

Nachdenken über: Persönliche Verantwortung für Gesundheit

Quelle: Meredith Minkler: „Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at the Century's End“, Health Education & Behavior, Vol. 26(1): 121-140 (Feb. 1999).

I. Überblick

Aus dem ABSTRACT:

„This article examines the continuing controversies regarding personal versus social responsibility for health as they are being played out at the turn of the century. [...] ...attention is focused on the arguments for and against holding the individual to be primarily accountable for his or her health behavior. The paper then makes the case for more balanced, ecological approaches that stress individual responsibility for health within the context of broader social responsibility.“ (S. 121)

II. Argumente FÜR PERSÖNLICHE VERANTWORTUNG

1. ARGUMENT: Große Auswirkung persönlicher Verhaltensweisen auf die Gesundheit

„The past three and a half decades have seen the amassing of an impressive body of evidence supporting the importance of individual responsibility for health“ (S. 124)

Z.B., Breslow et al. wiesen nach, dass Männer, die 7 persönlichen Gesundheitsgewohnheiten (Frühstück essen, wenig Alkohol trinken, nicht rauchen usf.) folgten, geringere Erkrankungs- und Sterberaten haben als Männer, die nur 6 Gesundheitsgewohnheiten folgten. Diese wiederum hatten bessere Raten als Männer, die nur 5 Gesundheitsgewohnheiten folgten, usf.

2. ARGUMENT: Der aktuelle Zustand bezüglich persönlicher Verhaltensweisen ist schlecht bzw. verschlechtert sich zum Teil sogar.

„The case for a strong emphasis on personal responsibility for health frequently also is built on the fact that there is much room for improvements in the health habits of Americans.“ (S 124-5)

Z.B. Mitte der 1990er Jahre waren 35% der Amerikaner und 21% der amerik. Teenager übergewichtig. Mehr als 60% der Erwachsenen sind nicht körperlich aktiv und 25% führen ein sitzendes Leben. Weiters: Die Prävalenz mancher ungesunder Gewohnheiten ist in den letzten Jahren gestiegen: Unter Acht-, Zehn- und Zwölftklasslern ist die Rate derer, die täglich rauchen, zwischen 1991 und 1996 um fast 50% gestiegen.

3. ARGUMENT: Individuelle Verhaltensänderung funktioniert (+ es gibt immer bessere Verhaltensänderungstechniken).

„Coupled with these and other indicators of the need for change is some impressive evidence that individual behavior change can work to achieve improved health outcomes.“ (S. 124)

Z.B. Millionen von Rauchern hören jedes Jahr erfolgreich auf zu rauchen. Für die Personen, die dabei Hilfe brauchen, gibt es immer bessere *behavior change techniques*. Das Stanford Risk Intervention Program (SCRIP) konnte mit solchen Techniken einen um 40% niedrigeren Cholesterinkonsum sowie bei körperlicher Bewegung eine Steigerung von 20% erreichen.

4. ARGUMENT: Gesundheitsverhalten fußt aus ethischen Gründen auf persönlicher Verantwortung.

„Yet another important part of this case is firmly grounded on ethics, since this perspective acknowledges human agency or individual will and choice in deciding on a course of action.“ (S. 125)

Verteidiger dieser Ansicht weisen auf die dramatische Verringerung des Zigarettenkonsums von den 1960er bis Ende der 1980er Jahre hin.

KULTURELLE KOMPONENTE des human agency-Arguments: „As Neubauer and Pratt have noted, notions of „the freedom to think and to act, to exert control over situations, to gain respect from others – all on one’s own terms,“ are particularly important to Americans and make the human agency component of the dominant approach to health promotion a compelling one.“ (S. 126)

III. Zwischenresümee über persönliche Verantwortung:

„A major assumption of the human agency argument [...] involves the notion that individuals can make choices in relative isolation from the broader social environment of which they are a part. In Larry Churchill’s words, such thinking is embedded in „a moral heritage in which answers to the questions ‚what is good?‘ and ‚what is right?‘ are lodged definitively in a powerful image of the individual as the only meaningful level of moral analysis. „Yet, as Bellah et al., Sandel, and others make clear, the moral actions of individuals (and, I would argue, their health-related actions) can only be understood in a broader social context.“ (S. 126)

IV. Argumente GEGEN die Überbetonung PERSÖNLICHER VERANTWORTUNG

1. ARGUMENT: Überbetonung von persönlicher Verantwortung führt zur Beschuldigung des Opfers bei Nichtbeachtung des sozialen Kontexts.

„Foremost among these criticisms is the argument that an overriding emphasis on personal responsibility blames the victim, by ignoring the social context in which individual decision making and health-related action takes place.“ (S. 126)

Z.B. ARMUT „...poverty itself is now widely accepted as among the most significant risk factors for illness and premature death“ (S. 126); RASSISMUS – hängt mit niedrigerem sozioökonomischem Status zusammen, bedingt Unterschiede in der Qualität der Ausbildung, der Höhe des Einkommens und den Kosten für Güter und Services (inklusive Wohnkosten); KULTURELLES UMFELD – ein durchschnittliches amerikanisches Kind sieht 10.000 Fernsehspots pro Jahr; ein Unternehmen gab 30 Mio. \$ aus, um ein einziges mit Zucker bedecktes Müsli zu bewerben; die Portionen von Hochkalorienspeisen in den meisten Restaurants sind in den USA sehr groß.

2. ARGUMENT: Überbetonung von persönlicher Verantwortung führt zur Stigmatisierung sozial schwacher Gruppen.

„Another important dimension of the victim-blaming potential of an overemphasis on personal responsibility for health involves the fact [...] that when „being ill is redefined as being guilty“ [...], we may inadvertently stigmatize the disabled, the elders, people who are overweight, and other already devalued groups in our society.“ (S. 128)

3. ARGUMENT: Betonung persönlicher Verantwortung entlässt Regierungen aus der Verantwortung.

„Another widely held criticism of the heavy emphasis placed on personal responsibility for health involves the argument that such a perspective lets government off the hook by assigning blame for premature morbidity and mortality and the like to the individual.“ (S. 128)

Konservative Regierungen verwenden gern die Rhetorik der persönlichen Verantwortung für die eigene Gesundheit, um Einsparungen bei Gesundheits- und Sozialprogrammen zu rechtfertigen.

4. ARGUMENT: In Anbetracht der Anzahl von jährlichen Neuerkrankungen und neu hinzukommenden RaucherInnen helfen Verhaltensänderungsprogramme nicht viel.

Es gibt auch ein epidemiologisches Argument: „...pointing out that encouraging individual behavior change can have only limited impact on the distribution of disease in communities“. (S. 128)

Die Anhänger dieses Arguments weisen darauf hin, dass dauerhafte Verhaltensänderungen schwer zu bewerkstelligen sind und dass die Prävalenz von Krankheiten wie Lungenkrebs, Herzerkrankungen und Schlaganfall von der Art ist, dass Lösungen, die auf individuelle Verhaltensänderung setzen, kaum großer Erfolg beschieden sein wird, da in den USA jedes Jahr einige Millionen Fälle von Herzerkrankungen neu diagnostiziert werden und jeden Tag 6.000 Teenager ihre erste Zigarette rauchen.

5. ARGUMENT: Viele große Studien haben eine beschränkte Wirksamkeit von Verhaltensänderungsprogrammen nachgewiesen.

„Critics of the personal responsibility approach to health promotion also point to the limited effectiveness of many of the large well-funded programs that have focused on individual behavior change.“ (S. 129)

Z.B. das Multi Risk Factor Invention Trial (MRFIT) oder das Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) – viele der Schlüsselarchitekten solcher Studien, die auf der Annahme individueller Verhaltensänderung basierten, sind jetzt – enttäuscht von den Studienergebnissen – unter den artikuliertesten Befürwortern sozialer Verantwortung. Jack Farquhar etwa, Gründer des Stanford Heart Disease Project, befürwortet höhere Zigarettenpreise, um Menschen zum Rauchenaufhören zu bewegen.

6. ARGUMENT: Überbetonung persönlicher Gesundheitsverantwortung kann zu Gesundheitstyrannie führen.

„Healthism“ – „A final dimension of the case against too strong an emphasis on personal responsibility for health involves the argument that through such an emphasis we risk establishing a „tyranny of health,“ in which personal health goals are substituted „for more important, humane, societal goals.“ (S. 130)

V. Argumente GEGEN die ÜBERBETONUNG SOZIALER VERANTWORTUNG

1. ARGUMENT: Man soll nicht unbeachtet lassen, dass viele Menschen tatsächlich aus eigener Kraft zu rauchen aufhören usf.

„First and foremost [...] such approaches often ignore the fact that many individuals, despite often highly adverse environmental circumstances and constraints, *do* manage to quit smoking, dramatically change their diet and exercise patterns, and in other ways act effectively to improve their health.“ (S. 130)

2. ARGUMENT: Initiativen, die auf soziale Verantwortung fokussieren, schauen oft nicht genau genug hin.

„Environmental analyses of health promotion give little or no attention to the varying behavioral patterns and sociodemographic characteristics of the people occupying particular places and settings.“ (S. 130)

3. ARGUMENT: Ansätze, die von sozialer Verantwortung ausgehen, definieren

gesellschaftliche Gesundheitsdeterminanten oft nicht genau genug (insbesondere wenn man zusätzlich Faktoren wie soziale Ungleichheit und Rassismus in Betracht zieht).

„A third criticism [...] involves the lack of precision with which „social determinants of health“ often are defined, which, in turn, poses great difficulties in measuring and evaluating the effectiveness of macro-level interventions.“ (S. 130)

4. ARGUMENT: Die gesellschaftliche Ebene ist so komplex, dass Problemlösungen unerreichbar erscheinen.

„Finally [...] „complexity breeds despair“, and too exclusive an emphasis on the multilevel environmental determinants of health can lead health promotion practitioners to the fatalistic – and spurious – conclusion that nothing they can do will be of any consequence.“ (S. 130)

VI. Aufgaben:

Meredith Minkler kommt zum Schluss, dass persönliche und soziale Verantwortung für Gesundheit ausbalanciert werden müssen:

„BALANCING INDIVIDUAL AND SOCIAL RESPONSIBILITY FOR HEALTH: ECOLOGICAL MODELS FOR HEALTH PROMOTION“ (S. 131)) Diese Option besteht in den Worten von S. Leonard Syme darin, „...that we do our best as individuals, but also that we work together with one another to create more healthful and supportive social environments.“ (ebd.)

Auf diese Weise wird suggeriert, dass im vorliegenden Artikel ebenfalls eine „ausgewogene“ Behandlung des Themas vorliegt. Ist das tatsächlich der Fall?

Diskutieren Sie anhand der oben angeführten Argumente:

- 1) Ist „persönliche Verantwortung“ gleichbedeutend damit, dass eine Person von Anderen für persönlich verantwortlich gehalten respektive persönlich verantwortlich gemacht wird?
- 2) Ist es denkbar und möglich, dass sich jemand (persönlich) verantwortungsvoll verhält und dennoch nicht alles Denkbare und Mögliche für die eigene Gesundheit unternimmt?
- 3) Um wessen Projekt geht es in diesem Artikel über Gesundheitsverantwortung und um wessen Gesundheit? - Um die Gesundheit des einzelnen Menschen oder um Erfolge in Gesundheitsstatistiken und bei gesellschaftlichen Gesundheitskosten?
- 4) Wessen Perspektive nimmt dieser Artikel über persönliche und soziale Gesundheitsverantwortung ein? Kommt darin auch die persönliche Perspektive des Einzelmenschen vor, zumindest dort, wo er über persönliche Gesundheitsverantwortung spricht?
- 5) Welchen anderen Titel, der besser zu seinem Inhalt passt, könnte man dem Artikel Minklers geben?