
Gesundheitliche Eigenverantwortung

Anmerkungen zu einer schwierigen Kategorie

Wolfram Höfling

1. Problemaufriss

Mit dem Begriff der Eigenverantwortung rückt ein Topos in den Mittelpunkt des Interesses, der eine erstaunliche Karriere hinter sich hat und dessen Prominenz in der gesundheitspolitischen Diskussion in einem augenfälligen Missverhältnis zu seiner theoretischen Fundierung sowie seiner praktischen Operationalisierung steht. Nicht nur liberale Gesundheitspolitiker feiern die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung als Königsweg: Die „Gesundheitsversorgung der Zukunft“ sei „ohne Eigenverantwortung nicht denkbar.“ Die Menschen müssten ihre Verhaltensweisen ändern, nämlich: „Gesunde Ernährung, nicht rauchen, kein übermäßiger Alkoholgenuss, viel Bewegung, Teilnahme an Impfungen und an Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, um nur ein paar Punkte (!) zu nennen“. Und dann das Heilsversprechen: „Ein Mehr an Eigenverantwortung kann auch dazu führen, dass viele Krankheiten vermieden werden.“¹

Und auch das GKV-Recht thematisiert die gesundheitliche Eigenverantwortung in etlichen Bestimmungen explizit oder implizit: Schon § 1 SGB V spricht von der Mitverantwortlichkeit der Versicherten. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beach-

tung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.“ Implizit rekurriert § 52 Abs. 2 SGB V auf die Eigenverantwortung der Versicherten, wenn die Krankenkassen verpflichtet werden, die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern in den Fällen, dass Versicherte sich „eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen“ haben.²

Doch was steckt hinter der Redeweise von der gesundheitlichen Eigenverantwortung? Ist wirklich dasselbe gemeint, wenn „mehr Eigenverantwortung“ in Verbindung gebracht wird mit mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des GKV-Leistungskatalogs oder der Versorgungsformen, mit höherer Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten, mit Leistungsausschlüssen, mit rücksichtsvollem Umgang mit der eigenen Gesundheit? Wird nicht Eigenverantwortung immer dann besonders gerne beschworen und eingefordert, wenn man nicht mehr durchblickt?³

2. Elemente einer Rekonstruktion des Verantwortungsbegriffs

Versucht man eine – auch für das GKV-System adaptierbare – Operationalisierung, so wird man zunächst den (Eigen-)Verantwortungsbegriff als einen fünfgliedrigen Zuschreibungsbegriff konturieren können:⁴

- (1) Jemand (*Verantwortungssubjekt*) wird
- (2) gegenüber einem anderen (*Verantwortungsinstanz*)
- (3) für etwas (*Verantwortungsgegenstand*)
- (4) nach Maßgabe normativer Standards (*Verantwortungszurechnungsgrund*)

(5) mit spezifischen Instrumenten (*instrumentelle Verantwortungsrealisierung*)

zur Verantwortung gezogen.

Im System der GKV wird dementsprechend der gesetzlich Versicherte als Gesunder und/oder als Kranker vom Ausgabenträger für ein bestimmtes Verhalten bzw. für einen bestimmten Zustand nach Maßgabe z. B. der einschlägigen Normen des SGB V über den Weg der Kostenbeteiligung bzw. -überwälzung zur Verantwortung gezogen.

Im Blick auf die instrumentelle Verantwortungsrealisierung kann grob unterschieden werden zwischen *prospektiver Verantwortung* und *retrospektiver Verantwortung*. Erstere betrifft eine Art Zuständigkeitsverantwortung des Einzelnen, der er durch die Förderung gesundheitlicher Schutzfaktoren (körperliche Aktivität, angemessene Ernährung) und/oder die Vermeidung gesundheitlicher Risikofaktoren (Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuss) gerecht werden kann. Die retrospektive Verantwortung ist demgegenüber eine Rechenschaftsverantwortung.⁵ Die Realisierung einer derartigen Rechenschaftsverantwortung ist denkbar in Form einer Behandlungsverweigerung bei einer Krankheit, deren Entstehung der Eigenverantwortungssphäre des Einzelnen zugewiesen wird; möglich ist aber auch die volle bzw. partielle Kostenüberwälzung der Behandlung einer derartigen Erkrankung. Auch Misch- und Kombinationsformen prospektiver und retrospektiver Verantwortung sind möglich: So könnte jemand retrospektiv dadurch zur Verantwortung gezogen werden, dass er sich in Zukunft (prospektiv) „angemessen“ verhält, beispielsweise verpflichtet wird, an sekundären oder tertiären Präventionsmaßnahmen teilzunehmen.

3. Probleme der Implementierung von gesundheitlicher Eigenverantwortung

So einleuchtend die Kategorie gesundheitlicher Eigenverantwortung bei einer derartigen Operationalisierung auch erscheinen mag, so schwierig ist ihre Implementierung in der Praxis. Drei zentrale Problemaspekte seien kurz skizziert:

a. Das Problem der Kausalität

Eine elementare Herausforderung im Blick auf die retrospektive Zuschreibung von Verantwortung betrifft die Differenzierung zwischen selbstgewählten und nicht selbstgewählten Risiken, mit der zugleich die Grenze zwischen der individuellen und der gesellschaftlichen bzw. staatlichen Verantwortungssphäre markiert wird. Unter Bezugnahme auf eine Kategorisierung von Ronald Dworkin⁶ wird in der medizinethischen Literatur unterschieden zwischen „option luck“ (kalkuliertem Risiko) und „brute luck“ (reinem Zufall). „Option luck“ ist danach das Ergebnis einer bewussten Inkaufnahme von Risiken. Lässt sich nun ein gesundheitliches Ereignis kausal auf eine derartige Risikoentscheidung eines Menschen zurückführen, liegt ein Eigenverschulden vor, dessen Folgen von den Betroffenen auch selbst zu verantworten sind.⁷ Derartige Überlegungen verweisen indes auf die basale Schwierigkeit, ob nun ein bestimmter Zustand in einem kausalen Sinne dem Verhalten des Patienten zugeschrieben werden kann.⁸ Viele Krankheiten, nicht zuletzt die volkswirtschaftlich und in den Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken „führenden“ sog. Volkskrankheiten beruhen auf multifaktoriellen Krankheitsgenesen. Gerade die Komplexität der Wechselwirkungen erlaubt oftmals keine valide Zuweisung von Verantwortung.

Darüber hinaus setzt die Realisierung von Rechenschaftsverantwortung ein Nachweis- und Kontrollregime voraus, das mit erheblichen Interventionen in die Freiheitsphäre der Betroffenen verbunden sein kann. Für die Implementierung von Eigenverantwortung müsste in diesen Konstellationen ein ggf. hoher „grundrechtlicher Preis“ gezahlt werden.

b. Das Problem der Entscheidungsautonomie

Ein weiteres Problem betrifft die Frage nach der Entscheidungsautonomie desjenigen, den man für ein bestimmtes Verhalten bzw. einen bestimmten Zustand zur Verantwortung ziehen will. Die Zuweisung gesundheitlicher Eigenverantwortung insbesondere in ihrer retrospektiven Realisierungsform setzt eine freie, selbstbestimmte Entscheidung auf der Grundlage valider Information im Status kompetenter Alternativen- und Folgenabschätzung voraus. Dies ist eine überaus anspruchsvolle Prämisse. Eine derartige Entscheidungsautonomie ist – jenseits der unterkomplexen binären Weltsicht: entweder man ist ein unter Betreuung Stehender oder ein autonomes Subjekt⁹ – an komplexe Bedingungen geknüpft. Lässt sich – beispielsweise – diese Fähigkeit wirklich entwickeln in ruinierten Familienstrukturen und deformierenden Lebensverhältnissen?

Die Problematik sei kurz illustriert am Beispiel des malignen Melanoms. Hier ist ein wichtiger exogener Risikofaktor die UV-Exposition, die ganz wesentlich vom Verhalten des Einzelnen bestimmt wird. Damit scheint es sich um ein durchaus geeignetes Beispiel für die Übernahme von prospektiver Eigenverantwortung zu handeln, zumal es Hinweise darauf gibt, dass sich das Verhalten der Bevölkerung gegenüber der Sonne durch entsprechende Aufklärungskampagnen beeinflussen lässt.¹⁰ Fragt man allerdings nach der Möglichkeit der Realisierung von retrospektiver

Verantwortung, so ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten vor dem Hintergrund der Voraussetzung von Entscheidungsautonomie. Gerade die UV-Exposition in der Kindheit ist ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung melanozytärer Naevi, welche wiederum mit einem erhöhten Risiko assoziiert sind, an einem malignen Melanom zu erkranken. Hier sind indes die Eltern für die UV-Protektion ihrer Kinder verantwortlich, und eine retrospektive Verantwortungszuschreibung im Erwachsenenalter ist kaum vertretbar.¹¹ In diesem Beispiel zeigt sich darüber hinaus, dass der Aspekt der Entscheidungsautonomie auch das Kausalitätsproblem verschärfen kann, sollte man versuchen, Verantwortungsanteile auf bestimmte Lebensaltersphasen zu verteilen.

c. Das Problem der normativen Standardsetzung

Entscheidungsautonomie und Kausalität benennen lediglich zwei notwendige, nicht aber hinreichende Bedingungen für die Zuschreibung von Eigenverantwortung. Darüber hinaus muss nach Maßgabe normativer Standards festgelegt werden, auf welche der selbstverursachten Gesundheitsbeeinträchtigungen instrumentell reagiert werden soll. Erst diese Standards trennen die gesundheitlichen „Normalrisiken“ des täglichen Lebens von der Sphäre der „Eigenverantwortung“.¹²

Das Problem der normativen Standardsetzung wirft nun auf zwei Ebenen Fragen auf:

- Zunächst geht es um die kompetenzielle und prozedurale Dimension: Wer ist die legitime und effektive Besteuerungsinstanz? Wer entscheidet über die Normierung in welchem Verfahren?
- Sodann geht es um die inhaltliche Dimension: Welche Lebensstile sind politisch akzeptabel und welche nicht?

Wie schwierig eine Politik konsistenter Standardsetzung in inhaltlicher Hinsicht ist, zeigen die Diskussionen um die Akzeptanz bzw. Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums ebenso wie die Auseinandersetzungen um die Einführung eines Tempolimits auf Autobahnen (hier lässt sich die Gesellschaft die „freie Fahrt für freie Bürger“ jedes Jahr ein paar Hundert Menschenleben kosten). Gerade weil aber die Selektion von „Eigenverantwortungs-Risiken“ so schwierig ist, kommt der Kompetenzfrage besondere Bedeutung zu.

4. Plädoyer für eine vorsichtige und maßvolle Interventionsstrategie

Die skizzierten Probleme indizieren eine vorsichtige und maßvolle Interventionsstrategie zur Implementierung gesundheitlicher Eigenverantwortung:

(1) Das bedeutet zunächst einmal eine Beschränkung der normativen Standardsetzung auf wenige Bereiche, zu denen möglichst valide Daten vorliegen.¹³

(2) Zum Zweiten sind weiche statt harte bzw. prospektive statt retrospektive Steuerungsinstrumente zu bevorzugen.

Dazu im Folgenden einige knappe Überlegungen: Zunächst sei ein Beispiel illegitimer Standardsetzung in Kombination mit einer unangemessen harten Rechenschaftsverantwortung genannt. Es betrifft die Transplantationsmedizin, und zwar die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Aufnahme in die Warteliste für Lebertransplantationen. Hier findet sich u. a. die Regel, wonach bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose die Aufnahme auf die Warteliste erst dann erfolgen darf, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat.¹⁴ Problematisch

ist hier schon die Validität der medizinischen Begründung für festgeschriebene Abstinenzzeiten.¹⁵ Abgesehen davon aber stellt sich in aller Schärfe die Frage, wodurch ausgerechnet die Bundesärztekammer legitimiert sein soll zu der Entscheidung, einen akut dekompensierenden Patienten sterben zu lassen, weil er noch nicht „trocken“ ist. Thomas Gutmann hat die auf der Hand liegende Kritik wie folgt formuliert: „Es bedarf nur einer geringen Zuspitzung, um die rechtsstaatliche Unerträglichkeit dieser ‚Richtlinie‘ zu verdeutlichen: eine Organisation, die nicht einmal den Status eines eingetragenen Vereins besitzt, verhängt kraft eigener Machtvollkommenheit aus pädagogischen Gründen die Todesstrafe über suchtkranke Patienten, und das Rechtssystem sieht (bisher) ein Jahrzehnt lang tatenlos zu.“¹⁶

Sodann sei ein Blick auf das SGB V geworfen, das in § 62 Abs. 1 Gesundheitsobliegenheiten statuiert, mit denen Eigenverantwortung zur Geltung gebracht werden soll. Es geht hier – vereinfacht – um sog. Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben. Bei chronisch Kranken beträgt sie grundsätzlich 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Dieser Satz wird verdoppelt

„1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen¹⁷ vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,

2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht¹⁸ und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.“

Nach § 62 Abs. 1 Satz 5 legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest,

in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun in seinem Beschluss vom 19. Juli 2007 die Entscheidung getroffen, dass keine der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen als verpflichtende Untersuchungen festgesetzt werden sollen.¹⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf diese Weise die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungsobligationen durch Beratungsobligationen ersetzt, was im Blick auf die Regelungen des § 62 Abs. 1 SGB V – abgesehen wiederum von der prinzipiellen Frage nach der Legitimität des Gemeinsamen Bundesausschusses zur normativen Standardsetzung²⁰ – fraglich erscheint. Dies ist hier indes nicht zu vertiefen. Vielmehr soll ganz prinzipiell auf ein Problem derartiger Eigenverantwortungskonzepte, wie sie in § 62 SGB V angelegt sind, hingewiesen werden. Eine Konsequenz derartiger Gesundheitsobligationen ist eine zunehmende Zahl von Untersuchungen ohne therapeutischen Nutzen.²¹ Ein Großteil der Ressourcen im Rahmen von Früherkennungsprogrammen wird darauf verwendet werden, Verdachtsfälle, die man im ersten Screeningdurchlauf entdeckt hat, im weiteren Verlauf als falsch-positiv zu widerlegen. Ein weiterer erheblicher Kostenfaktor für das Gesundheitswesen besteht darin, dass Menschen, die vor der Manifestation der diagnostizierten bzw. prognostizierten Krankheit aus einem anderen Grund sterben, möglicherweise mit erheblichem finanziellen Aufwand therapiert werden, was auch über das Finanzielle hinaus mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen verbunden ist. Schließlich sind die durchaus erheblichen Eingriffe in die Patientenautonomie und insbesondere in das Recht auf Nichtwissen als „grundrechtliche Kollateralschäden“ mit zu bedenken.²²

(3) Modelle kostenüberwältigender Rechenschaftsverantwortung müssen im Übrigen berücksichtigen, dass etliche

Millionen aus überschuldeten Haushalten – und hier handelt es sich vermutlich gerade um diejenigen, deren „Eigenverantwortung“ gemeinhin als schwach ausgeprägt gilt²³ – für eine derartige Monetarisierung von Eigenverantwortung schlicht nicht zur Verfügung stehen.

(4) Es scheint daher insgesamt sinnvoll, *politikfeldübergreifend* auf evidenzbasierter Basis für wenige ausgewählte Bereiche Instrumente zur Stärkung prospektiver Eigenverantwortung zu entwickeln. Diese bedürfen der lebensweltkompatiblen Information bzw. der kommunikativen Aktivierung der Adressaten. Eher kontraproduktiv erscheint indes die ministerielle Anmaßung edukatorischer Leitbildformulierungen.²⁴

Anmerkungen

¹ So der (damalige) gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion *Thomae, Dieter*: Eigenverantwortung als Grundstein liberaler Gesundheitspolitik. In: Die BKK 2004, 382 (386); *Karr, Detlef*: Eigenverantwortung als Basis staatlicher Gesundheitspolitik? In: *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.)*: Grenzen der Gesundheit. Freiburg 2004, 354ff; zur Zahnmedizin und ihrer Vorreiterrolle im diskutierten Zusammenhang vgl. *Koschorrek, Rolf*: Zahnmedizin und Gesundheitspolitik. In: *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.)*: Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Freiburg 2008, 432ff.

² Durch das sog. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist die ursprüngliche Fassung – wie es in der Gesetzesbegründung heißt: klarstellend – geändert worden. Zuvor hatte es noch geheißen: „Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z. B. eine ästhetische Operation ...“. Durch die Änderung wird, so die amtliche Begründung, „gewährleistet, daß nur bei Folgen einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder einem Piercing eine Kostenbeteiligung der Versicherten erfolgt“; vgl. BT-Drucksache 16/7439, 96.

³ Vgl. hierzu die Grundsatzkritik bei *Heidbrink, Ludger*: Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns im komplexen Kontext. Weilerswist 2003. In der Rezension dieses Werks durch *Christian Geyer* in der FAZ findet sich der Satz:

„Daß besonders dann gerne ‚Verantwortung‘ beschworen wird, wenn man nicht mehr durchblickt, die Ursache und Wirkung von Handlungen und Zusammenhängen ...“

⁴ Zum Folgenden vgl. auch *Marckmann, Georg*: Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung? In: *Rauprich, Oliver / Marckmann, Georg / Vollmann, Jochen (Hrsg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*. Paderborn 2007, 299 (302f); *Marckmann, Georg / Gallwitz, Baptist*: Gesundheitliche Eigenverantwortung beim Typ-II-Diabetes. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 53 (2007), 102 (105f) – wo allerdings von einem viergliedrigen Zurechnungsbegriff ausgegangen wird.

⁵ Zu dieser Unterscheidung vgl. etwa *Marckmann* (wie Anm. 4), 302.

⁶ *Dworkin, Ronald*: What is equality? Part 2: Equality of resources. In: *Philosophy and public affairs* 10 (1981), 283ff.

⁷ Zu diesen Überlegungen *Dietrich, Frank*: Eigenverantwortung als medizinethisches Rationierungskriterium. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 47 (2001), 301, 372ff; *Marckmann / Gallwitz* (wie Anm. 4), 107f.

⁸ Dazu etwa *Buyx, Alena*: Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. In: *Ethik in der Medizin* 17 (2005), 269 (276f).

⁹ Dazu *Höfling, Wolfram*: Der autonome Patient – Realität und Illusion. In: *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg 2006, 390ff.

¹⁰ Dazu mit Nachweisen *Marckmann* (wie Anm. 4), 308ff.

¹¹ Hierzu *Marckmann* (wie Anm. 4), 310.

¹² Hier etwa *Marckmann / Gallwitz* (wie Anm. 4), 109.

¹³ Der Typ-II-Diabetes wäre ein denkbarer Anwendungsbereich.

¹⁴ *Bundesärztekammer*: Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 Abs. 1 Nrn. 2 und 5 TPG, hier: Richtlinie für Warteliste zur Lebertransplantation (in der Fassung vom 28.2.2003), abrufbar unter www.bundesaeztekammer.de (3.11.2008).

¹⁵ *Gutmann, Thomas*: Allokationsfragen: Aporien und Zweifelsfragen des geltenden Rechts. In: *Höfling, Wolfram (Hrsg.): Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland*. Tübingen 2008, 113 (128); *Webb, Kerry / Neuberger, James*: Transplantation for alcoholic liver disease. In: *British Medical Journal* 329 (2004), 63ff; *Neuberger, James / Schulz, Karl-Heinz / Day, Christopher et*

al.: Transplantation for alcoholic liver disease. In: *Journal of Hepatology* 36 (2002), 130ff.

¹⁶ *Gutmann, Thomas* (wie Anm. 15), 128f; vgl. aber auch *Dietrich* (wie Anm. 7), der im Blick auf alkoholbedingte Leberschäden davon spricht, daß sich dem Rationierungskriterium Eigenverschuldung in wohl kaum einem anderen medizinischen Bereich so günstige Anwendungsbedingungen böten wie bei der Patientenauswahl für Lebertransplantationen (377).

¹⁷ § 25 Abs. 1 SGB V lautet: „Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.“

¹⁸ § 25 Abs. 2 SGB V lautet: „Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.“ Voraussetzung sowohl für die Untersuchungen nach Abs. 1 wie auch nach Abs. 2 ist nach Abs. 3, dass es sich (1) um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können, (2) das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist, (3) die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind und (4) genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

¹⁹ Vgl. auch den Bescheid des Bundesgesundheitsministeriums vom 17.9.2007, der diesen Beschluss – wenn auch mit Auflagen – grundsätzlich unbeanstandet gelassen hat.

²⁰ Zur Kritik hinsichtlich der mangelnden Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses aus neuerer Zeit etwa *Ziermann, Karin*: Inhaltsbestimmung und Abgrenzung der Normsetzungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bewertungsausschüsse im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin 2007; *Kingreen, Thorsten*: Verfassungsrechtliche Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitsrecht. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 2006, 877ff.

²¹ Vgl. dazu jüngst *Stockter, Ulrich*: Präventivmedizin und Informed Consent. Münster 2008, 47ff mit der Unterscheidung zwi-

schen „Falsch-Alarmierten“, „Zu-früh-Alarmierten“ und „Über-Alarmierten“.

²² Vgl. auch die kritischen Anmerkungen bei *Stockter* (wie Anm. 21), 209ff.

²³ Zu den nicht zuletzt bildungsbedingten sozialen Asymmetrien vgl. auch die Beiträge von Carsten Wippermann sowie von Manfred J. Müller und Beate Landsberg in diesem Band; ferner etwa *Mielck, Andreas*: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bonn 2005; *Ebsen, Ingwer*: Armut und Gesundheit. In: *Armutsfestigkeit sozialer Sicherung*. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V., 12./13. Oktober 2006. Berlin 2007, 133ff.

²⁴ Vgl. hierzu *Höfling, Wolfram*, Rechtliche Mittel, Maßstäbe und Schranken der staatlichen Beeinflussung des Ernährungsverhaltens. In: *Zeitschrift für das gesamte Lebensmittelrecht* 33 (2006), 121ff.