

Gesundheit als Pflicht? Facetten der Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Lehmann, Bianca

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lehmann, B. (2016). Gesundheit als Pflicht? Facetten der Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. *GWP - Gesellschaft. Wirtschaft. Politik*, 65(2), 211-221. <https://doi.org/10.3224/gwp.v65i2.24018>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Gesundheit als Pflicht? Facetten der Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Bianca Lehmann

Zusammenfassung

Gesundheitspolitik fokussiert immer stärker auf die Rolle und Verantwortung des Einzelnen. Neben dem Ausbau individueller Rechte birgt diese Entwicklung auch Risiken zunehmender gesundheitlicher (Selbst-)Verpflichtung. Der Einzelne soll eigenverantwortlich sein Verhalten gesundheitsförderlich ausrichten, seine individuellen Risiken minimieren und darüber hinaus aktiv an der Optimierung seiner Gesundheit arbeiten. Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Gesundheit droht dabei in den Hintergrund zu geraten.

1. Das Recht auf und der normative Rahmen von Gesundheit

Gesundheit hat in den letzten Jahrzehnten als immaterielles Kulturgut an Bedeutung gewonnen mit hohem gesellschaftlichen wie individuellen Wert. Die Gesundheitswirtschaft hat sich zu einem zentralen Wachstums- und Beschäftigungstreiber der deutschen Wirtschaft entwickelt. Dem Einzelnen werden Gesundheitsbewusstsein und -verhalten immer wichtiger. Gesundheit spielt in immer mehr Lebensbereichen eine wichtige Rolle. Auch wenn eine einheitliche Definition von Gesundheit nicht existiert, ist das Grundverständnis, dass Gesundheit weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit ist, unbestritten. Als mehrdimensionales Phänomen wird Gesundheit von verschiedenen Faktoren beeinflusst: Neben personalen Faktoren (z.B. genetische Ausstattung) spielen individuelle und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle.

Trotz der hohen gesellschaftlichen und individuellen Bedeutung von Gesundheit



Dr. Bianca Lehmann

Inhaberin: Soziologische Beratung und Forschung, Magdeburg
Senior Scientist und Senior Consultant: AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Berlin
Lehrbeauftragte am Karlsruher Institut für Technologie

kennt das Grundgesetz (GG) kein explizites Recht auf Gesundheit. Aber aus der in Art. 1 GG formulierten Unantastbarkeit der Würde des Menschen sowie dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) lassen sich gesundheitsbezogene individuelle Rechte ableiten (Pestalozza 2007). So folgen aus diesen Grundrechten neben einem subjektiven Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe wie Folter auch eine gesundheitsbezogene Abwehrrpflicht des Staates gegen gesundheitsgefährdende Eingriffe anderer sowie eine Schutzpflicht des Staates gegenüber seinen Bürgern im Sinne der Risikovorsorge, z.B. hinsichtlich des Schutzes vor den gesundheitsgefährdenden Auswirkungen von Fluglärm. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts führten auch zu einer Ausweitung des Begriffsverständnisses „körperliche Unversehrtheit“, wengleich eine abschließende Bewertung, inwieweit damit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens zu berücksichtigen sind, offen bleibt.

Normativ konkretisiert werden diese aus dem Grundgesetz abgeleiteten Rechte in der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen, durch Inhalt und Form der bereitgestellten Gesundheitsleistungen. In der Bundesrepublik ist die Gesundheitsversorgung nach dem Sozialversicherungsmodell organisiert, über Beiträge finanziert und basiert auf den vier grundlegenden Prinzipien: Solidarität, Versicherungspflicht, Beitragsfinanzierung und Selbstverwaltung. Übergeordnetes sozialstaatliches Leitbild der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der der weit überwiegende Teil der Bevölkerung versichert ist, ist das Solidaritätsprinzip; es besagt, dass Beiträge nach individueller Leistungsfähigkeit gezahlt, Leistungen dagegen nach individueller Bedürftigkeit zur Verfügung gestellt werden.

Hieraus leitet sich aber kein konkreter Anspruch auf spezifische Leistungen der Gesundheitsversorgung ab (z.B. Chefarztbehandlung). Solidarität gilt nicht unbegrenzt. Ein Anspruch besteht aber hinsichtlich einer Versorgung „an den in Deutschland gegenwärtig erreichten Regelstandards der Krankenbehandlung, der Gesundheitsvorsorge, der Hygiene, der sozialen und kulturellen Existenzbedingungen (Teilhabeanspruch)“, so der ehemalige Bundesverfassungsrichter Paul Kirchhof (2009: 34).

Diese durch die zuständigen Gesetz- und Normgeber erarbeiteten Regelstandards begrenzen das Spektrum bereitzustellender Leistungen: Nicht das Maximum möglicher medizinischer Versorgung ist vorzuhalten, sondern die Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V). Der konkrete Inhalt und Umfang der durch die gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der Regelversorgung zu erbringenden Leistungen, der Aufgaben und Organisation der Krankenversicherung etc. sind primär im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Darüber hinaus enthalten aber auch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und andere Gesetze relevante Festlegungen für die gesundheitliche Versorgung.

2. Die Leitkategorie Eigenverantwortung

Im Zuge des Wandels gesellschaftlicher Werte, politischer Leitbilder, aber auch des medizinischen und technologischen Fortschritts werden diese Normierungen immer wieder neu verhandelt. Hierbei spielen unter anderem Fragen nach Verständnis und Bedeutung von Gesundheit, der Angemessenheit medizinischer Behandlung, aber auch dem Verhältnis von öffentlicher und individueller Verantwortung eine Rolle. Solidarität betont im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung die Schicksalshaftigkeit, von Krankheit betroffen zu sein; Eigenverantwortung dagegen die Selbstgestaltungsmög-

lichkeiten von Gesundheit. Während das Solidarprinzip darauf basiert, dass die Gemeinschaft dem Individuum Fürsorge schuldet, betont Eigenverantwortung, dass das Individuum der Gemeinschaft das Bemühen schuldet, diese Not zu vermeiden.

Die Stärkung der Rechte des Einzelnen und die Forderungen nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten vollziehen sich vor dem Hintergrund des Wandels im Morbiditätsspektrum: Mit der Bedeutungsverschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen geht eine Bedeutungsverschiebung von sozialen hin zu individuellen verhaltensbezogenen Faktoren (z.B. Bewegungsmangel, falsche Ernährung) einher. Ihre Relevanz wird gerade in Hinblick auf die sog. „Wohlstandserkrankungen“ (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.) diskutiert. Der Einzelne wird in die Verantwortung genommen, durch sein Verhalten aktiv etwas dafür zu tun, gesund zu bleiben, Krankheiten zu verhindern sowie deren Verlauf positiv zu beeinflussen. Zum einen gewinnt durch die Möglichkeiten von Prävention das individuelle, auf langfristige Konsequenzen angelegte Verhalten an Bedeutung; gesundheitsrelevantes Verhalten wird immer mehr in die Zeit vor einer möglichen Erkrankung vorgelagert. Zum anderen scheinen Prävention und Gesundheitsförderung keine natürlichen Grenzen mehr zu kennen (Eberbach 2014). Im öffentlichen Diskurs wird der Patient als Ko-Produzent von Gesundheit, als Experte, als mündiger Bürger oder auch als Kunde thematisiert (z.B. Fischer/Sibbel 2011).

Dass der Eigenverantwortung auch in normativer Sicht eine zentrale Rolle zukommt, verdeutlicht u.a. die mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2015 erfolgte Erweiterung des §1 SGB V: Die Krankenkassen haben nun auch die Aufgabe, die gesundheitliche Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten zu fördern.

Eigenverantwortung meint ganz allgemein die Verantwortung des Einzelnen, Sorge für sich selbst zu tragen. Es fehlt allerdings an einem klar definierten Konzept jenseits politischer Leitbilder und es existiert eine große Heterogenität der Vorstellungen darüber, was Eigenverantwortung beinhaltet: „Seine Bedeutung reicht von mehr Wahlfreiheit für Versicherte und Patienten über das Zulassen eines Preis- und Qualitätswettbewerbs bis hin zu einer Neudefinition von Pflichten im Verhältnis zwischen Individuum, Solidargemeinschaft und Staat“ (Brinkmann/Schnee 2003: 85).

Das Leitbild Eigenverantwortung entfaltet sich in konkreten normativen Regelungen: Individuelles Verhalten wird hinsichtlich seiner Relevanz für Gesundheit bewertet und reguliert, gesundheitsbezogenes Verhalten sanktioniert. Beispiele allgemeiner normativer Verhaltensregelungen im Alltagsleben mit dem Fokus auf Gesundheit sind die Helmpflicht oder der Nichtraucherschutz. Diese Einschränkungen individueller Handlungsfreiheit dienen dem Schutz der individuellen Gesundheit und der Gesundheit anderer. Mit Bezug auf die gesundheitliche Versorgung wird grundsätzlich bereits in § 2 des SGB V darauf verwiesen, dass Krankenkassen den Versicherten Leistungen nur insoweit zur Verfügung stellen, „soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden“.

Eine konkrete Steuerung gesundheitsrelevanten Verhaltens erfolgt über sog. Bonus-Malus-Systeme: Erwünschtes Verhalten wird positiv, nicht erwünschtes Verhalten negativ sanktioniert. Beispiele positiver Sanktionierung gesundheitsförderlichen Verhaltens sind Boni der Krankenkassen für die Teilnahme an Präventionskursen oder die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz bei Nachweis regelmäßiger Zahnprophylaxe. Eine negative Sanktionierung gesundheitsgefährdenden Verhaltens regelt z.B. § 52 SGB V: Leistungen der Krankenkassen werden bei Selbstverschulden (z.B. Tätowierungen) beschränkt und der Versicherte an den Kosten beteiligt. Es erfolgt also eine Sanktionierung individuellen Verhaltens nach dem Verursacherprinzip.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Einforderung von Eigenverantwortung ist die der Kostenverlagerungen von der Krankenkasse hin zu den Versicherten: Neben direkten Kostenbeteiligungen (z.B. Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) zählen hierzu auch die Ausgliederungen von Leistungen aus der Regelversorgung der GKV, z.B. Sehhilfen, kieferorthopädische Behandlungen für Erwachsene, aber auch das zunehmende Angebot von Selbstzahlungsleistungen (IGeL-Leistungen).

3. Eigenkompetenz und *Empowerment* als Voraussetzung von Eigenverantwortung

Gesundheitliche Eigenverantwortung der Versicherten setzt Eigenkompetenz voraus: Soll dem Einzelnen Eigenverantwortung ermöglicht werden und wird von ihm erwartet, eigenverantwortlich zu handeln, ist sicherzustellen, dass die dafür notwendigen Kompetenzen vermittelt bzw. gefördert werden. Mit der Erweiterung des § 2 SGB V im Zuge des Inkrafttretens des Präventionsgesetzes 2015 wurde die Förderung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten als Kassenaufgabe definiert.

Der Begriff der gesundheitlichen Eigenkompetenz ist eng verbunden mit den Begriffen des *Empowerment* und der *Health Literacy*; Begriffe, die inzwischen auch in das deutsche Vokabular Eingang gefunden haben. Der Begriff des *Empowerment* bezeichnet die „Stärkung individueller und kollektiver Handlungsmöglichkeiten, um die Kontrolle über die eigenen Lebensbezüge zu ermöglichen und zu erweitern“ (Lehmann/Dick 2016: 156). Studien belegen den individuellen Nutzen von *Empowerment* u.a. bezogen auf Selbstwirksamkeit, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität (Wallerstein 2006). Der ressourcenorientierte Ansatz betrachtet die Individuen als „Experten in eigener Sache“, deren Beteiligungsmöglichkeiten und Autonomie zu fördern sind.

Konkretes Beispiel hierfür ist das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz, in welchem bestehende und neue Rechte im BGB zusammengefasst und Änderungen im Sozialrecht vorgenommen wurden. Inwieweit das Patientenrechtegesetz aber tatsächlich zu einer deutlichen Verbesserung der Rechte der Patienten führt, ist umstritten, da mit dem Gesetz primär nur „die richterliche Spruchpraxis des Gesetzgebers der letzten 50 Jahre normativen Charakter erhalten hat“ (Fenger 2016: 43).

Ein weiteres Beispiel zur Unterstützung des (Patienten-) *Empowerment* und der Rechte der Patienten ist die durch den § 65b SGB V geforderte Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. So informiert und berät die Unabhängige Patientenberatung (UPD) Versicherte und Patienten kostenfrei zu gesundheitlichen Themen. Die UPD wurde bis 2015 vom Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) und dem Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP) e.V. getragen. Im letzten Jahr erhielt ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das vor allem für Krankenkassen und Pharmaunternehmen tätig ist, den Zuschlag zum Betreiben der UPD zum 01.01.2016. Auch wenn eigens eine Tochtergesellschaft für das Betreiben der UPD gegründet wurde, wird diese neue Trägerschaft von vielen Akteuren des Gesundheitssystems kritisiert. Nicht nur die Frage der Neutralität und Qualität der bereitgestellten Information und Beratung wird angezweifelt. Es ist auch fraglich, welche Auswirkungen die Änderung in der Trägerschaft auf die Nutzungsbereitschaft der Patienten hat, bezieht sich doch ein Großteil der patientenseitigen Anfragen auf Probleme mit der Krankenkasse.

(Patienten-) *Empowerment* ist nicht voraussetzungslos: Es bedarf entsprechender Kompetenzen, um selbstbestimmt gesundheitsbezogen handeln zu können. So birgt ein hohes Maß an *Empowerment* verbunden mit einer geringen Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) das Risiko, gefährliche gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen (z.B. eine übereilte, medizinisch nicht indizierte Entscheidung für eine Amputation der Brust aus Angst vor Brustkrebs). Gesundheitskompetenz ist ein mehrdimensionales Konzept und umfasst Fähigkeiten, Informationen zu recherchieren, zu bewerten und deren Relevanz einzuschätzen, sich relevantes Wissen anzueignen und in adäquates Handeln umzusetzen.

Das Ausmaß vorhandener Gesundheitskompetenz ist in der Bevölkerung unterschiedlich verteilt; neben Alter und Geschlecht spielen sozioökonomische Faktoren wie der Bildungsstatus eine wichtige Rolle. Die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten durch die Krankenkassen muss deshalb patientenseitige Faktoren berücksichtigen und zielgruppengerechte Angebote für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen anbieten. Außerdem bedarf es zur Förderung von Eigenkompetenz und Eigenverantwortung einer genauen Definition beider Begriffe, da der Gesetzgeber hierzu keine zufriedenstellende Konkretisierung vornimmt. Auch stellt sich die Frage, inwieweit den Versicherten mit dem erweiterten § 2 SGB V Möglichkeiten gegeben sind, entsprechende Maßnahmen zur Förderung von Eigenkompetenz und Eigenverantwortung einzufordern: Denn in dem Maße, in dem auf die Eigenverantwortung des Einzelnen verwiesen wird, muss sichergestellt sein, dass er diese auch erlangen und ausüben kann.

4. Eigenverantwortung als Selbstverpflichtung: Selbstoptimierung von Gesundheit

Neben der zunehmenden normativen Regulierung gesundheitsbezogenen Verhaltens vor dem Hintergrund der Fokussierung auf die Eigenverantwortung des Einzelnen lässt sich in den letzten Jahren ein weiterer Trend erkennen: Von der Fremdkontrolle durch gesellschaftliche Normierung und Sanktionierung zur Selbstkontrolle gesundheitsbezogenen Verhaltens (Elias 2014). Gesundheit erscheint im Kontext der Selbstverpflichtungs- und Selbstoptimierungsdiskussion nicht nur individuell machbar, sondern wird Selbstzweck, hat „den Charakter eines eigenen Sinnsystems (...)“ (Honnefelder 2007: 18). Gesundheitliche Selbstverbesserung reiht sich damit ein in den allgemeinen Trend der Optimierung der Lebensführung, der Lebensplanung und der *Work-Life-Balance*, der Stärkung der Selbstwirksamkeit, der Selbstführungskompetenz bis hin zur „Selbsttherapeutisierung“ (von Kardoff 2016).

Diese Selbstverpflichtung des Einzelnen vollzieht sich im Kontext gesellschaftlichen Wandels und damit einhergehender Erwartungen: sei es z.B. durch Ausweitungen der Definition von Gesundheit und die medizinisch-technischen Möglichkeiten, durch zunehmende Leistungsanforderungen oder durch gesellschaftliche Vorstellungen eines gelungenen Lebens.

4.1 Digitale Selbstvermessung: „Das Ich in Daten“

Die Digitalisierung der Gesellschaft entfaltet auch nachhaltige Wirkungen im Gesundheitsbereich: Telemedizin, *eHealth* und *mHealth* sind hierfür nur einige Schlag-

worte (SVRV 2016). Während die damit verbundenen Möglichkeiten im sog. Ersten Gesundheitsmarkt („klassische“ Gesundheitsversorgung im Rahmen eines solidarischen Finanzierungssystems) aufgrund der starken Reglementierungen bisher nur zögerlich genutzt werden, hat die Bedeutung digitaler gesundheitsbezogener Anwendungen und Dienstleistungen im Zweiten Gesundheitsmarkt in den letzten Jahren rasant zugenommen. Der expandierende Markt gesundheitsbezogener *Apps* und *Wearables* (Smartwatches, digitale Armbänder, Kleidung mit Sensoren etc.) macht es dem Einzelnen immer einfacher, selbst gesundheitsrelevante Daten zu produzieren. Selbstvermessung (*self tracking*) gewinnt im alltäglichen Leben immer stärker an Bedeutung. Das „Ich in Daten“ ist Ziel der Selbstvermesser: Es sollen möglichst viele Daten unabhängig von Zeit und Raum über den eigenen Körper erhoben, beobachtet, archiviert und verglichen werden; der Selbstvermessung folgt die Selbstdisziplinierung mit dem Ziel der Selbstoptimierung.

Der Subjektivierung von Gesundheit setzt der Trend der digitalen Selbstvermessung die (scheinbare) Objektivierung gesundheitsbezogener Daten entgegen. Selbstvermessung basiert nicht auf dem individuell-subjektiven Gefühl des Gesundseins, das durchaus in Diskrepanz zur objektiv z.B. durch den Arzt attestierten Krankheit stehen kann. Vielmehr erfolgt eine Außenvergewisserung durch die vermeintliche Messbarkeit und Objektivierbarkeit von Gesundheit. Ein individuelles Gefühl von Gesundsein scheint sich erst einzustellen durch die Ansammlung und Wertung individueller gesundheitsbezogener Daten. Die Bewertung des Erfolgs erfolgt im Vergleich mit vorgegebenen Normwerten, mit sich selbst (individuelle Daten in der zeitlichen Entwicklung) oder mit den Daten anderer.

Digitale Selbstvermessung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Erweiterung der Autonomie, Eigenkompetenz und Eigenverantwortung des Einzelnen auf der einen Seite sowie Entgrenzung, Kontrollausweitung und Zwang auf der anderen Seite. So kann *self tracking* das Verständnis und Wissen für gesundheitsbezogene Themen erhöhen, ebenso die Motivation fördern, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Der Einzelne wird zum „Experten“ seiner Gesundheit. Die sog. *Quantified self*-Bewegung (<http://qsdeutschland.de/>) und andere virtuelle soziale Netze bieten orts- und zeitunabhängig die Möglichkeit des Austauschs mit anderen zur Diskussion der Wirksamkeit bestimmter gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, aber auch zu medizinischen Behandlungen und Therapien etc.

Andererseits bergen die leichte Verfügbarkeit der Daten und die Bereitschaft vieler Selbstvermesser, jenseits von Datenschutzbedenken ihre gesundheitsbezogenen Daten mit anderen zu teilen, auch Gefahren. So scheint eine zunehmende Reglementierung und Sanktionierung gesundheitsbezogenen Verhaltens absehbar. Bereits gegenwärtig bieten Krankenkassen z.B. eigene gesundheitsbezogene *Apps* für ihre Versicherten an oder bezuschussen den Kauf von *Wearables*. Denkbar sind Bonusmodelle, Vergünstigungen oder auch zusätzliche Leistungsangebote für die Versicherten, die – datengestützt – ihr gesundheitsförderliches Verhalten belegen können, aber auch die Verpflichtung zur Selbstvermessung, um bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

4.2 Besser als die Norm: *Human Enhancement*

Human Enhancement bezieht sich auf medizinische Interventionen, „die sich nicht auf die Therapie von Krankheiten, sondern auf eine Verbesserung nichtpathologischer

Merkmale richten“ (Biller-Adorno/Salathé 2012: 10). Klar abzugrenzen von *Enhancement*-Maßnahmen, die auf Wunsch gesunder Individuen zur Verbesserung eines gesellschaftlich oder individuell definierten Normalzustandes von Gesundheit erfolgen, sind medizinisch indizierte und insofern therapeutisch angelegte Interventionen: Sie zielen darauf, die Gesundheit einer Person wiederherzustellen, zu erhalten bzw. der Verschlechterung einer Erkrankung entgegenzuwirken. Die Grenzen zwischen Therapie und *Enhancement* sind allerdings unscharf und flexibel, da diese durch die aktuell gültigen Definitionen von Gesundheit und Krankheit mitbestimmt werden (Suhr 2016: 7ff.).

Die angestrebte Optimierung kann sich sowohl auf körperliche (z.B. Schönheitsoperationen) als auch auf geistige Faktoren (sog. *Neuro-Enhancement*) beziehen. Bestimmte Formen des *Enhancements* haben sich bereits seit längerem gesellschaftlich etabliert und werden als solche nicht mehr wahrgenommen, so z.B. das operative Anlegen abstehender Ohren bei Kindern oder die Einnahme von Gingko-Präparaten zur Konzentrationssteigerung. In den letzten Jahren hat dagegen die öffentliche Diskussion um Legitimität, Ausmaß und Folgen des *Neuro-Enhancement* mittels verschreibungspflichtiger Medikamente zugenommen (z.B. Schöne-Seifert u.a. 2009). Das sog. Hirndoping ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen; ca. 12% der Erwerbstätigen haben bereits mindestens einmal Hirndoping betrieben (DAK 2015).

Grundsätzlich hat der Einzelne vor dem Hintergrund des im Grundgesetz verbrieften Rechts auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit auch das Recht, die Möglichkeiten des *Human Enhancement* auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen, solange nicht die Rechte Dritter tangiert werden (Suhr 2016: 5f.). Jenseits einer aufgrund von Krankheit gegebenen und im weitesten Sinne von außen nachvollziehbaren Behandlungsbedürftigkeit entscheidet dabei der Einzelne eigenverantwortlich darüber, was als „verbesserungswürdig“ zu bewerten ist und welche Form des *Enhancement* er in Anspruch nimmt. Der Patient wird zum Konsument, der Arzt zum Dienstleister. Gleichwohl finden diese subjektiven Bewertungsprozesse im Kontext gesellschaftlicher Normen und Werte statt (kulturspezifische Schönheitsideale, Altersbilder etc.). Auch die Frage, ob und in welcher Form Maßnahmen des *Human Enhancement* gesellschaftlich akzeptiert, positiv sanktioniert (z.B. in Form beruflicher Anerkennung für den gezeigten Einsatz) oder sogar erwartet werden, beeinflussen das individuelle Verhalten.

5. Grenzen und Gefahren der Fokussierung auf Eigenverantwortung

5.1 Verständnis von Eigenverantwortung und individueller Handlungsfreiheit

Die gesundheitspolitisch geforderte Eigenverantwortung ist keine Eigenverantwortung im allgemeinen Sinne, sondern in den Maßstäben gesundheitsförderlichen Verhaltens. Nicht die grundsätzliche Autonomie individueller Entscheidungen soll gefördert werden, die eine „eigensinnige“ Entscheidung zu nicht gesundheitsförderlichem Verhalten mit einschließen würde, sondern die Orientierung an vorgegebenen gesundheitsbezogenen Normvorstellungen im Sinne einer „erfolgreichen“ Normverinnerlichung. Ausgeblendet wird, dass eigenverantwortliches Verhalten heute mehr denn je vor dem Hintergrund verschiedener, zum Teil konkurrierender Wertvorstellungen und Präfe-

renzen erfolgt. Ein nicht-gesundheitsförderliches Verhalten ist daher nicht per se Ausdruck unzureichender Eigenkompetenz.

Die Paradoxie „verordneter“ Eigenverantwortung (Grimmeisen/Leiber 2009) blendet eine über das Bewertungsraster gesundheitsförderlichen resp. gesundheitsgefährdenden Verhaltens hinausgehende Eigenverantwortung aus. Auch gesundheitsgefährdendes Verhalten ist Ausdruck individueller Eigenverantwortung und damit vor gesellschaftlicher Einflussnahme zu schützen; Eberbach spricht von der „Solidarität mit dem Selbstbestimmungsrecht“ (2014: 464). Gesellschaftliche Normerwartungen zu gesundheitsförderlichem Verhalten können so zur zunehmenden Einschränkung individueller Handlungsfreiheit durch die gesellschaftliche Fokussierung auf Gesundheit als zentralen Wert und Norm in immer mehr Lebensbereichen führen.

5.2 Soziale Einbettung von Eigenverantwortung

Eigenverantwortliches gesundheitskompetentes Handeln vollzieht sich im Kontext äußerer Rahmenbedingungen. So kann z.B. nicht erwartet werden, dass das Wissen um die gesundheitsgefährdende Wirkung von Lärm- oder Feinstaubbelastungen per se dazu führt, dass der Einzelne seinen Wohnort wechselt, um seine Gesundheit nicht zu gefährden. Statt Eigenverantwortung muss hier die gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit des Einzelnen im Fokus stehen.

Auch in der gesundheitlichen Versorgung schränken die Kontextbedingungen die Möglichkeiten individueller Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ein: So hat z.B. die Art der Darstellung von Nutzen und Risiken eines Mammographiescreenings Einfluss auf die individuelle Entscheidung, diese in Anspruch zu nehmen (Becker/Junkermann 2008). Auch besteht weiterhin eine Informationsasymmetrie zwischen den Versicherten auf der einen, den Gesundheitsakteuren auf der anderen Seite. Die Definitions-, Entscheidungs- und Steuerungsmacht liegt auch weiterhin bei den Experten (z.B. Diagnosestellung, Krankschreibung).

Die einseitige Fokussierung auf (eigenverantwortliches) individuelles Verhalten ist auch problematisch, da es das multifaktorielle Beziehungsgefüge unterschiedlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit ausblendet. Inwieweit machen Forderungen retrospektiver, aber auch prospektiver Verantwortungsübernahme für gesundheitsrelevantes Verhalten Sinn, wenn gleichzeitig soziale Faktoren ausgeblendet werden? Kann eine konkrete Erkrankung zweifelsfrei ausschließlich dem individuellen Verhalten zugeschrieben werden? In welchem Ausmaß kann der Einzelne für sein gesundheitsgefährdendes Verhalten verantwortlich gemacht werden, dessen Weichen durch Sozialisationserfahrungen in der Kindheit gestellt wurden?

5.3 Relevanz von sozialer Ungleichheit

Je stärker Eigenverantwortung und individuelles Verhalten thematisiert werden, desto größer ist die Gefahr der Unterschätzung bzw. Ausblendung bestehender sozialer Ungleichheiten und ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit. Untere Sozialschichten sind hiervon gleich in mehrfacher Hinsicht betroffen: Sie sind überdurchschnittlich häufiger krank, sie verfügen über ein unterdurchschnittliches Ausmaß an Gesundheitskompetenz, gleichzeitig sind sie unterdurchschnittlich stark beteiligt an den Prozeduren der Problem- und Lösungsdefinition (Schmidt 2010: 51).

In diesem Kontext ist auch die Tatsache der sozialen Konstruiertheit dessen, wie Gesundheit oder Krankheit definiert wird, welches Verhalten als gesundheitsförderlich oder gesundheitsgefährdend bewertet wird, von Relevanz. Der gesellschaftliche Aushandlungsprozess wird reduziert über die sog. „Diskurselite“ geführt, die die gesellschaftlich relevanten Gesundheitsnormen festlegt: Das bewegungsarme Lesen wird so nicht als gesundheitsgefährlich, das bewegungsarme Fernsehen hingegen als gesundheitsschädlich bewertet (Schmidt 2010). Kritisch zu hinterfragen ist auch, wer aufgrund welcher Legitimitätsgrundlage z.B. darüber entscheidet, welches gesundheitsbezogene Verhalten in welcher Form sanktioniert oder wie Eigenverantwortung konkret operationalisiert wird? Auch der Trend des „*Disease Mongering*“ (Krankheitserfindung) und der Medikalisierung (Illich 1995) zeigen die Relevanz sozialer Aushandlungsprozesse und ihrer Auswirkungen auf individuelles Verhalten.

Die zunehmende Fokussierung auf die Eigenverantwortung auch im Sinne eines Verursacherprinzips für sowie die Beeinflussbarkeit und Gestaltbarkeit von Gesundheit kann der gesellschaftlichen Diskriminierung von Krankheit und Behinderung Vorschub leisten. In dem Maße, in dem z.B. durch Vorsorge- und gendiagnostische Untersuchungen mögliche Krankheitsrisiken frühzeitig erkannt und entsprechende Handlungsoptionen genutzt werden können, besteht die Gefahr, Krankheit und Behinderung als Ergebnis individuellen Fehlverhaltens zu werten. Das Wissen um das „richtige“ gesundheitsförderliche Verhalten sowie über Eingriffs- und Veränderungsmöglichkeiten zwingen die Individuen zu einer Entscheidung und können zur Einforderung retrospektiver Verantwortungsübernahme führen. Krankheit und Behinderung erscheinen als selbstverantwortet und selbstgewählt. Das Recht auf Nichtwissen als negative Variante des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung gilt es in diesem Kontext zu schützen als eigenverantwortliche Entscheidung (Duttge 2010).

Fazit: Entsolidarisierung und sozial verpflichtende Solidarität

Es existieren also unterschiedliche normative Regelungen, um das individuelle Verhalten in eine – gesellschaftlich-politisch als solche definierte – gesundheitsförderliche Richtung zu steuern. Auch wenn damit keine allgemeine Pflicht zur Gesundheit bzw. zum gesundheitsförderlichen Verhalten einhergeht, wird der Einzelne als Teil der Gesellschaft immer stärker zur individuellen Gesundheitserhaltung und -werdung im Sinne einer „Bürgerpflicht“ genötigt (Höffler 2014: 63). Grundsätzlich stellt sich die Frage, welches Ausmaß an Verantwortung das Individuum zum einen für sich selbst und seine Gesundheit trägt, zum anderen in Hinblick auf das Gemeinwesen. Gerade die Trends der Selbstvermessung und Selbstoptimierung bergen die Gefahr, dass aus der individuellen Selbstverpflichtung gesellschaftlich normierte Verpflichtung abgeleitet, aus Selbstüberwachung Fremdüberwachung generiert wird: „Was als Selbstbeobachtung beginnt, endet so in der aufmerksamen Beobachtung durch andere“ (Eberbach 2014: 461).

Eine weitere einseitige Ausweitung der Eigenverantwortung birgt die Gefahr der „Erosion des Gemeinsinns“, der Entsolidarisierung (Maio 2014). In dem Maße, in dem die individuelle Eigenverantwortung umgedeutet wird als verpflichtende Verantwortungsübernahme für das individuelle gesundheitsbezogene Handeln, besteht die Gefahr, dass die (gegebene) Legitimität von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend infrage gestellt, das Prinzip der Verursachung in immer weiteren Kontexten institutionalisiert wird. In letzter Konsequenz würde dies zur Abschaffung

der Gesundheitsversorgung führen: „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“ (Schmidt 2010: 53).

Literatur

- Becker, N./Junker mann, H. 2008: Nutzen und Risiko des Mammografiescreenings. Betrachtungen aus epidemiologischer Sicht, in: Deutsches Ärzteblatt, 105, Heft 8, S. 131-136
- BMG 2014: Glossar: Patientenrechtegesetz; <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/patientenrechtegesetz.html>
- Biller-Adorno, N./Salathé, M. 2012: Human Enhancement: Einführung und Definition, in: Akademie der Wissenschaften Schweiz (Hg.): Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement, Bern, S. 10-18
- Brinkmann, H./Schnee, M. 2003: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, in: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh (Bertelsmann Stiftung), S. 85-98
- DAK 2015: DAK-Gesundheitsreport 2015, Hamburg
- Duttge, G. 2010: Das Recht auf Nichtwissen in der Medizin, in: Datenschutz und Datensicherheit, 34, S. 34-38
- Eberbach, W. H. 2014: Personalisierte Prävention: Wirkungen und Auswirkungen – Zugleich ein Plädoyer für die Solidarität mit dem Selbstbestimmungsrecht, in: MedR 2014, 32, S. 449-464
- Elias, N. 2014: Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. 2 Bände, Frankfurt, 35. Auflage
- Fenger, H. 2016: Erfahrungen mit dem Patientenrechtegesetz, in: Steinmeyer, H.-D. u.a. (Hg.): Medizin – Haftung – Versicherung, Heidelberg, S. 43-58
- Fischer, A./Sibbel, R. (Hg.) 2011: Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden
- Grimmeisen, S./Leiber, S. 2009: Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie: Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. WSI-Diskussionspapiere (Nr. 163)
- Höffler, K. 2014: Strafwürdigkeit gesundheitswidrigen Verhaltens?, in: Wienke, A. u.a. (Hg.): Rechtsfragen der personalisierten Medizin, Schriftenreihe Medizinrecht, Berlin/Heidelberg, S. 63-76
- Honnefelder, L. 2007: Gesundheit als hohes Gut – die anthropologische Perspektive, in: Schumpelick, V./Vogel, B. (Hg.): Was ist uns die Gesundheit wert? Gerechte Verteilung knapper Ressourcen, Freiburg i.Br., S. 16-33
- Illich, I. 1995: Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, München, 4. Auflage (Erstaufgabe 1975)
- Kardoff von, E. 2016: Zur Transformation der Therapeutisierung und Psychiatrisierung des gesellschaftlichen Alltags: auf dem Weg der (nicht ganz) freiwilligen Selbstoptimierung, in: Anhorn, R./Balzereit, M. (Hg.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Wiesbaden, S. 263-298
- Kirchhof, P. 2009: Ein Recht auf Gesundheit?, in: Schumpelick, V./Vogel, B. (Hg.): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg i.Br., S.33-64
- Lehmann, B./Dick, M. 2016: Empowerment: Die Stärkung von Klienten, in: Dick, M./Marotzki, W./Mieg, H. (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung, Stuttgart, S. 156-164
- Maio, G. 2014: Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit, Stuttgart
- Pestalozza, C. 2007: Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 1113-1118

- Sauter, A./Gerlinger, K. 2012: Der pharmakologisch verbesserte Mensch. Leistungssteigernde Mittel als gesellschaftliche Herausforderung. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag-34, Berlin
- Schmidt, B. 2010: Die Sanierung der Eigenverantwortung. Oder: Vom Gesundheitsgehorsam zur Gesundheitsermächtigung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Jahrgang 46: Verantwortung - Schuld - Sühne, Hamburg, S. 51-68
- Schöne-Seifert, B./Talbot, D./Opolka, U. u.a. (Hg.) 2009: Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen, Paderborn
- Suhr, K. 2016: Der medizinisch nicht indizierte Eingriff zur kognitiven Leistungssteigerung aus rechtlicher Sicht. Schriftenreihe Medizinrecht, Berlin/Heidelberg
- SVRV (Sachverständigenrat für Verbraucherfragen) 2016: Digitale Welt und Gesundheit: eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich, Berlin; <http://www.svr-verbraucherfragen.de/wp-content/uploads/2016/01/Digitale-Welt-und-Gesundheit.pdf>
- Wallerstein, N. 2006: What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Europe (Health Evidence Network report), Copenhagen; <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-evidence-on-effectiveness-of-empowerment-to-improve-health>