Selbstbestimmung als Rechtsprinzip – normative Fiktionen und reale Bedingungen

Grund und Grenzen gesundheitlicher Selbstbestimmung

Projektbericht

Am Alfried Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald findet jeden Dienstag der Fellowlunch statt. Wie wäre es nun, wenn die Fellows am Ende ihrer Greifswalder Zeit erfahren würden, dass die Kollegleitung mit den einschlägigen Restaurants heimlich abgesprochen hat, dass die Salate und Fische auf den Angebotstafeln sehr viel prominenter platziert werden als die Kalbshaxen und Desserts, um der Gesundheit der Fellows etwas Gutes zu tun: Sollten die Fellows der Kollegleitung für diese Unterstützung bei der gesundheitsförderlichen Lebensführung danken – oder sich über Manipulation und Bevormundung beschweren?

In der staatlichen Gesundheitspolitik werden derartige „Nudges" (Stupser) inzwischen durchaus diskutiert, um die Volkskrankheiten besser in den Griff zu bekommen. Zunehmend gelangt nämlich die Einsicht in das öffentliche Bewusstsein, dass Gesundheit nicht nur etwas mit der erfolgreichen Behandlung von Krankheiten zu tun hat, sondern von vielen anderen Faktoren abhängt, die überhaupt erst dazu führen, dass Menschen krank werden oder gesund bleiben. Noch kürzlich hat die Leopoldina in ihrer Stellungnahme zur Situation von Public Health in Deutschland formuliert: „Die wichtigsten Bestimmungsfaktoren für Krankheit sind wirtschaftlicher und sozialer Natur." Diese sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit – Umwelteinwirkungen, Verhaltensweisen und sozialstrukturelle Einflüsse - mögen für die Gesundheit der Bevölkerung sogar viel wichtiger sein als die medizinische Versorgung. Dass dies nun stärker in das Blickfeld rückt, dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die medizinische Versorgung an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gerät: So wichtig sie im Einzelfall ist – gegen die Gesundheitsbeeinträchtigungen und chronischen Krankheiten, die mit der Lebensweise in modernen Gesellschaften zusammenhängen („Zivilisationskrankheiten"), kann die Medizin nicht anbehandeln. Es wird bereits befürchtet, dass in einigen Ländern der säkulare Trend, dass die durchschnittliche Lebenserwartung immer weiter ansteigt, an ein Ende kommt. Schaut man nicht auf das Einzelschicksal, sondern auf Populationen, liegt es daher nahe, der Vorsorge – also der Prävention von Krankheiten und der Förderung der Gesundheit – ein größeres Gewicht zu geben und sie nicht (länger) gegenüber der Versorgung zu vernachlässigen.

Dies gilt auch mit Blick auf die Verteilung von Gesundheit und Gesundheitschancen. Niemand kann ernstlich behaupten, dass die massiven sozialen Gesundheitsunterschiede, die wir – mit Unterschieden in Ausmaß und Art – in allen modernen Gesellschaften fin-

Professor Dr. Stefan Huster war von April bis September 2015 Alfried Krupp Senior Fellow. Er ist Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum.

Kurzvita

Stefan Huster studierte Rechtswissenschaft und Philosophie an den Universitäten Bielefeld und Frankfurt am Main. An der Universität Heidelberg wurde er promoviert und habilitierte sich für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Sozialrecht, Europarecht und Rechtsphilosophie. Nach zwei Jahren an der FernUniversität in Hagen ist er seit 2004 Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht (ISGR) an der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte sind das Verfassungsrecht, das Gesundheits- und Krankenversicherungsrecht sowie die Rechtsphilosophie.

Fellow-Projekt

» Grund und Grenzen gesundheitlicher Selbstbestimmung

Die deutsche Gesundheitspolitik ist mit Blick auf Fragen der Selbstbestimmung durch zwei – zumindest auf den ersten Blick – gegensätzliche Tendenzen geprägt. Auf der einen Seite wird Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im System der Gesundheitsversorgung eine zunehmende Bedeutung zugeschrieben, wenn der Gesetzgeber etwa an das Unterlassen von Vorsorgeuntersuchungen oder an die Vornahme von medizinisch nicht indizierten Eingriffen nachteilige Kostenfolgen für den Versicherten knüpft, wenn es dann zu einer Erkrankung kommt. Auf der anderen Seite werden im Bereich der Präventionspolitik zunehmend Maßnahmen ergriffen oder zumindest diskutiert – von Rauchverboten über die Besteuerung „ungesunder" Lebensmittel bis zum Verbot für Jugendliche, Bräunungsstudios zu besuchen -, die die Bedeutung der Selbstbestimmung und der Verantwortung für die eigene Gesundheit relativieren, so dass die Gefahr einer paternalistischen Gesundheitsdiktatur beschworen wird. Gleichzeitig werden derartige Übergriffe in die private Lebensgestaltung – auch als unmerkliche Verhaltenssteuerungen in Form des „Nudging" – eingefordert, um die sozialen Gesundheitsungleichheiten zu bekämpfen. Dies alles deutet darauf hin, dass Grund und Grenzen von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung mit Blick sowohl auf die sozialen Verpflichtungen des Staates als auch auf seine Eingriffs- und Lenkungsbefugnisse unklar sind.

den, maßgeblich auf Barrieren im Zugang zur medizinischen Versorgung beruhen. Dass der Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen Männern im obersten und im untersten Einkommensfünftel mehr als zehn Jahre beträgt, kann zumindest in Deutschland schon deshalb nicht viel mit einer „Zwei-Klassen-Medizin" im Sinne des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu tun haben, weil sich diese Korrelation von Einkommen und Gesundheit in Form eines sozialen Gradienten durch die gesamte Bevölkerung - und damit auch durch die Gruppe der gesetzlich Versicherten - zieht. Wer die Gesundheitschancen angleichen will, wird das daher kaum schaffen, indem er den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtert – es sind ganz andere, soziale Faktoren, die man insoweit angehen müsste. Es lässt sich nachweisen, dass die gesundheitsrelevanten Faktoren zu einem erheblichen Teil schichtenspezifisch ausgeprägt sind: Angehörige der unteren sozialen Schichten – im Kern unabhängig davon, ob man den Sozialstatus anhand von Einkommen, Bildung oder beruflicher Stellung bestimmt - sind häufiger einer gesundheitlich belastenden Arbeitsumgebung und auch in ihrem Wohnumfeld häufiger Lärm und Luftverschmutzung ausgesetzt; sie ernähren sich ungesünder, neigen stärker zu Nikotinkonsum und vernachlässigen die körperliche Bewegung; schließlich leiden sie sowohl in ihrem Privat- und Arbeitsleben als auch in der Öffentlichkeit an geringen Selbstbestimmungs- und Partizipationsmöglichkeiten. Es dürften daher primär die sozialen Determinanten, nicht die Bedingungen des Zugangs zur medizinischen Versorgung sein, die die sozialen Gesundheitsungleichheiten erklären.

Für das Verständnis der sozialen Gesundheitsdeterminanten ist es von zentraler Bedeutung, dass sie das Krankheits- und Gesundheitsgeschehen aus einer Populationsperspektive betrachten. Es geht hier nicht um die individuelle Gesundheit oder gar die konkrete Krankenbehandlung, sondern um die öffentliche Gesundheit („Public Health"). Für den Einzelnen stellen sich die sozialen Gesundheitsdeterminanten lediglich als mehr oder minder gewichtige Risikofaktoren dar. Dies mag auch dazu führen, dass seine Motivation, sich selbst um diese Gesundheitsdeterminanten zu kümmern, eher gering ausgeprägt ist: Während Leistungen der Gesundheitsversorgung einen klaren Individualbezug haben und deshalb das Interesse der Bürger auf sich ziehen, schlägt hier das „Präventionsparadox" durch: Auf statistischer Ebene haben schon kleine Veränderungen des Verhaltens oder der Umwelt deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung; dem Einzelnen bringen sie dagegen nur einen geringfügigen Vorteil. Diese Besonderheit der Public Health-Perspektive ist auch in normativer Hinsicht nicht unwichtig. Dementsprechend wird die traditionelle Medizinethik inzwischen durch eine Public Health-Ethik ergänzt, die auf die spezifischen Probleme der gesundheitsbezogenen Präventionspolitik bezogen ist.

Welche sind nun diese normativen Probleme, die die Public Health-Ethik diskutiert? Einige Fragen ragen heraus, die auch im Mittelpunkt dieses Projekts standen:

- Dass die öffentliche Gewalt für die Abwehr von Gesundheitsrisiken verantwortlich ist, die von Dritten ausgehen, leuchtet unmittelbar ein und ist auch verfassungsrechtlich in den grundrechtlichen Schutzpflichten des Staates fest verankert. Weite Teile des Umweltrechts, das Arbeitsschutzrecht und zahlreiche weitere Rechtsnormen beziehen sich auf die Abwehr von Gefahren und die Vorsorge vor Risiken für die Gesundheit. Soweit eine Public Health-Politik auf das Gesundheitsverhalten fokussiert, ist die Lage aber heikler: Darf der Staat seine Bürger auch vor sich selbst schützen, wenn sie durch ihr Verhalten lediglich die eigene Gesundheit gefährden? Wird er dann nicht zu einem *paternalistischen Bevormundungsstaat*, gar zu einer Gesundheitsdiktatur, die mit dem liberalen Grundprinzip der Selbstbestimmung („Personal Autonomy") nicht mehr verträglich ist?

- Die Dringlichkeit, eine Public Health-Politik voranzutreiben, wird vielfach damit begründet, dass es geboten sei, die *sozialen Gesundheitsungleichheiten* zu bekämpfen: Es sei ein moralischer Skandal, dass Gesundheit und Gesundheitschancen in unserer Gesellschaft nach wie vor so ungleich verteilt seien. Aber ist es wirklich so klar, dass wir es hier mit einer himmelschreienden Ungerechtigkeit zu tun haben? Gehören die schichtenspezifischen Gesundheitszustände nicht einfach zu den vielen Ungleichheiten, die wir in freiheitlichen Ordnungen hinnehmen müssen?

- Auf verwickelte Weise hängen diese beiden Fragen zusammen. Soweit die gesundheitlichen Ungleichheiten auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zurückgehen – was nur zum Teil der Fall ist -, könnte man überlegen, ob sie nicht schon durch die selbstbestimmten Entscheidungen der Individuen gerechtfertigt sind und daher gar kein Gerechtigkeitsproblem begründen. Auf der anderen Seite lässt gerade die Schichtenspezifität mancher Verhaltensweisen daran zweifeln, dass sie tatsächlich ohne weiteres der individuellen Selbstbestimmung zugeschrieben werden können. Wie sollen Recht, Staat und Politik darauf reagieren?

In dem Projekt wurde insbesondere eine Monografie mit dem Titel „Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit" erstellt, die diese Fragen diskutiert. Dabei stand zunächst der Begriff der Selbstbestimmung im Vordergrund, dessen Gehalte in dem gemeinsamen Dachprojekt „Selbstbestimmung als Rechtsprinzip - normative Fiktionen und reale Bedingungen" mit Tatjana Hörnle analysiert wurden. Von Bedeutung ist er in präventionspolitischer Hinsicht insbesondere mit Blick auf das bereits erwähnte „Nudging": Ist eine verhaltensökonomisch inspirierte Veränderung der Entscheidungsarchitektur als autonomiefördernde Unterstützung oder als paternalistische Bevormundung einzuschätzen? Dies dürfte nicht zuletzt davon abhängen, mit welchem Ziel diese Beeinflussung des gesundheitsbezogenen Verhaltens stattfindet: Nur wenn das „Nudging" tatsächlich dazu dienen soll, den „wirklichen Willen" gegen kognitive Defizite zur Geltung zu bringen, ist es mit dem Grundsatz der Selbstbestimmung als zentralem Prinzip freiheitlicher politischer Ordnungen vereinbar. Feststellbar ist aber eine Objektivierung von Glücks- und Gesund-

Abb. 1: 2015 veröffentlichte Professor Dr. Stefan Huster „Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit. Normative Aspekte von Public Health". Das Werk ist Teil der Reihe Würzburger Vorträge zur Rechtsphilosophie, Rechtstheorie und Rechtssoziologie..

heitsvorstellungen, deren eudaimonistischen Tendenzen man mit Vorsicht begegnen sollte.

Zu einem ähnlich differenzierten Ergebnis kommt man mit Blick auf die Beurteilung der sozialen Gesundheitsunterschiede, die sich nicht nur, aber auch auf schichtenspezifisches Gesundheitsverhalten zurückführen lassen. Zwar ist es angesichts der sozialen und kulturellen Prägung vieler Verhaltensweisen nicht angemessen, den betroffenen Gruppen selbst die Schuld für ihre schlechteren Gesundheitschancen zuzuweisen. Das heißt aber noch nicht, dass sich diese Ungleichheiten als eine Ungerechtigkeit darstellen. Vielmehr handelt es sich um „strukturelle" Ungleichheiten, deren gerechtigkeitstheoretische Beurteilung besondere Schwierigkeiten aufwirft.

Insgesamt wird man konstatieren müssen, dass eine offensive Public Health-Politik durchaus Gefahr läuft, mit den Grundprinzipien freiheitlicher Ordnung in ein Spannungsverhältnis zu geraten. Dass alles gesundheitsrelevant ist, bedeutet nicht, dass Gesundheit ein Wert ist, der alle anderen Ziele und Zwecke überwiegt. Auch Gesundheit ist nur insoweit von Belang, wie sie den Abwägungen entspricht, die die Bürger in freier Selbstbestimmung vornehmen. Weil es sich durch eine äußerst liberale, die Selbstbestimmung der Fellows betonende Atmosphäre auszeichnet, käme am Alfried Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald auch niemand auf die Idee, an Speiseplänen herumzumanipulieren.

Ausgewählte Veröffentlichungen

Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit. Normative Aspekte von Public Health, Würzburger Vorträge zur Rechtsphilosophie, Rechtstheorie und Rechtssoziologie. Heft 49, Baden-Baden (Nomos), 2015, 91 S.

Rechtswissenschaft und Interdisziplinarität – Einige Beobachtungen aus der Werkstatt, in: Zeitschr. f. Rechtssoziologie 35 (2015), S. 143 – 148.

Individual Responsibility and Paternalism in Health Law, in: Thomas Schramme (Hrsg.) New Perspectives on Paternalism and Health Care, Library of Ethics and Applied Philosophy, Heidelberg/New York (Springer) 2015, S. 221 – 232.