forderung der Eigenverantwortung, und darum „könnte es sein, dass eine gezielte Einflussnahme auf die Erhöhung der Eigenverantwortung ... kaum möglich ist“ (Bierhoff et al., 2005, S. 16).

Fragwürdig konstruierte Verknüpfungen: Eigenverantwortung wird häufig unhindeferfragt in einen Sinnzusammenhang mit anderen Vorstellungen gebracht, z.B. Gerechtigkeit, Gleichheit oder Solidarität: „Besonders in einer Zeit schnellen Wandels ... hat eine deutliche Besinnung auf die Grundwerte von Freiheit und Eigenverant-

wortung ... stattzufinden. Das heißt, aus dem auch im Westen bekannten Regime staatlicher Enteignung von Freiheit und Eigenverantwortung (unter der Legitimation von sozialer Gerechtigkeit, Solidarität und Gleichheit) ... auszubrechen und die staatliche ‚Herrschaft des Menschen über den Menschen‘ wieder zugunsten von Freiheit und Selbstverantwortung ein Stück zurückzuführen“ (Meier, 2004, S. 4). Hier bleibt unberücksichtigt, dass Verantwortung nicht als arteigener Handlungsmotor zu verstehen ist, der in jedem Menschen voraussetzungslos in Gang gesetzt werden kann. Verantwortung ist ein voraussetzungsvolles Handlungsprinzip, denn Verantwortung kann erst dann übernommen werden, wenn grundlegende Bedingungen, v.a. Kausalität, Wissentlichkeit und Willentlichkeit, erfüllt sind (Heidbrink, 2003).

Verheimlichte Voraussetzungsgebundenheit: Dass Eigenverantwortung an gewisse Voraussetzungen gebunden ist, wird allerdings öffentlich kaum noch hinterfragt. Es ist akzeptiert, dass Eigenverantwortung struktureller Vorbedingungen bedarf. Allerdings werden diese Vorbedingungen in der Regel nur auf den Einzelnen zurückgeführt: „Eigenverantwortung ist jene Verantwortung, die jeder Mensch ... für sein bzw. ihr unmittelbares Tun und Unterlassen übernimmt bzw. übernehmen soll. Sie verlangt ein entsprechendes Können, und dieses baut wiederum auf einem Wissen auf. Eigenverantwortung hat somit substanzielle Voraussetzungen ... dann muss ein Schwerpunkt gesundheitspolitischer Strategie zur Stärkung der Eigenverantwortung die Ermächtigung ... und Bewusstseinsbildung jedes Menschen sein“ (Wallner, 2004, S. 148f). Immer wieder wird vernachlässigt, dass Wissen und Bewusstsein allein nicht zum Können befähigen. Einflussreiche strukturelle Rahmenbedingungen – ökonomischer, sozialer und kultureller Art – bedingen die individuellen Kapazitäten für Wissen und Können und damit für Eigenverantwortung (Geißler, 2004a). Kurz gesagt: „Bedingung von Verantwortung ist kausale Macht“ (Jonas, 1987, S. 172).

Visionierte Wahlfreiheit: Der Begriff der Eigenverantwortung transportiert im Gesundheitsbereich die Vorstellung, dass der Mensch frei ist, seine Gesundheit selbst zu gestalten und er sein gesundheitsrelevantes Verhalten entsprechend eigenverantwortlich wählen darf. Jedoch: „Wir müssten endlich auf etliche lieb gewonnene Lebensgewohnheiten verzichten: statt vor dem Fernseher oder im Stadion Fußballspielen zuzuschauen selbst ungefährlichen Sport treiben, die Ernährung umstellen, Rauchen und Trinken aufgeben, entsprechend unseren persönlichen Veranlagungen den richtigen Lebenswandel führen und Stress vermeiden – also körperbetont und vernünftig leben“ (Ederer, 2002, S. 204). Offensichtlich ist mit eigenverantwortlichem Handeln hier nicht gemeint, dass der Mensch frei wählen darf zwischen entspannendem Drogenkonsum und lässiger Bewegungskarenz, sondern sich frei entscheiden soll, sowohl für 30 Minuten Bewegung als auch für fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag.

Konstaterter Mangel: Die Eigenverantwortung in der Bevölkerung gilt gegenwärtig unhinterfragt als angeschlagen. Entsprechend bedürfen scheinbar die meisten Menschen einer beharrlichen Motivationshilfe, um die eigene Verantwortung wieder wahr- und ernstzunehmen: „Jene Menschen, die sich selbst helfen können ... haben keinen ‚Freibrief‘ zum Nichtstun, sondern die Pflicht zum Ausschöpfen der eigenen Möglichkeiten, bevor die Solidargemeinschaft zu Hilfe kommt ... Probleme treten ... aber dann auf, wenn Solidarität in einem hohen Maß von Anspruchsdenken bestimmt wird ... wenn zum Beispiel jemand bei jeder Erkältung den Arzt konsultiert – dann

kann nicht mehr von einer Solidargemeinschaft gesprochen werden“ (Wallner, 2004, S. 159). Diese Sichtweise unterschlägt, dass es den allermeisten Menschen weder an Willen noch an Wissen fehlt, um selbstverantwortlich einen guten Gesundheitszustand zu erreichen, sondern vielmehr am Können. Zahlreiche Bevölkerungsumfragen bestätigen die Ergebnisse der DBV-Winterthur, dass „acht von zehn Deutschen ... Verantwortungsbewusstsein für eine wichtige Tugend“ (DBV-Winterthur, 2006, S. 1) halten und auch entsprechend handeln (wenn die Möglichkeit besteht).

Erhellter Nutzen – verdunkelter Schaden: Eigenverantwortung wird unhinterfragt ein hohes Nutzenpotenzial zugewiesen, ohne dass in gleicher Weise auf die Risiken hingewiesen wird. Die Menschen werden gesund und mündig, die Zivilgesellschaft wird gestärkt, die Sozialausgaben werden sinken, bürokratische Hürden und Regularien ebenfalls, die Beschäftigtenzahlen werden steigen, die Wirtschaft wird wachsen, der soziale Fortschritt wird gefestigt (Meier, 2004). Parallel zu den unbewiesenen Nutzenprognosen wird der Eigenverantwortung unhinterfragt ein geringes Schadenspotenzial zugerechnet, bzw. über die potenziell unerwünschten Wirkungen von Eigenverantwortung, z.B. überfordertes Ohnmächtigkeitserleben, wird der Mantel ignorierenden Schweigens gelegt. Diese verengte Perspektive lässt unberücksichtigt, dass die Minderung öffentlicher Zuständigkeiten zulasten vermehrter Eigenverantwortung einen Preis hat, nicht nur für ggf. entkräftete Individuen. Statt der Gesundheit im klassischen muss die Eigenverantwortung im aktivierenden Gesundheitswesen öffentlich gefördert werden. Die dafür erforderlichen Steuerungs-, Kontroll- und Disziplinierungsinstrumente kosten diesen Preis (Dingeldey, 2006).

Beteuerte Alternativlosigkeit: Eigenverantwortung gilt als alternativlos im Gesundheits- und Sozialwesen. „There Is No Alternative (TINA)“ – diese nötige Killerphrase, die Margaret Thatcher zugerechnet wird, begleitet auch im Gesundheitswesen die Eigenverantwortungs-Ära: „Eisernes Sparen der öffentlichen Hand ist erforderlich; es gibt keinerlei Spielräume für staatliche Zuschüsse zum Gesundheitswesen“ (Lange, 2006, S. 12). Eine Neuverteilung der Zuständigkeiten zulasten des Einzelnen gilt als unvermeidbar. „Hier sind in der Zukunft gesundheitspolitisch diejenigen Wege konsequenter zu gehen, die für den Einzelnen einen höheren Selbstbehalt für Gesundheitsausgaben vorsehen“ (Bahro et al., 2001, S. 54). Diese Sichtweise ignoriert die Tatsache, dass die überall angeprangerte Kostenexplosion im Gesundheitswesen in das Reich der gut erzählten Märchen gehört (Braun et al., 1998). In der Tat gibt es eine Kostenkrise im Gesundheitswesen, doch ist diese nicht durch überbordende Ausgaben zu erklären, sondern u.a. durch geschwächte Einnahmen, durch politische Prioritätensetzungen sowie durch Fehlsteuerungen der Unter-, Über- und Fehlversorgung. Diese finanziellen Schwierigkeiten sind jedoch nicht durch die Privatisierung von (finanziellen) Verantwortlichkeiten zu lösen, sondern wirkungsmächtiger z.B. durch eine Ausweitung der Einnahmenseite sowie eine Schwächung der angebotsorientierten Ausgabenpolitik (SVR-Gesundheit, 2001).

Überzeichnung der Kritik: Mittlerweile ist das Konzept der Eigenverantwortung in die Kritik geraten. Diese kritischen Erörterungen werden in überzeichneter Weise wiedergegeben und dann wiederum einer Gegenkritik unterzogen: „Der Egalisierungsetatismus verlangt offenkundig nichts weniger als die individuenadressierte Kompensation eines missgünstigen Natur- und Sozialschicksals. Jeder Unglücksfall, jede Benachteiligung, jedes Pech ruft nach staatlichem Ausgleich ... Die politische Realisierung seiner Gerechtigkeitsvorstellungen führt zu einem expansiven Etatis-

mus leviathanischen Ausmaßes, zur administrativen Enteignung des Bürgers“ (Kersting, 2001, S. 28). Diese Kritik an der Kritik verkennt, dass Ausgleichs-Bestrebte nicht darauf abzielen, individuelle Unglücksfälle auszumerzen, sondern strukturelle Ungerechtigkeit abzumildern. Entsprechend gering ist die von Kersting (2001) prognostizierte Gefahr, dass die Biogenetik zum Spielfeld der Gerechtigkeits-Vertreter wird und „der Egalitarist ... ein ernstzunehmender Anwarter auf den Posten eines Gärtners im Menschenpark“ (S. 32).

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die gesundheitspolitische Debatte zum Thema Verantwortung angesiedelt ist zwischen den Polen Grenzen der Belastbarkeit des Gesundheitswesens bzw. Grenzen der Solidarität und Subsidiarität einerseits und Chancen von Verantwortung des Einzelnen und der Zivilgesellschaft andererseits. Fokussiert wird bei der Diskussion um die Um- oder Neuverteilung von Zuständigkeiten für Gesundheit und Krankheit zwischen Staat, Markt, Individuum und Zivilgesellschaft vor allem die Bedeutung des Einzelnen bzw. der Zivilgesellschaft. In der öffentlichen Debatte gerät fast vollständig aus dem Blick, dass Eigenverantwortung keine apriorische Universalteugend ist, die in jedem Menschen naturbedingt verankert ist und als wahrhafte Lösung zahlreiche Übel vom Gesundheitswesen abwenden kann. „Der Verantwortungsbegriff ist und bleibt ein sekundäres Handlungsprinzip, dessen erfolgreiche Umsetzung von empirischen Voraussetzungen und institutionellen Rahmenbedingungen abhängt, die nicht seiner eigenen Einflussnahme unterliegen ... [Dieses] Vermögen des Menschen bleibt so lange leer und abstrakt, überschießend und utopisch ... wie es nicht an die Kontexte seiner Verwirklichung zurückgebunden wird“ (Heidbrink, 2003, S. 312).

Ob die derzeitige Aktivierungsbemühung zu mehr Eigenverantwortung eine angemessene Lösung – wobei noch zu klären wäre, für welche Probleme eigentlich? – darstellen kann, lässt sich nur dann beurteilen, wenn hinreichend entschlüsselt ist, unter welchen Voraussetzungen wer für was von wem welche Verantwortung zugeordnet bekommen kann. Das Verantwortung-übernehmen-Sollen setzt Verantwortung-übernehmen-Können und Verantwortung-übernehmen-Wollen und Verantwortung-übernommen-Haben voraus. Nur dann ist sichergestellt, dass die Zuweisung von Verantwortung vernünftig ist – nützlich einerseits und gerecht andererseits. „Verantwortung ist ein knappes Gut, das nicht leichtfertig verteilt werden sollte. Wir brauchen eine Diätik der Verantwortung, um ihren Wert und Gehalt besser einschätzen zu können: Verantwortliches Handeln muss auf die Bereiche limitiert werden, in denen es seine Wirksamkeit ohne riskante Anleihen oder Hypotheken entfalten kann“ (Heidbrink, 2003, S. 23). Zurückhaltung bei der Zuweisung von Verantwortung ist demnach gefordert, dies widerspricht allerdings der gegenwärtigen Entwicklung im Gesundheitswesen, die ungebremst auf die Steigerung der Eigenverantwortung setzt, unreflektiert, unterkomplex, unrealistisch.