Erstes Kapitel: Public Health und die Sorge um den Gesundheitszustand der Bevölkerung

A. Grundfragen

I. Public Health als bevölkerungsbezogene Vorsorge

Ausgangspunkt der Arbeit sind zentrale Erkenntnisse und Forderungen des Forschungsfeldes „Public Health". Aufgrund der Anforderungen, die sich aus der Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu den chronischen Erkrankungen ergeben, sei eine erheblich stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Versorgungssystem erforderlich, als dies heute der Fall sei. Denn nur durch die systematische Integration von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Versorgungsalltag ließe sich langfristig eine Reduktion und Verbreitung chronischer Krankheiten und eine Kompression der Morbidität am Ende der Lebensspanne erreichen.[26]

Einen entsprechenden deutschen Begriff für Public Health zu finden, gestaltet sich schwierig, wird die englische Bezeichnung doch zumeist auch in der deutschsprachigen Literatur verwendet. Teilweise wird von „Gesundheitswissenschaften"[27] oder von der „Wissenschaft von der öffentlichen Gesundheit"[28] gesprochen. Da sich Public Health jedoch nicht in der bloßen Beschreibung von Zuständen erschöpft, lässt sie sich wohl zutreffender als „öffentliche Sorge um die Gesundheit aller"[29] beschreiben.[30] Public Health beschäftigt sich nämlich intensiv mit den durch Umwelteinflüsse und individuelles Verhalten ausgelösten Risiken, die für die Gesundheit der Bevölkerung drohen. Der Begriff ist insbesondere von der

---

26 Vgl. nur *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheits-wissenschaften, 2012, S. 661 (662) m. w. N.

27 *Hurrelmann/Laaser*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 5 (8 f.).

28 *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 60.

29 *Brand/Stöckel*, in: *Brand/v. Engelhardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, 2002, S. 11 (12).

30 Vgl. auch *Wehkamp*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 499 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Medizin abzugrenzen. Während sich diese auf das Individuum und dessen medizinische Versorgung fokussiert, liegt der Kern der Betrachtung von Public Health auf einem bevölkerungs- bzw. populationsbezogenen Ansatz.[31] Methodologisch unterscheidet sich Public Health damit von der Medizin dahingehend, dass innerhalb der Public Health Wissenschaft Erkenntnisse vor allem aus epidemiologischen Betrachtungen, Studien und anderen statistischen Erhebungen gewonnen werden und als Forschungs- bzw. Argumentationsgrundlage dienen.[32] Während sich hinsichtlich des Gesundheitszustandes die Individualmedizin vorwiegend mit unmittelbaren Kausalfaktoren wie etwa Übergewicht, Blutdruck, Bewegungsmangel etc. befasst, konzentriert sich Public Health auf die Verteilung dieser Risikofaktoren innerhalb der Gesellschaft und versucht die zugrundeliegenden Ursachen zu erforschen und Präventionsstrategien abzuleiten.[33] Public Health kann damit auch als „Theorie und Praxis der bevölkerungsbezogenen Förderung und Sicherung der Gesundheit" definiert werden.[34] Die Definition der WHO spezifiziert diesen Grundansatz, indem sie unter Public Health alle organisierten Maßnahmen (öffentlicher und privater Art) zur Vermeidung von Krankheiten, Förderung von Gesundheit und Verlängerung des Lebens innerhalb der Bevölkerung als Ganze versteht.[35] Einige Autoren erweitern diese Definition noch um qualitative Merkmale und führen aus, dass die genannten Maßnahmen und Ziele von Public Health „unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen" zu erfolgen haben.[36]

Die Bedeutung des Public Health Ansatzes ergibt sich vor allem aus der Erkenntnis, dass der Anteil der Medizin am Gesundheitszustand der Bevölkerung nur relativ gering ausfällt. So wird etwa davon ausgegangen, dass die medizinische Forschung und Versorgung nur mit einem Anteil von einem Sechstel zum Anstieg der Lebenserwartung im vergangenen

31 *Mann*, Hastings Center Report 1997, 6 f.; *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health – Gesundheits-wissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 12.
32 *Mann*, Hastings Center Report 1997, 6 f.
33 *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 14.
34 Vgl. *Rosenbrock*, Geleitwort, in: *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health – Gesundheits-wissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 11.
35 *WHO*, http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/ (Stand: 05.03.2015).
36 *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 16.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Jahrhundert beitrug.[37] Der Gewinn an Lebenserwartung sei vielmehr auf hygienische und soziale Maßnahmen – und damit Public Health Maßnahmen – zurückzuführen, welche insbesondere zu einer Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie dem Rückgang von Infektionskrankheiten geführt haben.[38] Trotz dieser Erkenntnisse wird in vielen Gesundheitssystemen der Fokus immer noch ganz überwiegend auf das Individuum gelegt und demzufolge auch grundsätzlich die medizinische Versorgung als wichtigster Gesundheitsfaktor angesehen, wenn nicht sogar mit dieser gleichgesetzt.[39] Die Public Health Forschung begreift dies jedoch als systemische Fehlausrichtung und versucht demgegenüber, den Fokus auf die Förderung von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheitsentstehung – also Krankheitsprävention – zu lenken.

Der bevölkerungsbezogene, präventive Ansatz von Public Health stellt die rechtliche Bewertung der Konzepte und Umsetzungsstrategien vor eine Reihe von Herausforderungen. Bemühungen im Sinne von Public Health zielen vorrangig auf eine Verbesserung der *positiven* Gesundheit. Da sich der Zustand vollständiger Gesundheit wohl nie vollends erreichen lässt, begründet das Ziel von Public Health letztlich eine expansive Tendenz staatlicher Gesundheitsförderung.[40] Im Fokus steht dabei vor allem die Verbesserung eines oftmals nur statistisch feststellbaren Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung und nicht die Verbesserung individueller Gesundheit.[41] Bei der Bevölkerungsstrategie fallen Aufwand und Nutzen der Präventionsmaßnahmen nur selten zusammen.[42] Maßnahmen, welche vor allem auf der Bevölkerungsebene wirken, können unter Umständen nur geringe, gar vernachlässigenswerte Auswirkungen auf Individuen

37 *Mann*, Hastings Center Report 1997, 6 (7).

38 *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 22; vgl. vor allem auch *McKeown*, The Role of Medicine, 1976, S. 57 ff.

39 *Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 4.

40 Vgl. *Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, 2015, S. 53; *Müller-Dietz*, JZ 2011, 85 (93) sowie *Baier*, in: *Seewald/Schoefer* (Hrsg.), Zum Wert unserer Gesundheit, 2008, S. 111 (113 ff.); damit verbunden, werden auch die Erwartungen an den „eigenverantwortlichen Gesundheitsmenschen" nahezu grenzenlos, vgl. *Schmidt*, in: *Paul/Schmidt-Semisch* (Hrsg.), Risiko Gesundheit, 2010, S. 23 (24).

41 *Burris/Gostin*, in: *Bayer/Gostin/Jennings u. a.* (Hrsg.), Public Health Ethics, 2007, S. 357 (358).

42 *Marckmann*, Ethik in der Medizin 2010, 207 (211).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

haben.[43] Der gesundheitsbezogene Anreiz für den Einzelnen, Präventionsmaßnahmen zu befürworten bzw. an ihnen teilzunehmen, bleibt damit gering.[44] Es stellt sich die Frage, ob man aus den auf Bevölkerungsebene beobachtbaren gesundheitlichen Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen schließen kann, dass die einzelnen Bürger ein starkes Interesse daran haben, diese Verhaltensweisen zu vermeiden und dafür auch Grundrechtseingriffe in Kauf zu nehmen.[45]

Die Bevölkerungsperspektive scheint jedoch nicht nur die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Einzelnen, sondern auch den Wert individueller Freiheit und Selbstbestimmung aus dem Blick zu verlieren.[46] Dies kann man damit begründen, dass Public Health als wissenschaftliche Disziplin im Kern eine empirische Sozialwissenschaft ist, welche darauf ausgerichtet ist die Bestimmungsgründe menschlicher Entscheidungen und Verhaltensweisen zu analysieren.[47] Wenn Epidemiologen versuchen, auf der Grundlage statistischer Daten Zusammenhänge zwischen Lebensverhältnissen und Verhaltensweisen zu beobachten und zu erklären, dann gerät die individuelle Selbstbestimmung zur „theoretischen Leerstelle" und findet allenfalls als unerklärter Restbestand Eingang in die Analyse.[48] Das Individuum mit seinen Wertvorstellungen und Vorlieben kommt hier nicht vor, es kann nur als Mitglied einer bestimmten sozialen Gruppe aufgefasst werden, deren Einstellungen und Lebensgewohnheiten es teilt. Von Bedeutung für die Erklärung von Verhalten sind daher allein soziale Determinanten, nicht subjektive Entscheidungen. Autonomie und Willensfreiheit haben somit in dieser Form von Sozialwissenschaft keinen Platz.[49]

Für andere wiederum stellt das durch die Gesundheitswissenschaften hervorgebrachte, ausdifferenzierte Wissen über die Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren die legitimatorische Logik des solidarischen Risikoausgleichs innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend in Frage. Eine generelle Unterstellung der Zufälligkeit von Risikounterschieden sei angesichts der Kenntnisse über den Einfluss geneti-

43 *Burris/Gostin*, in: *Bayer/Gostin/Jennings u. a.* (Hrsg.), Public Health Ethics, 2007, S. 357 (358).
44 *Marckmann*, Ethik in der Medizin 2010, 207 (211).
45 Dies bezweifelnd *Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, 2015, S. 53.
46 Vgl. *Siegel*, Journal of Contemporary Health Law & Policy 2001, 359 (363 ff.).
47 *Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, 2015, S. 54 f.
48 *Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, 2015, S. 54 f.
49 *Huster*, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit, 2015, S. 54 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

scher Prädispositionen, individueller Lebens- und Arbeitsverhältnisse etc. nicht länger gerechtfertigt.[50] Entsprechende Verteilungseffekte werden im höheren Maße als problematisch empfunden, insbesondere, da das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der deutschen Bevölkerung „zu wünschen übrig lasse".[51] Vor allem für verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken wird daher vermehrt eine stärkere individuelle Verantwortungszuschreibung gefordert.[52] Die Frage ist jedoch, ob die für eine gesetzgeberische Integration von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention notwendigen verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen überhaupt gegeben sind. Diese herauszuarbeiten sowie Integrationshemmnisse und Konflikte, insbesondere mit den Freiheitsrechten, aufzuzeigen, ist Anliegen dieser Arbeit.

II. Gesundheit und Krankheit

Ein erstes Grundproblem gesundheitswissenschaftlicher Konzepte und Forderungen stellt die Bestimmung der Begriffe Gesundheit und Krankheit dar. Dies ist zunächst Grundvoraussetzung, um überhaupt Aussagen über den „guten" oder „schlechten" Gesundheitszustand Einzelner und der Bevölkerung treffen zu können. Rechtlich relevant ist vor allem die Frage der Definitionskompetenz. Wer sollte eigentlich darüber bestimmen, was zum „Gesundsein" dazugehört und was nicht?

---

50 Vgl. *Ullrich/Christoph*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2006, 406 (408 f.).

51 Vgl. *Musil*, Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2003, S. 90 ff.; *Heinen-Kammerer*, Gesundheitsförderung und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1999, S. 35 ff. sowie die Nachweise bei *Schmidt*, in: *Paul/Schmidt-Semisch* (Hrsg.), Risiko Gesundheit, 2010, S. 23 (25 f.).

52 Vgl. *Ullrich/Christoph*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2006, 406 (408 f.) sowie die Nachweise bei *Schmidt*, Eigenverantwortung haben immer die Anderen, 2008, S. 131 ff. m. w. N.; *Heinen-Kammerer*, Gesundheitsförderung und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1999, S. 25 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Die Definition von Gesundheit und Krankheit

Über die exakte Bestimmung der Begriffe Gesundheit und Krankheit ließen sich grundsätzlich Bände füllen.[53] So hat nicht nur jede wissenschaftliche Disziplin oder jedes „Bezugssystem“[54] selbst, sondern auch – insbesondere in der Medizin – eine Vielzahl der Teildisziplinen ein eigenständiges Verständnis von Gesundheit und Krankheit.[55] Gesundheitsvorstellungen können als anthropologische und soziokulturelle Konstruktionen nicht außerhalb von zeitlichen, räumlichen und sozialen Umständen existieren.[56] Sie sind daher grundsätzlich immer auch Ausdruck bestimmter Wertvorstellungen und spiegeln den gesellschaftlichen Umgang mit den Unterschieden menschlicher Handlungsmöglichkeiten wider.[57] Die Zuschreibung von Krankheit oder Gesundheit hat wichtige normative Implikationen und entscheidet über die Zuschreibung oder Entbindung von An-

---

53 Umfassend zu den Begriffen Krankheit und Gesundheit: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012; *Lenk*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 67; *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 11 ff.; vgl. auch die Ausführungen zum Begriff Gesundheit aus Sicht der Kirche, Medizin, Krankenkassen, Rechtswissenschaft, Pharmaindustrie, Patienten, Politik und Medien in *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 16 ff.; aus Sicht der Gesundheitswissenschaften: *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100 ff.; *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108 ff.; *Schwartz u. a.*; in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 37 ff.; *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (188 ff.); siehe auch die ausführliche Auseinandersetzung mit dem Begriff und Charakter des Guts Gesundheit aus politikwissenschaftlicher Perspektive bei *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011.

54 *Schwartz u. a.*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 37 ff.

55 Vgl. dazu nur *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 16 ff. und die ausführliche Zusammenstellung bei *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 14 ff.

56 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108 f.; *Schmidt-Assmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 16; anders wohl *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 ff., der Gesundheit und Krankheit allein statistisch-biologischen Merkmalen festzumachen vermag.

57 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108 f.; *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 12 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sprüchen, Aufgaben und Pflichten für den Einzelnen und den Staat.[58] Nicht zuletzt deswegen ist die Definition dieser Begriffe heftig umstritten. Letztlich kann der Gesundheitsbegriff nicht abstrakt und frei von biologischen, sozialen oder kulturellen Zusammenhängen bestimmt werden.[59] Er erfüllt in diesem Zusammenhang – abhängig von dem jeweiligen Erkenntnisinteresse – immer zugleich auch eine bestimmte Funktion. Der Gesundheitsbegriff muss dementsprechend – wenn er eine (rechts-) praktische Funktion erfüllen soll – immer in Relation zu einem bestimmten Bezugskontext definiert und verstanden werden.[60]

a) Gesundheit und Krankheit als Abgrenzungskonzepte

Gesundheit und Krankheit können zunächst als Konzepte zur Abgrenzung bestimmter Sachverhalte verstanden werden. In diesem Sinne ist Gesundheit eng mit der biomedizinischen Deutung und Diagnose von Krankheit verknüpft und wird hier negativ definiert als „Abwesenheit von Krankheit" oder als „noch nicht vollständig medizinisch diagnostizierte körperliche/seelische Verfassung".[61] Eine solche – oftmals starre – Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit ist sowohl in der Medizin, aber auch im (auf Anwendung orientieren nationalen) Recht anzufinden und dient einer praktisch notwendigen Abgrenzung von behandlungsbedürftigen und nicht behandlungsbedürftigen medizinischen Zuständen und der Frage, ob eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst wird und ein Anspruch auf gesundheitliche Versorgung gegeben ist.[62] Die Wieder-

58 *Schramme*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 9; *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 12 ff.

59 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108 f.; *Diehl*, in: *Kick/Taupitz* (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, 2005, S. 113 (129).

60 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108 f.; *Schmidt-Jortzig*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 86 (91), nennt dies ein „bereichsspezifisches" Verständnis von Gesundheit.

61 *Hurrelmann/Franzkowiak*, Gesundheit, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100.

62 Zur grundsätzlichen Dichotomie von Gesundheit und Krankheit in der Medizin: *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 29 f. und zur Unterscheidung „krank-gesund" im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung: *Wiesing/Werner*, in: *Brand/v. Engelhardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit ver-

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

herstellung und Erhaltung der Gesundheit stellt dabei natürlich Ziel des Handelns dar – der zum Heileingriff legitimierende Faktor ist jedoch der Krankheitsbefund.[63] Ungeachtet subjektiver Bewertungen wird in diesem Zusammenhang Gesundheit in Abgrenzung zu Krankheit grundsätzlich aufgrund praktisch-normativer Kriterien unterschieden.[64]

Aus traditioneller, naturwissenschaftlicher Sicht der Medizin ist dann nur derjenige nicht gesund, welcher einen Befund von Krankheitswert aufweist; sich also objektivierbare Abweichungen von der Norm ermitteln lassen.[65] Diese Abweichungen werden dabei grundsätzlich anhand definierter Grenzwerte oder zumindest relativ genau beschreibbarer Veränderungen bestimmt und möglichst in eine Krankheit nach dem Krankheitsklassifikationssystem ICD-10 der WHO eingeordnet.[66] Ziel einer solchen Abgrenzung ist es, als unerwünscht definierte körperliche und geistig-seelische „Abnormitäten" zu erkennen und eine zu deren Beseitigung erforderliche Hilfe zur Verfügung zu stellen.[67]

Im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung wird in § 1 S. 1 SGB V zwar von „Gesundheit" und in §§ 11 Abs. 1 und 27 Abs. 1 S. 1 SGB V von „Krankheit" gesprochen, diese beiden Begriffe werden jedoch nicht weiter definiert.[68] Ein Verständnis von dem, was die GKV unter den Gesundheitsschutz stellen soll, ergibt sich daher erst aus einer Zusammenschau der einzelnen festgeschriebenen Leistungsansprüche, welche zum

---

sus Public Health?, 2002, S. 144 ff.; allg. auch *Heinen-Kammerer*, Gesundheitsförderung und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1999, S. 5.

63 *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 20.

64 *Hoppe*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 46 (50).

65 *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 15 f.; *Schwartz u. a., in: Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 40, weisen jedoch zurecht daraufhin, dass in der Medizin als „Wissenssystem" durchaus ein weiteres Verständnis von Gesundheit und Krankheit besteht, eine klare Abgrenzung zwischen gesund und krank für die Medizin als „Handlungssystem" jedoch notwendig erscheint.

66 ICD-10 Datenbank der WHO, http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en (Stand: 6.4.2017); vgl. auch zur Verschlüsselungspflicht für Ärzte und Krankenhäuser §§ 295 Abs. 1 S. 2 und 301 Abs. 2 S. 1 SGB V.

67 *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 28.

68 Vgl. zum Folgenden den Überblick bei *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 104 ff. sowie *Wiesing/Werner*, in: *Brand/Engel-hardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, 2002, S. 144 ff. und *Wollenschläger*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 509 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

großen Teil der Krankheitsbehandlung dienen.[69] Gesundheitsschutz soll zwar abstrakt das Ziel der GKV sein, entscheidend ist jedoch eine Abgrenzung zwischen leistungspflichtigen und nicht versorgungsbedürftigen Zuständen, die sich – wie § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V zeigt – hauptsächlich am Kriterium der medizinisch notwendigen Versorgung orientieren. Im Zentrum des Gesundheitsrechts nach dem SGB V stehen damit die Rechte und Ansprüche des Kranken[70] – diesen gilt es daher vom Gesunden abzugrenzen.

Das Bundessozialgericht definiert Krankheit im Sinne des SGB V in ständiger Rechtsprechung entsprechend als einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der entweder *Behandlungsbedürftigkeit* oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.[71] Es erwähnt in diesem Zusammenhang sogar ausdrücklich, dass es sich bei diesem Krankheitsbegriff um „Krankheit im Rechtssinn" handele.[72] Der Krankheitsbegriff wird dabei vom Zustand des Gesundseins mittels des Elements der „Regelwidrigkeit" abgegrenzt.[73] Es handelt sich damit um einen *reinen Zweckbegriff* zur Bestimmung des versicherungsrechtlichen Risikos und zur Auslösung der Leistungspflicht.[74] Es finden sich zwar auch in der Rechtsprechung Ansätze, den Gegenbegriff „Gesundheit" positiv als Zustand zu definieren, in welchem der Einzelne seine „psychophysischen" Funktionen ausüben kann.[75] Doch auch dies geschieht grundsätzlich nur im Hintergrund der Abgrenzung des normalen vom regelwidrigen Zustand im konkreten Einzelfall.

Allgemein gesehen ist als Gesundheit im Sinne des SGB V damit zunächst vor allem das Freisein von einem regelwidrigen, medizinisch dia-

---

69 *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen,* SGB V, 5. Aufl. 2017, § 1 Rn. 3.

70 So auch *Kohler*, Sozialrechtlich gesteuerte Gesundheitsförderung in der kassenärztlichen Versorgung, 1989, S. 13; diese Aussage lediglich auf die Verfassungspositionen beschränkend *Schmidt-Assmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 11.

71 Vgl. u.a. BSGE 13, 134 (136); 26, 240 (242); 33, 202; 35, 10 (12); 62, 83; 85, 36 (38); 90, 289 (290) und auch *Kraftberger*, in: *Hänlein/Kruse/Schuler* (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 4. Aufl. 2012, § 27 Rn. 9 ff. sowie *Lang*, in: *Becker/Kingreen,* SGB V, 5. Aufl. 2017, § 27 Rn. 13 ff.

72 BSGE 35, 10 (12).

73 BSGE 35, 10 (12); 62, 83 f.; 85, 36 (38 f.).

74 *Nolte*, in: *Körner/Leitherer/Mutschler,* KassKomm, 82. EL (Juni 2014), SGB V § 27 Rn. 9.

75 BSGE 30, 151 (153); 35, 10 (12), 62, 83 f.; zur Frage der Definition von Gesundheit als Funktionsaussage s. unten A II c.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gnostizierbaren, behandlungsdürftigen sowie behandlungsfähigen und damit einen von der Solidargemeinschaft zu tragenden Zustand zu verstehen. Eine Ergänzung findet dieses Verständnis von Gesundheit auch durch die der Gesundheit dienenden Leistungen der anderen Versicherungszweige (etwa der Unfall- oder Pflegeversicherung) sowie der Sozialhilfe.[76] Eine ausdrücklichere Umschreibung einer solchen versorgungstechnischen Abgrenzung lässt sich in der EU-Grundrechtecharta finden, welche in Art. 35 unter der Überschrift „Gesundheitsschutz" besagt: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten." Als Gesundheit geschützt ist demnach nur dasjenige, was aufgrund staatlicher Leistung und medizinischer Versorgung *tatsächlich* angeboten wird.[77]

Sinn und Zweck einer solchen Vorgehensweise ist es, eine allgemeingültige Leistungsabgrenzung vorzunehmen, die vor allem aufgrund medizinisch-biologischer, also grundsätzlich objektiv nachprüfbarer Kriterien eine rechtliche und praktische Handhabbarkeit sicherstellen soll. Es besteht daher nicht der Anspruch, alle möglichen Erscheinungsformen von Krankheit oder Gesundheit zu erfassen und letztverbindliche Aussagen zu treffen. Es geht der juristischen Konkretisierung des Begriffes letztlich nicht vorrangig um „Krankheit" oder „Gesundheit" selbst.[78] Im Fokus steht hier das Ziel, von der Allgemeinheit zu tragende, behandlungsbedürftige Zustände herauszuarbeiten. Leitgedanke sind dabei letztlich wirtschaftliche Erwägungen.[79] Schließlich ist auch vorstellbar, eine entsprechende Leistungsabgrenzung ohne den Begriff der Krankheit durchzuführen und sich auf entsprechende Indikatoren zu fokussieren, deren Vorliegen dann normativ unbedeutend als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn qualifiziert wird.[80] Gleichwohl kann nicht verleugnet werden, dass die Zuschreibung eines Behandlungs-/Leistungsanspruchs eben von der rein objektiven Komponente auch immer eine Wertaussage

---

76 *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen,* SGB V, 5. Aufl. 2017, § 1 Rn. 3.

77 *Schmidt-Jortzig*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 86 (88).

78 *Mazal*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 127 (132).

79 *Mazal*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 127 (132).

80 *Mazal*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 127 (134).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

über den jeweiligen körperlich-seelischen Zustand darstellt. Auch erscheint eine solche Abgrenzung nur vordergründig konkret und lässt außer Betracht, dass Gesundheit und Krankheit nicht als statischer Zustand, sondern als immerwährender Prozess verstanden werden müssen und eine klare Abgrenzung hier „fiktive Schnittstellen" erzeugt.[81] Durch die starke Betonung der medizinischen Diagnose als Handlungsgrundlage, welche eben eine bloße Feststellung biologischer Tatsachen darstellen soll, wird zudem ein Nimbus von Objektivität erzeugt und außen vor gelassen, dass auch der Prozess der medizinisch-biologischen Normenbildung normativen Wertungen unterzogen ist.[82] So beruhen medizinische Normen zwar zunächst auf biologischen Erkenntnissen über bestimmte Funktionen des Organismus sowie auf statistischen Überlegungen; die Generierung solcher Normen unterliegt grundsätzlich jedoch auch oftmals bestimmten menschlichen und gesellschaftlichen Interessen.[83] Ebenso wird durch das Abstellen auf objektiv feststellbare beziehungsweise diagnostizierbare Zustände das subjektive Empfinden des Betroffenen grundsätzlich außer Acht gelassen.[84]

---

81 *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100.

82 Dies ist freilich insbesondere im Rahmen von somatischen Krankheiten strittig, wohl aber im Bereich psychischer Krankheiten schon viel deutlicher, s. dazu *Schramme*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 9 (30 f.) m. w. N. sowie *Engelhardt Jr.,* in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 41 (44 f. u. 59 ff.); a.A. wohl *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 f.

83 Dies zeigen etwa die Diskussionen um Bluthochdruck und Cholesterinwerte, vgl. dazu *Schramme*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 9 (31) sowie *Hartenbach*, Die Cholesterin-Lüge, 35. Aufl. 2012.

84 Zu den Gefahren dieser „Objektivierung": *Wiesing*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 47 (50 ff.); *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 21 ff. weißt jedoch zurecht daraufhin, dass die Medizin durchaus das subjektive Wohlbefinden im Rahmen eines „personalisierten Krankheitsbegriffs" beachtet; dies dient gleichwohl vordergründig zunächst Zwecken der Anamnese und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistung durch den Patienten überhaupt, da (von Vorsorgeleistungen abgesehen) grundsätzlich nur derjenige einen Arzt aufsucht, der sich auch subjektiv als „krank" empfindet.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

b) Gesundheit als Idealbild

Wohl als radikaler Gegenentwurf zu dem Verständnis von Gesundheit als Abgrenzungskonzept können solche Gesundheitsdefinitionen gesehen werden, die ein Idealbild von Gesundheit erzeugen. Sie basieren oftmals auf Wertaussagen und enthalten im Gegensatz zu solchen Definitionen, die zur Abgrenzung dienen, positivierende Aussagen über den Begriff der Gesundheit.[85] Diese Art von Definition hat oft eine (rechts-)poli-tische Funktion und dient der Vorgabe eines erstrebenswerten, idealen und zugleich wohl niemals vollends erreichbaren Ziels für politische und gesellschaftliche Akteure.[86] Prominentestes Beispiel hierfür ist die in den einschlägigen Arbeiten allgegenwärtige Definition von Gesundheit in der Präambel der Verfassung der WHO: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen."[87]

Wenngleich diese Definition mit dem Verweis auf das „Wohlbefinden" eine starke subjektive Komponente besitzt, so ist sie doch klar auf den jeweiligen Idealzustand ausgerichtet und kann damit als denkbar weiteste Definition von Gesundheit verstanden werden.[88] Der Wert in einer solchen positiven Definition liegt darin, dass sie die Abhängigkeit von Gesundheit und Krankheit auflöst und Gesundheit als eigenständigen Wert beschreibt, der mehr darstellt als die bloße Abwesenheit von körperliche Normabweichungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen.[89] Vielmehr enthält Gesundheit eben auch psychische, geistige und soziale Elemente, die oft stark von einer subjektiven Sicht geprägt werden können. Außerdem wird durch die

85 *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100 (101).

86 So auch *Schmidt-Jortzig*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 86 (87).

87 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, New York 1946, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 14.; ausführlich zur WHO Definition: *Bok*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series 2004, 1; *Kickbusch*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 275 ff.; s. auch *Callahan*, The Hastings Center Studies 1973, 77 ff.

88 *Schmidt-Jortzig*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 86 (87); s. auch Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 773.

89 So auch *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 30.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

WHO hervorgehoben, dass Gesundheit in einem solch umfassenden Sinn nicht nur dem Bereich der Medizin unterworfen, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen ist.[90] Ein solches positives Konzept von Gesundheit wurde infolgedessen vor allem in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur als bedeutender Fortschritt und Wegbereiter moderner Gesundheitsdefinitionen und moderner Gesundheitsförderung an sich gesehen.[91]

Idealisierende Definitionen oder Beschreibungen wie die der WHO haben jedoch auch von vielerlei Seiten Kritik auf sich gezogen.[92] Einerseits werden die kaum zu operationalisierende Mehrdimensionalität und damit die Untauglichkeit einer solchen Definition für die (rechts-)praktische Arbeit bemängelt.[93] Andererseits wird auch auf die Gefahren hingewiesen, die bei dem Versuch entstehen können, Gesundheit im Sinne eines individuellen Zustands des vollständigen Gesundseins oder Wohlbefindens zu normieren.[94] Während die Beschreibung des Begriffs Krankheit vor allem dazu dient, Hilfeleistungen zu gewähren, wird dem Zustand des Gesundseins grundsätzlich ein „Nützlichkeitsaspekt im gesellschaftlichen Raum" zugesprochen.[95] Gesundheit und Gesundsein wird daher viel stärker durch soziale Normen geprägt, normiert und evaluiert als es bei der

90 *Kickbusch*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 275 (277).

91 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 109; *Yach*, Ethik in der Medizin 1998, 7; *Kickbusch*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 275 ff.; *Bok*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series 2004, 1 (3), weist jedoch zurecht darauf hin, dass die Erkenntnis über den Zusammenhang von Krankheitsbehandlung und Krankheitsprävention sowie Gesundheitsförderung an sich keine neue Erkenntnis, nicht mal eine Erkenntnis der Neuzeit darstellt, sondern bis weit in die Antike zurückverfolgt werden kann.

92 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 29 ff., spricht bspw. davon, dass Gesundheit fälschlicherweise mit Wohlbefinden verwechselt werde.

93 Vgl. *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100 (101); *Bok*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series 2004, 1 (13).

94 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 109 u. *Bok*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series 2004, 1, 5.

95 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 109.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Krankheit der Fall ist.[96] Der „gesunde" Mensch wird dabei als Leitbild stilisiert. Immer mehr Möglichkeiten zur Verbesserung des menschlichen Körpers rufen das Streben zur Perfektionierung des Menschen hervor.[97] Durch die damit einhergehende Idealisierung von Gesundheit besteht jedoch die Gefahr, eine Verhaltensnormierung zu schaffen und zu verfestigen, nach welcher nur „super fitte, gestählte und funktionsfähige Körper als einzig zu erreichender Idealzustand gelten können".[98] Zudem ist es höchst fragwürdig, inwieweit eine soziale Angepasstheit – welche wohl als Voraussetzung für ein soziales Wohlbefinden anzusehen ist[99] – als konstitutiv für die Gesundheit angesehen werden kann und sollte.[100] Das Versprechen von Gesundheit führt damit nicht nur zu neuen Erwartungshaltungen an die Leistungsfähigkeit von Körper und Geist, sondern auch zu einem neuen sozialen Anpassungsdruck.[101]

Ebenso wird die Gefahr gesehen, dass eine wohlgemeinte Gesundheitsfürsorge zur vollständigen Vergesellschaftung von Gesundheit führe, und der Einzelne sich hier als „Gesundheits-Gutmensch" zu betätigen und dem gesellschaftlichem Interesse unterzuordnen zu habe.[102] In diesem Zusammenhang ist auch der aufgebaute Gegensatz von Gesundheit und Krankheit kritisch zu sehen, muss doch Krankheit vielmehr als integraler Bestandteil des menschlichen Lebens und der menschlichen Gesundheit gesehen werden.[103] Gesundheit ist gerade nicht der Regelfall und Krankheit nicht nur eine ausnahmsweise vorkommende Abweichung davon – der Gesundheitszustand des Menschen ist vielmehr als Kontinuum von zahlreichen möglichen Zwischenstufen zu verstehen.[104] Gesundheit lässt sich damit besser als ein immerwährender, dynamischer Prozess verstehen.[105]

---

96 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 109.
97 *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 16 f.
98 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 32 ff.
99 Vgl. etwa *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014, S. 9.
100 *Bok*, Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series 2004, 1 (10).
101 *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 62.
102 *Eberbach*, MedR 2014, 449 (453 ff.).
103 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 66; *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 66 ff.
104 *Egger/Ranzum*, in: *Egger/Razum* (Hrsg.), Public Health, 2. Aufl. 2014, S. 8.
105 So auch *Kraftberger*, in: *Hänlein/Kruse/Schuler* (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 4. Aufl. 2012, § 27 Rn. 23 und *Kickbusch*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 275 (279).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

So wie sich der Mensch in seinen verschiedenen Lebensphasen von Geburt bis zum Tod ständig verändert, so sehr ist auch seine Gesundheit ständig im Fluss.

c) Gesundheit als Funktionsaussage

Als Schnittstelle zwischen den ersten beiden Definitionskonzepten können solche Konzepte verstanden werden, die Gesundheit als Funktionsaussage beschreiben. Gesundheit steht hier zunächst für die Vorstellung eines körperlich-seelischen Gleichgewichts, welches eine flexible Anpassung von Körper und Geist an sich verändernde Umweltbedingungen ermöglicht, aber auch als Aussage über die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht sowie in Hinblick einer Rollenerfüllung.[106] Dieser Ansatz ist insoweit vermittelnd, als die Frage der Funktionalität hier grundsätzlich weit zu verstehen ist und von rein körperlichen, über seelische auch soziale Faktoren umfassen kann.[107] Auch findet die Bewertung grundsätzlich zunächst abhängig von der Feststellung einer Dysfunktionalität statt, beinhaltet im nächsten Schritt dann aber oft eine normative Bewertung über das Maß des sozialen Nachteils, der mit dieser Funktionalitätseinschränkung einhergeht.[108] Grundsätzlich wird der Schwerpunkt dabei auf die Frage der Widerstandsfähigkeit von Menschen gegenüber Krankheitserregern und sonstigen Gesundheitsbeeinträchtigungen gelegt.[109] Gesundheit kann als Funktionsaussage aber auch viel weiter beschrieben werden als: „Oberbegriff für die physische und psychische Fähigkeit des Menschen, sich als Individuum zu entfalten, zu lernen, Ziele zu entwickeln und zu verfolgen, emotionale und soziale Kontakte zu knüpfen und am gesellschaftlichen Leben selbstbestimmt teilzunehmen.“[110] Bei einer solchen umfassenden Funktionsaussage geht es dann nicht mehr darum, gesunde und kranke körperliche und psychische Zustände zu beschreiben, festzustellen und voneinander abzugrenzen. Man

106 *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100.
107 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 773.
108 *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (189); abgesehen davon kann natürlich die Frage der „Dysfunktionalität“ einer normativen Wertung unterzogen sein.
109 *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100.
110 *Niehoff/Braun*, Sozialmedizin und Public Health, 2. Aufl. 2010, S. 108.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

versteht unter Gesundsein vielmehr, dass es die körperlichen und psychischen Zustände erlauben, bestimmte Funktionen in seiner Umwelt wahrzunehmen.

Das Spektrum möglicher Funktionsbeschreibungen reicht dabei von einer eher deskriptiv-biologischen Dimension bis hin zu stark evaluativen Konzepten.[111] So gibt es Ansätze, die Gesundheit anhand rein biologischer Funktionen beschreiben wollen. Gesundheit ist danach die Fähigkeit, diejenigen Funktionen auszuüben, die „dem Erhalt eines Organismus dienen – im Rahmen der Aktivitäten, die den meisten anderen Mitgliedern dieser Spezies (etwa jenen innerhalb von zwei Standardabweichungen) offenstehen – und die auch zum Erhaltung der Art notwendig sind".[112] „Normale" Funktionalität soll bei diesen Ansichten dadurch (vermeintlich) wertneutral bestimmt werden, dass die Normalität rein statistisch definiert und Funktionen rein biologisch bestimmt werden könnten.[113] Nach dieser Auffassung gelten Krankheitsurteile und damit auch Aussagen über Gesundheit, soweit diese die Vermeidung von Krankheit zum Ziel haben, als wertneutral.[114]

Für andere steht hingegen die Frage des Bewältigungspotentials hinsichtlich verschiedenster (natürlicher und sozialer) Umwelteinflüsse im Vordergrund. *Hurrelmann* beschreibt nach dieser Leitvorstellung Gesundheit als „das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Le-

111 Eine gute Übersicht findet sich etwa bei *Werner*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 139 ff.

112 *Engelhardt, Jr.*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 41 (42).

113 Dies bezieht sich bspw. auf Werte wie das Gewicht, Blutdruck, Blutfettwerte etc., ausführlich zu diesem Ansatz *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 ff.

114 *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (64); dem grds. zustimmend *Lenk*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 67 (79).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bensfreude vermittelt."[115] Auch wenn diese Definition verdächtig nahe an die Idealvorstellung der WHO-Definition rückt, so ist doch ein entscheidender Punkt hervorzuheben, der insbesondere für die Konzepte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von Bedeutung ist. Einschränkungen der Bewältigungsfähigkeit des Menschen sind nicht notwendigerweise als Krankheit zu verstehen. Gleichwohl liegt bei einer eingeschränkten Fähigkeit die Umweltanforderungen produktiv zu bearbeiten eben eine eingeschränkte Gesundheit in diesem Sinne vor. Wenn das Ziel aber die Erreichung eines möglichst optimalen Gleichgewichts ist, dann stellt bereits schon eine geringfügige Störung dieses Gleichgewichts eine Funktionsstörung und damit einen beseitigungswürdigen Zustand dar. Erst auf den Eintritt einer möglicherweise irreparablen Funktionsstörung – wie es bei chronischen Krankheiten oft der Fall ist – zu warten, erscheint aus diesem Blickwinkel wenig sinnvoll. Neben einer bloßen Heilbehandlung sollte daher zur Stärkung der Gesundheitsressourcen eines jeden Einzelnen auch die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine wichtige Rolle für das Gesundheitswesen spielen.

Wieder andere Ansätze gehen in die Nähe des von *Amartya Sen* hervorgebrachten Befähigungsansatzes[116].[117] Unter Gesundheit wird hier das Potenzial einer Person verstanden, bestimmte grundlegende menschliche Fähigkeiten zu erwerben und bestimmte Aktivitäten ausüben zu können.[118] Vorstellungen darüber, welche Fähigkeiten und Aktivitäten zu den Grundbedingungen menschlichen Lebens gehören sind dann in der Regel stark mit Würdekonzeptionen verbunden. Eine würdevolles menschliches Leben enthält neben gesundheitlich-biologischen Grundbedingungen (in der Lage zu sein, ein „normal" langes Leben bei guter Gesundheit führen zu können) auch geistig-emotionale (emotionale Bindungen eingehen zu können, die Fähigkeit sich eine Vorstellung über das Gute bilden zu können) sowie soziale Elemente (soziale Bindungen zu besitzen).[119] Entsprechende Konzepte sind jedoch sehr weitgehend und stellen vielmehr grundlegende

115 *Hurrelmann/Franzowiak*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 100 (103).

116 *Sen*, Ökonomie für den Menschen, 2000.

117 Vgl. *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 62.

118 Vgl. etwa *Venkatapuram*, Bioethics 2013, 271 (272 ff.).

119 Ausführlich dazu *Venkatapuram*, Bioethics 2013, 271 (276 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Fragen von menschlicher Würde und über das gesellschaftliche Zusammenleben generell. Diese Diskussion unter dem Begriff der „Gesundheit" zu führen scheint zumindest im Rahmen dieser Arbeit zu weitgehend.

Wie bereits erwähnt, verwendet allerdings auch die Rechtsprechung zur Beschreibung des Begriffs Gesundheit eine Funktionsaussage. Für das BSG ist gesund, wer seine „psychophysischen Funktionen" ausüben kann.[120] Neben rein körperlichen werden damit auch geistig-seelische Funktionen erfasst. Die Frage, welche Funktionen ein gesunder Mensch ausüben können muss, hängt damit nicht mehr nur von rein medizinischen Richtwerten ab, sondern auch von den aktuellen sozialen Normen und Erwartungen, die sich dem autonomen Individuum stellen.[121] Letztlich enthält damit auch der Gesundheitsbegriff des BSG eine individuelle körperlich-geistige und eine soziale Komponente. Dieses Verständnis von Gesundheit aus Sicht der Rechtsprechung kommt somit dem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention erstaunlich nahe.[122] Dies ändert aber nichts daran, dass die Rechtsprechung im Rahmen des SGB V starr mit der dichotomen Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit operiert.[123]

Die Bewertung solcher funktionenbeschreibender Konzepte von Gesundheit hängt von der jeweiligen Schwerpunktsetzung ab. Zunächst kann der Fokus weiterhin auf der Krankheitsvermeidung liegen, also auf der Frage, wie das Bewältigungspotential des Menschen gegenüber schädlichen Umwelteinflüssen in ein größtmögliches Optimum gebracht werden kann, damit der Mensch möglichst lange seine „normalen" Funktionen ausüben kann. Hierbei sprechen nachvollziehbare Argumente zunächst dafür, dass Fragen der Normalität bestimmter menschlicher Funktionen umso wertneutraler bleiben, desto mehr sie sich auf physisch-biologische Funktionen konzentrieren und dabei als Norm die für die Spezies Mensch „statistisch typische Effizienz" dieser Funktionen zugrunde legen.[124] Ein solcher Ansatz mag sich zwar an „natürlich" vorgefundenen Werten orien-

120 BSGE 30, 151 (152 f.); 35, 10 (12), 62, 83 f.
121 *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 108 f.
122 So auch *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 109.
123 *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 109.
124 *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (89).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tieren, kann jedoch bei genauerem Blick ebenso wenig als wertfrei gelten. Es muss vielmehr bezweifelt werden, dass es tatsächlich einen kohärenten allgemeinen theoretischen Krankheitsbegriff gibt, der sich rein logisch deskriptiv aus natürlich vorgefundenen Fakten ableiten lässt.[125] Selbst wenn es objektiv feststellbare körperliche Zustände geben sollte, können und müssen diese jedoch immer auch kulturell bewertet werden. Entsprechend können nicht nur Unterschiede in der Bewertung bestimmter Zustände als Krankheit bestehen, sondern auch die gesellschaftliche Signifikanz eines Krankheitsurteils unterschiedlich ausfallen.[126] Entsprechende Ansätze werden dabei dann umso offener (und damit auch anfälliger) für wertende Entscheidungen, desto mehr sie statistisch weniger fassbare psychische und soziale Funktionen mit in die Bewertung aufnehmen.

Sehr konturlos werden dann schließlich solche Ansätze, die Gesundheit in engerem Sinne positiv definieren und als Ziel anstreben wollen. Hier werden bestimmte Zustände etc. aus sich heraus als für die Gesundheit positiv gewertet werden, ohne dass daraus zwangsläufig irgendein auf andere Fragen – wie etwa die Krankheitsvermeidung – gerichteter Effekt beschrieben oder verfolgt wird.[127] Ziele können dabei beispielsweise das Erreichen bestmöglicher körperlicher und physischer Leistungen oder generell die Erhöhung der Funktionsfähigkeit des Menschen, etwa durch *Neuro-Enhancement*, sein. Gesundheit wird dann in diesem Sinne als „funktionelle Vortrefflichkeit" verstanden und transformiert sich von einem umfassten zu einem grenzenlosen Ideal, dessen Erreichen nicht nur praktisch unmöglich, sondern auch moralisch nicht wünschenswert erscheint.[128] Andererseits ist hervorzuheben, dass Ansätze der Funktionsbeschreibung möglicherweise weniger Potenzial für Ausgrenzung bieten. Während bei einer starren Unterscheidung von „gesund" und „krank" stärker die Gefahr besteht, alles Kranke kategorisch als unerwünscht zu stigmatisieren[129], steht bei Konzepten der Funktionsbeschreibung vielmehr auch der prozessuale Charakter von Gesundheit im Vordergrund. Gesundheit und Krankheit ist ein sich ständig veränderndes Kontinuum, letztlich ist nie jemand

125 *Bauer*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 31 (32 ff.).
126 *Nesse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 159 (160 f.).
127 In diesem Sinne wohl *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (104 ff.).
128 So auch *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (104 ff.).
129 *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 47.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

vollends gesund oder vollends krank. Ohne eine scharfe Abgrenzung erscheint eine Ausgrenzung damit auch schwieriger.[130]

d) Objektive und subjektive Bezugskontexte

Wie bereits erwähnt, stellt sich zudem die grundlegende Frage der Perspektive, des Bezugskontextes, in dem die Begriffsdefinition unternommen wird. Konzepte, die Gesundheit als Abgrenzungsfrage definieren, stellen grundsätzlich auf objektivierbare Kriterien ab – das subjektive Befinden des Einzelnen spielt zwar eine Rolle für den Zugang und die Vornahme der Diagnose, letztverbindlich ist sie aber nicht. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur werden diese medizinischen Eingrenzungs- und Definitionsversuche jedoch teilweise als mit dem Wert von Gesundheit inkompatibel angesehen – Gesundheit schöpfe ihre Kraft vielmehr aus der „Ungenauigkeit und Grenzenlosigkeit sowie aus der subjektiven Erfahrbarkeit".[131] *Gadamer* betont etwa, dass das eigentliche Geheimnis von Gesundheit in deren „Verborgenheit" liege.[132] Im Gegensatz zur Krankheit offenbare sich Gesundheit nicht anhand von Symptomen, sie biete sich nicht selbst an. Darüber hinaus sei Gesundheit auch nicht messbar, da diese ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst sei. Gesundheit sei letztlich damit ein sich selbst erhaltender, natürlicher Zustand, der sich nicht durch objektive Kontrolle bestimmen lasse. Dies schließe zwar nicht aus, dass sich Standardwerte für die Gesundheit festlegen ließen. Bei einem Aufzwingen dieser Standardwerte, würde man einen gesunden Menschen aber eher krank machen.[133] Im Rahmen der Definition der WHO wird in Einklang mit diesen Ausführungen auch stark auf das Wohlbefinden, also zunächst auf die Sicht des Einzelnen abgestellt. Allerdings wurde hier bereits erkannt, dass es sich bei der Frage des Wohlbefindens letztlich um eine Art objektivierbares Wohlbefinden handeln muss, da die WHO Definition klar ein Ideal anstrebt.[134]

---

130 Am Beispiel der Ausgrenzung des „Unvernünftigen" veranschaulichend *Hellerich*, Soziale Arbeit 2000, 261 ff.

131 *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 20.

132 *Gadamer*, Über die Verborgenheit der Gesundheit, 2010, S. 138.

133 Zum Ganzen *Gadamer*, Über die Verborgenheit der Gesundheit, 2010, S. 138 f.

134 *Fröhlich*, in: *Kingreen/Laux* (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 25 (29 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist hinsichtlich der Frage, welche Sicht zur Definition von Krankheit und Gesundheit eigentlich ausschlaggebend sein sollte, eine Kombination von subjektiven und objektiven Bezugspunkten zu finden.[135] Zunächst ist mit Blick auf die Selbstbestimmung des Patienten selbst seine Sicht ausschlaggebend dafür, ob er sich krank oder gesund fühlt und ob und in welchem Maße er medizinische Versorgung in Anspruch nehmen möchte. Die subjektive Sicht des Betroffenen ist damit zunächst wichtiges Indiz zur Diagnose, aber auch nicht mehr. Letztverbindlich ist die Sicht des Betroffenen – zumindest bei der Frage, ob eine Krankheit vorliegt – grundsätzlich nicht.[136] Entscheidend ist vielmehr die medizinische Einschätzung.[137] Diese findet – wie bereits erwähnt – aufgrund praktisch-normativer Kriterien statt. Dieser Vorgang versucht damit die subjektive Sicht des Patienten zu objektivieren und „Gesundheit" zu operationalisieren.[138] Eine medizinische Versorgung kann dann jedoch nur im Rahmen der durch staatliche Instanzen geprägten Rechtsordnung erfolgen, wodurch letztlich eine weitere Objektivierung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs erfolgt.

Dabei darf jedoch nicht außer Betracht bleiben, dass sich hinter allen objektivierten Krankheits- und Gesundheitsbegriffen stets die Gefahr verbirgt, der Individualität der Menschen nicht gerecht zu werden und Vielfalt zu unterdrücken.[139] In der Medizin und erst Recht in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollten daher das gegenwärtige und zukünftige subjektiv empfundene Leiden und die Selbsteinschätzung des Individuums stets eine tragende Rolle bei der Konzeption und Durchführung entsprechender Maßnahmen spielen.[140] Man kann daher bereits jetzt festhalten, dass Gesundheitsförderung in Form von Gesundheitsbildung vor allem das Ziel verfolgen sollte, den Menschen beim Entwickeln *seiner*

---

135 *Schmidt-Assmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 16 f., spricht von „Trias der Definitionskompetenzen".

136 *Schmidt-Assmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 16.

137 *Schmidt-Assmann*, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 16.

138 *Inthorn/Kaelin/Reder*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 14.

139 Vgl. *Petsch*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 549 (550 f.).

140 Auf die Medizin bezogen: *Wiesing/Werner*, in: *Brand/v. Engelhardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, 2002, S. 144 (148 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gesundheit und der autonomen Sorge um sie zu befähigen und zu unterstützen.[141]

e) Zwischenfazit zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Es ist deutlich geworden, dass zumindest im rechtlichen Kontext Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen immer auch eine normative Dimension enthalten. Gesundheit und Krankheit sind wertgeladene Begriffe und können mit metaphysischen, moralischen, sozialen oder politischen Wertaussagen verbunden sein.[142] Die Feststellung, ob jemand oder ein Zustand als gesund oder krank gewertet werden sollte, birgt damit immer auch Handlungserwartungen in sich.[143] Diese können dabei sowohl für den Betroffenen selbst als auch für den Staat bestehen. Für die Analyse der verschiedenen Konzeptionen ist es daher von großer Bedeutung, die normativen Implikationen offen zu legen. Erst dies ermöglicht, die Legitimität der mit den jeweiligen Ansätzen verbundenen Handlungserwartungen genauer hinterfragen zu können. Im Gegensatz dazu ist auffälliges Manko der meisten Ansätze, welche insbesondere Gesundheit positiv zu definieren versuchen, eine ungenaue Terminologie und eine mangelnde Klarheit über die bezweckten Wertaussagen. Wichtig für alle Ansätze ist es, dass klar hervorgehoben wird, welches Ziel mit einer Definition oder Umschreibung verfolgt wird. So geht es nämlich – wie gerade aufgezeigt – oft auch im Rahmen von sog. positiven Definitionen von Gesundheit um nichts mehr als zu beschreiben, welche Zustände und Faktoren gegeben sein müssen, um den Krankheitseintritt zu vermeiden. Gesundheit wird hier in aller Regel stark instrumentell verstanden. Geht es um die Frage der Krankheitsvermeidung, so lässt sich grundsätzlich jedoch geringerer Widerspruch über die moralisch-ethische Bewertung dieses Ziels finden. Krankheit als Dysfunktionalität sollte vermieden werden, sie stellt wohl

141 *Biendarra/Weeren*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 13 (14 f.).

142 *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 13 m. w. N.

143 So weist *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 15, darauf hin, dass selbst wenn man davon ausgehen möge, dass auch wertneutrale Aussagen über Krankheit und Gesundheit getroffen werden könnten, solche nicht-normative Konzepten aufgrund ihrer mangelnden Handlungsanleitung jedoch als praktisch nutzlos angesehen werden müssten.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

per se keinen wünschenswerten Zustand dar.[144] Zugleich wird gesellschaftlich der Krankheitsfall in gewisser Weise immer auch als Schicksalsschlag angesehen, welcher eine Hilfsbedürftigkeit und auch einen Hilfsanspruch des Einzelnen, aber auch eine Beistandspflicht der Gemeinschaft begründet.[145] Geht es aber den Konzepten darum, die Gesundheit an sich und der Gesundheit wegen zu fördern, ohne das Ziel der Krankheitsvermeidung im Vordergrund zu sehen, so scheint dies schon fragwürdiger. Körperliche Fitness nur ihrer selbst wegen erreichen zu wollen, ist als Handlungsziel schon deutlich größerer Kritik ausgesetzt, da eine „Optimierung" des Menschen letztlich grenzenloser scheint als die Frage der „bloßen" Krankheitsvermeidung.[146] Insbesondere im Rahmen moderner Entwicklungen ist diese Idee der Optimierung oder auch Perfektionierung nämlich potenziell mit niemals endenden und niemals vollends zu befriedigenden Erwartungen und Anforderungen verbunden.[147] Gleichzeitig bewirkt eine immer umfassendere Ausbreitung des Gesundheitsbegriffs, dass eine zunehmende Anzahl von Bereichen des gesellschaftlichen Lebens als auch immer mehr individuelle Verhaltensweisen mit Gesundheit verknüpft und über die gesundheitlichen Auswirkungen definiert und bewertet werden.[148] Sogleich besteht dann die Gefahr, dass in einer Gesellschaft, in der einem alle Möglichkeiten zur Gesundheitsoptimierung offenstehen, das Sich-Nicht-Gesund-Verhalten und das Nicht-Gesundsein selbst schnell zum persönlichen Vorwurf erwachsen kann.

Die grundsätzliche Begriffsverwirrung ist zudem darin zu sehen, dass Gesundheit und Krankheit ein nicht scharf abzugrenzendes Kontinuum darstellen. Gleichwohl muss das Recht teilweise eine solche (künstliche) Abgrenzung vornehmen, um eben eine Leistungsberechtigung zu begründen oder zu versagen. Den Gesundheitswissenschaften geht es, in Anlehnung an das Verständnis von Gesundheit als Funktionsaussage jedoch darum, darauf hinzuweisen, dass die Frage der Fähigkeit und des Potenzials eines Menschen zur Bewältigung von physischen, psychischen und so-

144 Mit evolutionsbiologischer Erklärung *Nesse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 159 (160).

145 Vgl. *Callahan*, The Hastings Center Studies 1973, 77 (82 f.).

146 *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (104 ff.); *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (25).

147 *Callahan*, The Hastings Center Studies 1973, 77 (87).

148 *Schmidt-Semisch/Paul*, in: *Paul/Schmidt-Semisch* (Hrsg.), Risiko Gesundheit, 2010, S. 7.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zialen Umwelteinflüssen für die Frage der Gesundheit von immenser Bedeutung ist. Ziel sollte es daher sein, diese Ressourcen zu stärken, um den Eintritt von Krankheit überhaupt zu vermeiden. Diese Vermeidung des Krankheitseintritts ist auch hier grundsätzlich immer im Fokus konzeptioneller Überlegungen. Dies gelingt dabei umso mehr, desto stärker der Mensch in seinem Bewältigungspotenzial gefördert wird. Oftmals überschneiden sich dabei dann auch positive Merkmale von Gesundheit, und solche Eigenschaften, die den Menschen gleichzeitig besser vor Krankheiten schützen sollen. Letztlich ist es jedoch Ziel, die Frage der Leistungsberechtigung und auch Leistungspflicht auszuweiten und hervorzuheben, dass auch wenn noch keine Krankheit im medizinischen und rechtlichen Sinne vorliegt, eine erhöhte Krankheitsdisposition und damit folglich auch eine Versorgungsbedürftigkeit eben schon viel früher vorliegen kann, als es nach dem rationellen versicherungsrechtlichen Verständnis der Fall ist.[149]

Genau diese Entwicklung, die Eingliederung der Gesundheitsförderung in den Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, scheint jedoch aus Sicht des Individuums nicht nur Vorteile vor allem in Form weitergehender Leistungsansprüche, sondern auch bestimmte Gefahren zu erzeugen.

Zunächst erfordert die sozialrechtliche Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention, dass bestimmte Faktoren des „Gesundseins" zumindest mittelbar festgeschrieben werden.[150] Die Normierung von Gesundheit und Gesundsein stößt jedoch auf die Kritik, dass hier etwas normiert wird, was sich vielleicht gar nicht oder zumindest deutlich schwerer objektiv normieren lässt.[151] Dies ist unter anderem darin begründet, dass sich Gesundheitskonzeptionen von der rein medizinischen Ebene zu lösen versuchen und dann vermehrt mit ethisch-moralischen Fragen vermengt werden. Im Kern moralische Fragen werden dann unter dem Deckmantel des Gesundheitsbegriffes diskutiert.[152] So besteht bei einer positiven Gesundheitsnormierung grundsätzlich stets die Gefahr, dass ein Leitbild des „gesunden" Menschen erzeugt und mit entsprechender Zurverfügungstellung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung auch ein gesellschaftlicher Druck aufgebaut wird, sich entsprechend dieses Leitbildes zu verhal-

149 Zur Unterscheidung zwischen Krankheit und Krankheitsdisposition s. *Boorse*, in: *Schramme* (Hrsg.), Krankheitstheorien, 2012, S. 63 (80 f.).
150 So etwa durch die vorgegebenen Gesundheitsziele in § 20 Abs. 3 SGB V.
151 So etwa *Gadamer*, Über die Verborgenheit der Gesundheit, 2010, S. 138.
152 *Callahan*, The Hastings Center Studies 1973, 77 (82).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ten und entsprechende Leistungen in Anspruch zu nehmen. Wer sich dabei dieser Leitvorstellung nicht unterwerfen kann oder will, gerät dann in die Gefahr der Stigmatisierung.[153] Hier wird es dann schnell auch als legitim angesehen, dem unfähigen oder unwilligen Bürger zu einem gesunden Leben nachzuhelfen und entsprechende Maßnahmen nicht nur aufgrund freiwilliger Basis, sondern verpflichtend oder zumindest stark beeinflussend auszugestalten und gegebenenfalls ungesundes Verhalten zu betrafen.[154] Die zusätzliche Festschreibung von Gesundheitsförderung bietet damit zunächst selbst ein größeres Potenzial gesetzlich gesteuerter Verhaltensnormierung und damit auch möglicher Stigmatisierung als es die Festschreibung von Leistungen der Heilbehandlung zu ermöglichen scheint.[155]

Daneben ist eine Ausweitung des Krankheitsbegriffes selbst zu beobachten. So lässt sich eine Dynamik erkennen, bei der sich das Verständnis von Krankheit zunehmend von zeitlich manifesten Symptomen und Beschwerden ablöst und auf das Vorliegen bestimmter Indizien und Risikofaktoren (wie etwa Genveränderungen, Übergewicht oder hoher Blutdruck) vorverlagert.[156] Dies stellt jedoch ein Aufbrechen des auf die Heilbehandlung abgegrenzten Krankheitsverständnisses dar. Diese Entwicklung bewirke dadurch potenziell eine „Entgrenzung" der modernen Medizin, indem diese versucht Zustände zu pathologisieren und Ziele zu verfolgen, welche jedoch über die Möglichkeiten kurativer wie präventiver Me-

153 *Inthorn/Kaelin/Reder*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 19 ff.

154 S. dazu die späteren Ausführungen in Kap. 3 B u. C.

155 So führt etwa *Dabrock*, in: *Brand/v. Engelhardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, 2002, S. 79 (87) aus: „Dass die Zielvorgabe der Gesundheitsförderung als auch ihre Umsetzungsstrategien erheblich stärker sozialkonstruktivistisch kontaminiert sind als das defensiv ausgerichtete traditionelle Medizinsystem und folglich nach kulturellem Kontext deutlich unterschiedliche semantische Füllungen erleben können, ist offensichtlich. Weil der soziale und psychische Aspekt bei der subjektiven und intersubjektiven Gesundheitsempfindung eine größere Rolle spielt, weil der Begriff ‚Gesundheit' interpretationsoffener ist als der Begriff ‚Krankheit', ist er auch nicht derartig effizient operationalisierbarer wie letzterer"; vgl. etwa auch *Lanzerath*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 251 (254), welcher im Rahmen der Medikalisierung psychosozialer „Probleme" der WHO-Gesundheitsdefinition eine „gewichtige Rolle" zuschreibt.

156 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (21 ff.); *Mühlhauser*, in: *Hensen/Kölzer* (Hrsg.), Die gesunde Gesellschaft, 2011, S. 229 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dizin hinausgehen.[157] Zurzeit existieren für viele tatsächliche oder vermeintliche Krankheitsrisiken keine oder nur begrenzt wirksame Präventionsmaßnahmen, welche wiederum selbst ein gesundheitliches Risiko mit sich bringen können.[158] So führen insbesondere auf genetischer Prädiktion basierende Informationen und Diagnosen nicht notwendigerweise zu verbesserten Präventionsmöglichkeiten. Vielmehr können sie unter Umständen gar zu „genetischer Diskriminierung" und der Konstruktion „gesunder Kranker" beitragen.[159] Darüber hinaus werden viele Risikofaktoren als behandlungsbedürftige und damit pathologische Zustände wahrgenommen. Obwohl diese Zustände, wie etwa ein erhöhter Cholesterinwert, keinen eigenständigen Krankheitswert haben, werden die Betroffenen zunehmend medizinischen und pharmazeutischen Regimes unterworfen.[160] Dies kann dazu führen, dass eigentlich nur statistische Krankheitsrisiken, trotz teilweise umstrittener Datenlage und Evidenz, immer mehr wie eine bereits bestehende Krankheit behandelt und erlebt werden.[161] Die Zahl der identifizierten Risikofaktoren und auch Vorformen von Risikofaktoren ist dabei steigend.[162] Es ist daher wichtig, darauf hinzuweisen, dass aus der bloßen Normabweichung selbst, noch keine Aussage über die Morbidität und Mortalität des Organismus getroffen werden kann.[163] Durch die zunehmende Pathologisierung dieser Zustände steigt jedoch der Erwartungs- und Verhaltensdruck auf die Betroffenen immer mehr an[164], gilt es nicht

157 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (21 ff.).

158 So wohl insbesondere für genetisch bedingte Risikofaktoren und Krankheitsdispositionen, vgl. *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (21).

159 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (22); *Eberbach*, MedR 2014, 449; *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 17 f.

160 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (22) m. w. N.

161 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (22); vgl. dazu auch schon *Gadamer*, Über die Verborgenheit der Gesundheit, 2010, S. 138.

162 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (22) m. w. N.

163 *Lenk*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 67 (80).

164 Etwa durch die Tendenz zur Pathologisierung vermeintlicher „Modekrankheiten", vgl. dazu etwa *Healy*, PLoS Medicine 2006, 441 ff.; *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehö-*

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nur den Status des Krankseins schnellstmöglich wieder zu beseitigen[165], sondern auch schon generell das eigene Risiko zu begrenzen[166].

Insgesamt ist der Einzelne damit einer Verhaltenserwartung unterworfen, welche für ihn immer schwerer zu erreichen ist. Einerseits gilt es sich möglichst „gesund" zu verhalten und zu sein, anderseits werden immer mehr Zustände als Risiko und damit als „krank" bewertet. Zudem unterliegt die Einschätzung über Gesundsein und Kranksein immer mehr einer Objektivierung. So bedarf die Festschreibung von Gesundheitsförderung eben einer objektiven Normierung dessen, welche Zustände und Risiken es zu vermeiden gilt, um „gesund" zu bleiben. Ein Kranksein wird somit immer mehr von der subjektiven Wahrnehmung entkoppelt. Im Rahmen der klassischen Heilbehandlung liegt es nämlich zunächst bei dem Betroffenen selbst, sich als „krank" zu fühlen und dann entsprechend freiwillig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen oder eben nicht. Im Rahmen von präventiver Diagnostik (welche man mit mehr oder weniger großem Zwang wahrnehmen muss, um Zusatzzahlungen zu vermeiden oder Boni in Anspruch nehmen zu können) ist man nicht mehr nur krank, wenn man sich krank fühlt und den Arzt aufsucht, krank kann man bereits sein, wenn bestimmte (etwa „nur" genetische) Risikofaktoren vorliegen.

Eine zunehmende Integration gesundheitsfördernder und präventiver Konzepte und Maßnahmen in die Gesundheitsgesetzgebung scheint damit tendenziell dazu zu führen, dass sich sowohl die Medizin, als auch die Betroffenen immer weniger an klaren Begrifflichkeiten, institutionellen Abgrenzungen und Verhaltenserwartungen orientieren können.[167] Auch scheint die Grenze zwischen Heilbehandlung, „bloßer" Krankheitsprävention und letztlich der Optimierung des menschlichen Körpers immer fließender zu werden. All dies stellen spezifische Herausforderungen der staatlichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention dar, welche es in der verfassungsrechtlichen Betrachtung zu beachten gilt.

---

fer/Wehling (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (16 ff.); zur „Medikalisierung der Lebenswelt" *Lanzerath*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 251 (254 ff.).

165 Zu den Pflichten und Privilegien, die dem Menschen in der Krankenrolle zugewiesen werden *Wieland*, in: *Mazouz/Werner/Wiesing* (Hrsg.), Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2004, S. 15 (17 ff.).

166 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (23).

167 *Wehling/Viehöfer*, in: *Viehöfer/Wehling* (Hrsg.), Entgrenzung der Medizin, 2011, S. 7 (25).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Die Bedeutung von Gesundheit

Wie bereits ausgeführt, ist die Ausgangsthese der Arbeit, dass sich zwischen Gesundheitsförderung auf der einen und individueller Selbstbestimmung auf der anderen Seite ein Spannungspotential aufbaut. Freiheitlich orientierte Gesellschaften tun sich grundsätzlich schwer damit, Argumente, die sich auf Vorstellungen des guten Lebens beziehen, in normative Diskurse zu integrieren.[168] Aus liberaler Perspektive liegt es daher nahe, Konzepten von Gesundheitsförderung und Prävention misstrauisch gegenüberzustehen.[169] Möchte man sich jedoch der Frage nähern, inwieweit freiheitsberührende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gerechtfertigt werden können, so ist es von zentraler Bedeutung, sich auch mit Fragen nach dem Stellenwert von Gesundheit in unserer Gesellschaft auseinanderzusetzen. Es stellt sich damit zunächst die Frage, inwieweit Gesundheit als ein Gut im ethischen Sinne, also als ein Ziel menschlichen Strebens aufgefasst werden kann. Grundsätzlich unterscheidet die Ethik zwischen intrinsischen und extrinsischen Gütern. Während ein intrinsisches Gut um seiner selbst willen verfolgt wird, besitzt ein extrinsisches Gut instrumentellen Charakter und wird primär aufgrund seiner Folgen angestrebt.[170]

Gesundheit ist in unserer Gesellschaft ein stark positiv konnotierter Begriff.[171] Oftmals wird der Wert von Gesundheit als offensichtlich herausgestellt, ohne dass jedoch eine genauere Begründung für diese Behauptung gegeben wird. Für die Begründung von Public Health Maßnahmen, namentlich Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, erscheint es aber von eminenter Bedeutung, welche Ziele eigentlich genau verfolgt werden und inwieweit diese Ziele ihrer selbst wegen oder nur als Mittel zum Zweck im Fokus stehen.[172] So stellt sich nämlich die Frage, ob Gesundheit und entsprechend damit die Förderung von Gesundheit einen Selbstzweck erfüllen soll, mithin also als intrinsischer Wert förderungswürdig erscheint oder ob Gesundheit eigentlich nur ein Mittel zum Zweck der Verwirklichung anderer Güter darstellt. Sollte letzteres der Fall sein, würde sich nämlich die Frage ergeben, wieso man diese anderen Gü-

168 *Quante*, Ethik in der Medizin 2010, 179 (181).
169 *Quante*, Ethik in der Medizin 2010, 179 (181).
170 Vgl. *Quante*, Ethik in der Medizin 2010, 179 (181 ff.).
171 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 34 f.
172 *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (189 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ter nicht direkt versucht zu fördern, sondern den „Umweg“ über Gesundheitsförderung gehen muss. Rechtlich gewendet sind diese Fragen notwendige Vorüberlegungen, um sowohl Zweck- als auch Erforderlichkeitserwägungen bewerten zu können.

a) Gesundheit als Mittel zum Zweck

Viele Autoren verweisen auf den existenziellen Wert von Gesundheit als grundlegende Lebensvoraussetzung.[173] Gesundheit wird hierbei jedoch vor allem als Mittel zum Zweck betrachtet, da eine gute Gesundheit Voraussetzung dafür sei, dass der Einzelne seine Lebensziele überhaupt verfolgen könne.[174] Gesundheit besitze vor allem einen „Ermöglichungscharakter“ und sei als „Primärgut“ zu betrachten.[175] Hervorzuheben ist jedoch, dass als Grundideologie dieses Verständnisses durchaus die moderne Konsum- und Leistungsgesellschaft ausgemacht werden kann, die den Wert des Menschen nicht nur im bloßen Sein sieht, sondern im Erreichen eines „gelingenden“ Lebens.[176] Gute Gesundheit wird hierbei als Basis für gesellschaftliche Integration, soziales Wohlergehen und individuelle Selbstentfaltung gesehen und vor allem funktional zur Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Einzelnen gesetzt.[177] So wird oft formuliert, dass sich gute Gesundheit nicht nur positiv auf das allgemeine Wohlbefinden oder die allgemeine Lebensqualität, sondern auch auf die Produktivität des Menschen auswirke.[178] Von administrativer Seite wird zudem gerne darauf

---

173 Vgl. statt vieler *Hoppe*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 46 (48); *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 47 ff.; grds. kritisch zur Überhöhung von Gesundheit und der damit verbundenen Gefahr der Ideologisierung eines „mangellosen Lebens“ *Maio*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 363 (365 f.).

174 *Hoppe*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 46 (48); *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 47.

175 *Hoppe*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 46 (48).

176 *Maio*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 363.

177 *Boeckh/Huster/Benz*, Sozialpolitik in Deutschland, 3. Aufl. 2011, S. 307; *Gostin*, in: *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, Foreword, xi; sehr kritisch *Maio*, in: *Biendarra/Weeren* (Hrsg.), Gesundheit - Gesundheiten?, 2009, S. 363 (364): „Da die Gesundheit als einzige Möglichkeit betrachtet wird, ein gutes Leben zu führen, erliegt sie einer gesellschaftlichen Verabsolutierung, an deren Ende ein irrationaler Gesundheitskult entsteht“.

178 So etwa *Nuffield Council on Bioethics*, Public health: ethical issues, 2007, S. xvii.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

hingewiesen, dass gesündere Menschen auch weniger Kosten im Gesundheitssystem verursachen würden.[179]

Gerade hinsichtlich der Gesundheit besteht jedoch unabhängig von einer subjektiven Einschätzung die objektive, reale Möglichkeit des Verlustes dieser und damit auch die Möglichkeit des Verlustes der Ermöglichungsbedingungen anderer personaler Güter.[180] Gesundheit ist für das menschliche Leben in dieser Hinsicht schlicht und einfach unerlässlich und besitzt folglich einen hohen persönlichen und gesellschaftlichen normativen Stellenwert.[181] Es ist vor allem auch von Bedeutung, Gesundheit als *wesentlichen Bestandteil des alltäglichen Lebens* zu sehen, weniger als eigenständiges und vorrangiges Lebens*ziel*.[182] Auf die Verfassung gewendet, ist in der Gesundheit eine der grundlegenden Voraussetzungen für die Grundrechtsausübung überhaupt zu sehen. Dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung ist damit auch ein besonderer verfassungsrechtlicher Stellenwert zuzuschreiben.[183]

b) Gesundheit als Wert an sich

Viele Argumente sprechen dafür, Gesundheit zumindest in ihrer Dimension als Ermöglichungscharakter als wichtiges Gut anzusehen. Die Frage, die sich jedoch dabei stellt, ist – wie eingangs bereits erwähnt –, ob Gesundheit auch ein eigenständiger Wert zugesprochen werden kann, der an sich förderungswürdig erscheint. Ginge es nur um die Ermöglichung von Lebenszielen, so würde unweigerlich die Frage aufkommen, ob man diese Lebensziele nicht einfacher und effektiver durch ein anderes Gut oder auf direktem Wege fördern könnte. Wirft man einen genaueren Blick auf die eben vorgebrachten Argumente, so fällt auf, dass Gesundheit doch eben unmittelbar mit dem Leben, der Existenz an sich verbunden ist und untrennbar zu dieser gehört. Gesundheit weist hier nicht nur funktionale Be-

179 *Weber*, Gesundheit und Gesellschaft 2012, 9 ff.
180 *Diehl*, in: *Kick/Taupitz* (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, 2005, S. 113 (118 f.).
181 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 47.
182 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 18.
183 So auch *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 33.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

züge auf, sondern schließt auch Wohlbefinden und Zufriedenheit ein.[184] Gesundheit selbst kann damit als essentieller Bestandteil eines erfüllenden Lebens und „menschlichen Gedeihens" insgesamt betrachtet werden.[185] Bei „guter" Gesundheit zu sein erfüllt damit nicht nur den Zweck andere Lebensziele zu ermöglichen, sondern trägt als wesentlicher alltäglicher Lebensbestandteil auch einen Selbstzweck in sich.[186]

Die Frage ist insoweit auch von Bedeutung, als dass es im Rahmen von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auch um eine Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten geht. Es stellt sich nämlich die Frage, ob und in welchem Maße eine Ungleichverteilung von Gesundheitschancen in der Bevölkerung eine besondere Form der sozialen Ungerechtigkeit darstellt und deshalb andere Kriterien und Maßnahmen erfordert als allgemeine Formen und Ausprägungen sozialer Ungleichheit wie etwa im Einkommen, in der Bildung etc. Wenn man hier begründen will, dass eine gesundheitliche Ungleichheit einen besonders beseitigungsbedürftigen Zustand darstellt, so kann dies eigentlich nur möglich sein, wenn man auch der Gesundheit selbst einen besonderen Wert beimisst und in ihr eben nicht nur den Ermöglichungscharakter hervorhebt.[187]

c) Gesundheit als privates oder öffentliches Gut?

Ähnlich wie das Verständnis über den Begriffsinhalt von Gesundheit und Krankheit, unterliegt auch das Verständnis von der Verantwortung für die Gesundheit dem ständigen Wandel der Zeit. Die mitteleuropäische Ideengeschichte zur Gesundheit der Bevölkerung lässt schon früh die Einsicht erkennen, dass es bestimmte Krankheitsrisiken gibt, gegen die der Einzelne weit weniger ausrichten kann als die Gemeinschaft.[188] Spätestens jedoch in der Entwicklung des europäischen Wohlfahrtsstaatsgedankens wird der der Monarch oder der Staat allgemein auch ausdrücklich und in umfassender Weise für die Gesundheit und das Wohlergehen der Bürger in

184 *Bäcker/Naegele/Bispinck u. a.*, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, 5. Aufl. 2010, S. 91.
185 *Meier/Mori*, Columbia Human Rights Law Review 2005, 101 (120 f.).
186 *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (190).
187 So auch *Wilson*, Journal of Medical Ethics 2009, 3.
188 So lassen sich bestimmte Maßnahmen der öffentlichen Hygiene bis ins Mittelalter zurückverfolgen, s. dazu *Häfner*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 5 (7 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

die Pflicht genommen.[189] Dabei wird jedoch im Rahmen der demokratischen Entwicklung ebenso hervorgehoben, dass der Bürger auch einen eigenen Beitrag zu einem gesunden Leben zu leisten habe – dies freilich im Rahmen staatlicher Erziehung und „Selbsterziehung".[190] Die fortlaufende Entwicklung in der Wahrnehmung von Wohlfahrt und Gesundheit der Bürger als Fürsorgepflicht des Staates kulminierte dann bekanntlich zum Ende des 19. Jahrhunderts im Rahmen der bismarckschen Sozialgesetzgebung.[191] Diese ebnete zwar den Weg für eine umfassende staatliche Absicherung sozialer Risiken, zugleich verschob sich jedoch der Fokus im Rahmen der Gesundheitsfürsorge zunehmend auf die individuelle Krankenversorgung. Die Wahrnehmung von Gesundheit entwickelte sich vor diesem Hintergrund dann im 20. Jahrhundert zunehmend als vorrangig private Angelegenheit, in der das vertrauliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Vordergrund stand. Ebenso wurde individuelles Gesundheitsverhalten als Privatsache verstanden. Traditionelle Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, wie etwa Wasserversorgung, Lebensmittelüberwachung etc., wurden immer selbstverständlicher und traten in der öffentlichen Wahrnehmung damit in den Hintergrund.[192] In den letzten Jahrzehnten ist die Frage der Verantwortung für die Gesundheit angesichts der neueren Entwicklungen in der Bevölkerungsgesundheit wieder vermehrt in den wissenschaftlichen und öffentlichen Fokus gerückt. Auch scheint ein Wertewandel stattzufinden, welcher einhergehend mit einer zunehmenden Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile Gesundheit immer mehr mit Lebensqualität in Verbindung bringt und den Fokus sowie die Erwartungen auch an die Medizin auf ein möglichst langes und vor allem erfülltes Leben setzt.[193] Gleichzeitig zeigen die Gesundheitswissenschaften immer deutlicher den gesellschaftlichen Zusammenhang auf, in welchem die Gesundheit des Einzelnen beeinflusst und geprägt wird. Damit einhergehend werden aber auch die Grenzen der individuellen Beeinflussbarkeit immer offensichtlicher. Die Fragen nach Ursachen und Verantwortung für Gesundheit und Wohlergehen des Einzelnen und der Bevölkerung scheinen sich damit wieder neu zu stellen.

---

189 Vgl. *Baier*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 30 ff.
190 *Häfner*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 5 (8).
191 *Häfner*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 5 (15 f.).
192 Vgl. zum Ganzen *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 45 ff.
193 *Baier*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 30 (34 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass es eine Verantwortungsteilung zwischen Individuum und Öffentlichkeit (Staat/Gesellschaft, Medizin) gibt und diese Verantwortung wohl je nach dem Grad der Beeinflussbarkeit verteilt werden sollte.[194] Einige wollen dabei etwa danach unterscheiden, dass die Medizin nur für das naturwissenschaftlich Feststellbare zuständig sei und der Einzelne selbst für alle Fragen, die darüber hinausgehen.[195] Diese Unterscheidung erscheint jedoch zu starr. Je mehr Fragen der Gesundheit das Individuum betreffen (etwa Fragen des subjektiven Wohlbefindens, individuelles Gesundheitsverhalten), desto eher ist auch bei diesem die Hauptverantwortung zu verorten. Damit verbunden wäre dann auch, dass grundsätzlich das Individuum darüber entscheidet, in welchen Fragen es eine staatliche Beeinflussung seiner Gesundheit wünscht.[196] Wird der soziale Einfluss größer, steigt jedoch die Verantwortung von Staat und Gesellschaft. Die Verbesserung oder zumindest die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden kann nämlich als Teil des Gesellschaftsvertrages zwischen Regierungen und den Bürgern gesehen werden. Staatliche und nichtstaatliche Akteure und Gruppen zählen somit zu den Garanten des Wohlbefindens der Bevölkerung.[197]

Verantwortung kann sich jedoch in verschiedenen Dimensionen niederschlagen. Dies geht von Fragen der Definitionsmacht über Handlungsmöglichkeiten bis zu Handlungspflichten. So kann Individualverantwortung zunächst bedeuten, für sich selbst zu definieren, was Gesundheit für einen ausmacht und inwieweit man sich gesundheitsfördernd verhalten möchte. Daraus muss jedoch nicht zwangsläufig folgen, dass aus der Verantwortlichkeit eine Pflicht zu gesundheitsförderlichen Verhalten erwächst. Gleichermaßen folgt aus einer moralischen, sozialen oder politischen Verantwortung nicht notwendigerweise zugleich auch eine rechtliche. Dies gilt freilich ebenso für den Staat, dessen Verantwortung etwa bei der Steuerung sozialer Determinanten von Gesundheit liegt und dem dadurch auch das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten als politisch legitimes Ziel zugesprochen wird. Und auch hier folgt aus Ver-

194 In diesem Sinne wohl auch *Siegrist*, in: *Weilert* (Hrsg.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 53 (58 ff.).

195 *Fröhlich*, in: *Kingreen/Laux* (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 25 (41).

196 Vgl. etwa *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 20.

197 *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014, S. 101.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

antwortlichkeit und Handlungsmöglichkeit nicht notwendigerweise auch eine Handlungspflicht.[198]

So sieht letztlich auch der Gesetzgeber eine Verantwortungsteilung für die Gesundheit zwischen dem Staat – vertreten durch die Krankenkassen – auf der einen, und dem Bürger auf der anderen Seite. Anscheinend geht die gesetzliche Konstruktion dabei gar von einer Hauptverantwortung des Staates aus, spricht § 1 S. 2 SGB V doch hinsichtlich ihrer Gesundheit nur von einer Mitverantwortung der Versicherten. Gesundheit ist nach Auffassung einiger trotz fehlender verfassungsrechtlicher Bestimmung zu einem „faktischen" Staatsziel avanciert.[199] In der Literatur wird dieser Ansatz freilich sehr kritisch aufgenommen und die Hauptverantwortung für die eigene Gesundheit immer noch beim Individuum selbst verortet.[200] Wichtig ist jedoch hervorzuheben, dass eine genaue Bewertung darüber, welche Gesundheitsfragen primär als private und welche als öffentliche Angelegenheit gelten, nur als Ergebnis einer genaueren, hier vor allem der verfassungsrechtlichen Betrachtung, erfolgen kann. Nicht nur wäre eine klare Einteilung in private und öffentliche Gesundheitsbelange zu vereinfachend, auch würde sie wichtige normative Fragen vorwegnehmen, welche es jedoch erst zu klären gilt.[201]

d) Zwischenfazit zur Bedeutung von Gesundheit

Gesundheit lässt sich zusammenfassend als bedeutsames Ziel menschlichen Strebens verstehen.[202] In der Gesamtschau lassen sich sowohl intrinsische als auch extrinsische Elemente zur Beschreibung des Gutes Gesundheit ausmachen. Solch eine Charakterisierung lässt sich letztlich auch bei der WHO finden. Diese sieht Gesundheit erwartungsgemäß zunächst als eine wertvolle Ressource für den Einzelnen, betont aber auch deren

198 Vgl. zum Ganzen auch *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 20 ff.
199 *Baier*, in: *Seewald/Schoefer* (Hrsg.), Zum Wert unserer Gesundheit, 2008, S. 111 (113).
200 Vgl. etwa *Haverkate*, in: *Häfner* (Hrsg.), Gesundheit - unser höchstes Gut?, 1999, S. 119 ff.; allgemein dazu *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung der Risiken wunscherfüllender Medizin, 2014.
201 In diesem Sinne auch *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 32; ausführlich zur Frage der individuellen Verantwortung s. Kap. 3 C IV.
202 Vgl. auch *Wilson*, Public Health Ethics 2011, 269 (275).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bedeutung für die Gesamtheit der Gesellschaft. Gute Gesundheit sei unentbehrlich für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung und lebenswichtiger Aspekt für das Individuum und die Gemeinschaft. Ein schlechter Gesundheitszustand führe daher zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens sowie zu ungenutzten Potenzialen und zum Verlust wertvoller Ressourcen in allen Politikbereichen.[203]

Selbst wenn man der Gesundheit nicht die Bedeutung als intrinsisches Gut beimessen will, so erscheint es jedoch unausweichlich, ihr den Status eines zentralen instrumentellen Gutes zur Verfolgung individueller Lebensziele und gar als unabkömmliche Voraussetzung für das Leben selbst zuzuerkennen.[204] Sosehr es jedoch als offensichtlich erscheint, dass Gesundheit einen fundamentalen Wert in unserer Gesellschaft darstellt, so klar sollte es auch erscheinen, dass Gesundheit nicht absolut als höchstes Gut menschlichen Daseins verstanden werden darf und kann.[205] Nicht nur gehört Krankheit und auch Leiden untrennbar zu menschlichen Existenz[206], auch stünde eine solche gesundheitszentrierte Gesellschaft wohl ständig in der Gefahr, den „ungesunden" Menschen als nichtkonform und unerwünscht zu stigmatisieren und zu diskriminieren. In letzter Konsequenz würde sich jeglicher übersteigerter Gesundheitskult wohl als „inhumane Utopie" erweisen.[207] Auch erscheint es schwierig die Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitsförderung abstrakt zu bestimmen, hängt die Bewertung doch immer von einem komplexen Geflecht verschiedener, oftmals widersprechender Werte ab.[208] Die Gesundheit und Gesundheitsförderung stehen neben anderen wichtigen Grundwerten der Gesellschaft wie etwa Autonomie, Eigenverantwortung oder Gerechtigkeit. Ihnen kann daher nicht per se Vorrang eingeräumt werden. Gleichwohl hat Gesundheit sowohl in der Individual- als auch Bevölkerungsperspektive ein besonderes Gewicht, welches in der verfassungsrechtlichen Betrachtung Beach-

---

203 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 11.

204 *Quante*, Ethik in der Medizin 2010, 179 (183).

205 Vgl. *Schumpelick/Vogel*, Vorwort, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 11 f. sowie *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 44 f.

206 So können durch Krankheit andere Werte überhaupt erst erkannt und wertgeschätzt werden, s. dazu *Diehl*, in: *Kick/Taupitz* (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, 2005, S. 113 (119 f.).

207 Vgl. *Schumpelick/Vogel*, Vorwort, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 12.

208 *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (185).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tung finden sollte. Der Fokus muss hierbei jedoch darauf liegen, einen angemessenen Ausgleich zwischen den verschiedenen verfassungsrechtlich geschützten Interessen, insbesondere den Grundrechten, zu finden.[209]

Ebenso muss dabei auch beachtet werden, dass aus der fundamentalen Bedeutung von Gesundheit für den Einzelnen nicht zugleich auch auf die öffentliche Verantwortung und Berechtigung zur Förderung individueller Gesundheit geschlossen werden kann. Die Wahrheit liegt auch hier wohl eher in der Mitte. Gesundheit lässt sich am ehesten als eine Mischung aus individuellem und öffentlichem Gut begreifen.[210] Zunächst ist sie natürlich unmittelbar an das Individuum gebunden, stellt also ein personales Gut dar.[211] Gleichzeitig lässt sich jedoch auch der öffentliche Charakter des Gutes Gesundheit nicht verneinen, wenn es beispielsweise um Fragen des Gesundheitsschutzes vor Infektionskrankheiten, der Ungleichverteilung von Gesundheitschancen oder allgemeiner gesehen um die Gesundheit aller als Grundlage für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft geht.[212] Auch kann zunächst nur individuelles Verhalten von der privaten Sphäre in die öffentliche übergehen und damit andere Verantwortlichkeiten begründen.[213] Die Verantwortung für die Gesundheit lässt sich damit als gemeinsame Aufgabe von Individuen, Familien, Gemeinschaften und öffentlichen Stellen auffassen.[214] Es ist daher wichtig festzuhalten, dass es keine Ausschließlichkeit für den Verantwortungsbereich Gesundheit geben kann. Gesundheit ist immer Gemeinschaftsaufgabe von Individuum und Gesellschaft. Eine genauere Abgrenzung der Verantwortungsbereiche aufzuzeigen, ist dann Aufgabe der verfassungsrechtlichen Betrachtung in den folgenden Kapiteln.

---

209 Siehe zum grundsätzlichen Problem der teilweisen Inkommensurabilität ethischer Güter *Wilson*, Public Health Ethics 2009, 184 (190 f.).

210 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 48; *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 40 f.

211 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 48; dazu auch Kap. 3 C III.

212 *König*, Gesundheit, Gesundheitspolitik und soziale Gerechtigkeit, 2011, S. 48.

213 *Coggon*, What Makes Health Public?, 2012, S. 40.

214 *Yach*, Ethik in der Medizin 1998, 7 (9).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

B. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung

Im folgenden Abschnitt soll nun ein Überblick zu den für die Arbeit relevanten Herausforderungen für die Bevölkerungsgesundheit erfolgen. Den Forschungsstand über die Gesundheitsindikatoren und Gesundheitsdeterminanten in seiner Komplexität auch nur annähernd wiederzugeben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es soll sich daher nur auf einige Gesundheitserhebungen und -berichte sowie gängige Systematisierungen konzentriert und diese in ihren Kernaussagen wiedergegeben werden.[215]

I. Gesundheitsindikatoren – Die Messbarkeit von Gesundheit(sunterschieden)

Die Frage der Messbarkeit von Gesundheit hängt zunächst wiederum von der Definition von Gesundheit ab. Wie gerade aufgezeigt, kann dabei das Ergebnis höchst unterschiedlich ausfallen. Es ist dementsprechend auch eine beliebig große Anzahl gesundheitsbezogener Faktoren vorstellbar.[216] Grundsätzliche Tendenz ist jedoch, dass der Gesundheitsbegriff objektive und subjektive Kriterien enthält und diese entsprechend dem Verständnis von Körper und Geist als Einheit nicht voneinander getrennt werden können. Gleichwohl kann man objektive Merkmale als „harte" Kriterien (wie etwa die Lebenserwartung) und subjektive Merkmale als „weiche" Kriterien (wie etwa das Wohlbefinden) mittels Studien, Datenanalysen und Erhebungen bzw. Befragungen messen. Die Objektivität der „objektiven" Kriterien bezieht sich dabei streng genommen auf die angewandte Messtechnik, nicht jedoch auf deren Auswahl oder Ausgestaltung.[217] Wichtig ist auch hervorzuheben, dass die qualitative Aussagekraft der erzielten Werte

215 Für einen umfassenden Überblick vgl. etwa *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001 oder *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 6. Aufl. 2015; zur Gesundheit in Deutschland vgl. etwa *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland, 2015, S. 13 ff.

216 *Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 41 ff.

217 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 57 Fn. 10.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

grundsätzlich abhängig von einer vergleichenden Perspektive ist.[218] Das Ziel soll und kann auch gar nicht sein, abstrakt Auskunft darüber geben zu können, wer nun als gesund oder eben (noch) nicht gesund definiert werden muss, da sich Gesundheit selbst wahrscheinlich nie normieren lässt.[219] Man muss sich daher immer vor Augen halten, dass mit den naturwissenschaftlichen Ergebnissen nur solche Vorgänge und Regelmäßigkeiten beschrieben werden, die sich zwar aus exakten Beobachtungen ergeben haben, jedoch jederzeit revidierbar sind und auch immer wieder revidiert werden.[220] Dieser Ungewissheit zum Trotz kann es gleichwohl Ziel sein, lediglich abzubilden, dass bestimmte Personen oder Personengruppen in bestimmten objektiven und subjektiven Merkmalen „bessere" Werte erreichen als andere und damit auch als „gesünder" bezeichnet werden können. Letztlich geht es dabei um ein *Benchmarking*, welches mit Hilfe von aussagekräftigen Kennzahlen Vergleiche mit „den Besten der Besten" ermöglicht und im Falle von Defiziten Handlungsbedarf, aber auch Handlungspotential aufdecken soll.[221] Es geht damit vordergründig nicht allein um die Messbarkeit der Gesundheit selbst, sondern vielmehr um die Beschreibung von Unterschieden hinsichtlich solcher Merkmale, die zumindest teilweise zu dem beitragen, was man als Gesundheit verstehen könnte.[222] Als Zielgrößen von Public Health lassen sich dabei letztlich die Verlängerung der Lebenszeit an sich sowie die Verbesserung der Lebensqualität ausmachen.[223]

---

218 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 56 ff.

219 *Bergdolt*, in: *Schumpelick/Vogel* (Hrsg.), Grenzen der Gesundheit, 2004, S. 16 (25); sehr kritisch dazu auch *Hausmann*, Public Health Ethics 2012, 229 ff.

220 *Fröhlich*, in: *Kingreen/Laux* (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 25 (39).

221 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 57.

222 *Hausmann*, Public Health Ethics 2012, 229, hingegen betrachtet selbst die Frage des relativen Vergleichs von Gesundheitszuständen als problematisch.

223 *Brand/Stöckel*, in: *Brand/v. Engelhardt/Simon u. a.* (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, 2002, S. 11 (13).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

1. Objektive Indikatoren

Das am weitesten verbreitete, wenngleich teilweise als überholt geltende Indikatoren-Konzept ist durch die Biomedizin geprägt und setzt sich aus den Indikatoren Sterblichkeitsmaße (Mortalität) und Krankheitsmaße (Morbidität) zusammen.[224] Die wichtigste traditionelle Datenquelle bevölkerungsbezogener Gesundheitsmessungen ist die Todesursachenstatistik, welche durch die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt veröffentlicht werden.[225] Die Todesursachenstatistik lässt grundsätzlich den Rückschluss auf bestimmte Krankheiten zu, es muss jedoch beachtet werden, dass gerade im höheren Alter eine genaue Differenzierung der Todesursache erschwert ist. Ebenso bildet die monokausale Todesursachenstatistik nur unzureichend eine Multimorbidität sowie Vorstufen tödlicher Erkrankungen ab.[226] Gängige Mortalitätsindikatoren sind etwa die Gesamttodesrate, eine ursachenspezifische Todesrate oder etwa die Säuglingssterblichkeit jeweils unterschieden nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status und räumlichen Bezug.[227] Insgesamt ist auch zu beachten, dass rein administrativ erhobene Daten ohne einen epidemiologisch-wissenschaftlichen Ansatz nur begrenzte Validität besitzen. Wichtige weitere Datenquellen sind daher große epidemiologische Studien und Bevölkerungssurveys wie die Studien des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Erwachsenen (DEGS)[228] und von Kindern und Jugendlichen (KiGGS)[229] sowie die Gesundheitsberichterstattung des Bundes[230] und der

224 Zum Ganzen *Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 44 ff.

225 Für den Bund vgl. etwa *Destatis*, Todesursachenstatistik, https://www.destatis.de/DE/Zahlen Fakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Methoden/Todesursachenstatistik.html (Stand: 3.4.2017).

226 *Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 44 f.

227 *Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 45 ff.

228 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012.

229 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014.

230 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Europäische Gesundheitsbericht des WHO-Regionalbüros für Europa[231]. Im Rahmen dieser Studien werden verschiedenste Indikatoren erfasst wie unter anderem etwa chronische Krankheiten, gesundheitliche Einschränkungen, seelische Belastungen, Seh- und Hörbeeinträchtigungen, Bluthochdruck, Übergewicht und Adipositas, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Rauchen und Alkoholkonsum, Arbeitsbedingungen, Impfstatus sowie Krankheitstage und Krankenhausaufenthalte.[232] Diese Indikatoren gehen dabei von einer reinen Betrachtung der Lebens*dauer* hin zu einer Beachtung auch solcher Faktoren, die auch auf die jeweilige Lebens*qualität* Rückschlüsse erlauben.

2. Subjektive Indikatoren

Obwohl die Erhebung von Mortalitäts- und Morbiditätsmaßen noch stark auf der Erhebung objektiver Daten beruht, finden auch zunehmend Maße zur subjektiven Gesundheit Eingang in gesundheitsökonomische Analysen.[233] Dies basiert unter anderem zunächst auf der Erkenntnis, dass die Befragten selbst typischerweise Faktoren wie körperliche Krankheiten, physische Fitness, aber auch das emotionale Wohlergehen und soziale Aspekte mit in die Bewertung einbeziehen und damit ein sehr sensibles und umfassendes Maß für die eigene gesundheitliche Situation zur Verfügung stellen.[234] Darüber hinaus hat sich der subjektive Gesundheitszustand in mehreren Erhebungen sogar als ein aussagekräftiger Prädiktor für das Auftreten chronischer Erkrankungen und die Sterblichkeit von Erwachsenen erwiesen.[235] Die Aussagekraft der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit stehe hier sogar komplexen biomedizinischen Messverfahren in

---

231 *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014.

232 So im Rahmen von *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014.

233 *Schwartz/Schlaud/Siegrist/Troschke*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 56 f.

234 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014, S. 7.

235 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014, S. 17 m. w. N.; ebenso *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 16 ff. m. w. N.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nichts nach.[236] Darüber hinaus sind die subjektiven Indikatoren dazu geeignet, die Validität der objektiven Indikatoren zu überprüfen. Für die Validität eines Zielindikators ist es nämlich erforderlich, dass seiner Veränderung eine gleichgerichtete und gleichgewichtige Variation des übergeordneten Indikandums, also hier des gesundheitlichen Wohlbefindens des Betroffenen, entspricht.[237] So kann etwa die Validität objektiver Gesundheitsindikatoren in Frage gestellt werden, wenn trotz einer positiven oder negativen Veränderung eines solchen objektiven Indikators das subjektiv eingeschätzte gesundheitliche Wohlbefinden konstant bleibt oder abnimmt bzw. zunimmt oder sich eine Veränderung des gesundheitlichen Wohlbefindens nicht in den objektiven Indikatoren niederschlägt.[238]

Das Robert Koch-Institut fragt etwa im Rahmen der Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung vereinfacht nach dem „Gesundheitszustand im Allgemeinen". Dabei bewerteten im Jahr 2012 69 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer ihre Gesundheit als sehr gut oder gut, wenngleich dies bei den 65-Jährigen jedoch nur noch bei 50 respektive 54 Prozent der Fall war. Hervorzuheben ist, dass sich die Werte seit 2003 nicht wesentlich verändert haben und insgesamt nur ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist.[239] Im Rahmen der KiGGS-Studie stuften Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder (0- bis 17-Jährige) gar zu 94 Prozent und die 11- bis 17-Jährigen selbst zu 89 Prozent als gut oder sehr gut ein.[240]

In der oben erwähnten Gesundheitsdefinition der WHO spielt der Begriff „Wohlbefinden" eine zentrale Rolle. Gleichwohl wurde für eine lange Zeit Wohlbefinden seitens der WHO weder konkreter definiert noch gemessen oder dokumentiert.[241] Einen Versuch für die Europäische Region

---

236 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 16.

237 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 73.

238 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 73 f.

239 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014, S. 37 ff.; so auch bei *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 1.

240 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014, S. 7 ff.

241 So *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014, S. xiii.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ein konkretes Ziel für Wohlbefinden und geeignete Indikatoren zu quantifizieren, bietet etwa der Europäische Gesundheitsbericht 2012 des WHO-Regionalbüros für Europa.[242] Dieser geht jedoch stark in Richtung einer Objektivierung des „Wohlbefindens". So wird zwar anerkannt, dass es durchaus unterschiedliche Auffassungen über Aspekte des Wohlbefindens geben könne, es bedürfe jedoch „völliger Einigkeit oder zumindest eines statischen Verständnisses darüber, was Wohlbefinden bedeutet, um Mittel und Wege zur Verbesserung von Wohlbefinden zu entwickeln und es letztlich zu messen und zu überwachen".[243]

II. Gesundheitsdeterminanten – Einflussfaktoren von Gesundheit

Die Messung des Gesundheitszustandes mittels bestimmter Indikatoren gibt zunächst einen statistischen Überblick über Todesraten und -ursachen und erlaubt auch schon erste Rückschlüsse auf Korrelationen zwischen dem Gesundheitszustand und Faktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status. Allein die Erhebung der Daten lässt jedoch noch keine fundierten Rückschlüsse darauf zu, welche Faktoren bzw. Determinanten eigentlich den Gesundheitszustand in welchem Maße beeinflussen.[244] Es bedarf daher weiterer Konzepte, die sich intensiver mit den Ursachenzusammenhängen auseinandersetzen.

Eine gängige Systematisierung der Gesundheitsdeterminanten in fünf übergeordnete Bereiche lässt sich etwa bei *Dahlgren*/*Whitehead* finden.[245] Die Darstellung soll verdeutlichen, dass die verschiedenen Determinanten in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen und entweder direkt oder indirekt, also vermittelt über eine andere Ebene, wirken können. So kann beispielsweise das Alter einen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Konstitution haben, es kann aber auch einen Einfluss auf die jeweilige

242 *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014, S. 95 ff.

243 *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014, S. 101.

244 Gleichwohl nehmen die neueren Studien die Erkenntnisse über die Gesundheitsdeterminanten auf und erheben auch Daten etwa über individuelles Gesundheitsverhalten und Einflüsse des Arbeitsplatzes, so z.B. die erwähnten Studien des Robert Koch-Instituts, s. oben Fn. 228 ff.

245 *Dahlgren/Whitehead*, Policies and strategies to promote social equity in health, 2007, S. 11 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

individuelle Lebensführung ausüben, welche wiederum die Gesundheit beeinflusst. Die wichtige Grundannahme der Konzepte von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist dabei die grundsätzliche Beeinflussbarkeit eben dieser Gesundheitsdeterminanten, also derjenigen Faktoren, die einen positiven oder negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Einzelnen ausüben.[246] Die Komplexität der Gesundheitsdeterminanten zeigt sich nicht nur in ihrer Multifaktorialität, sondern auch in ihrer Dynamik. So ist auch der Zusammenhang zwischen zeitlicher Exposition und Gesundheitsbeeinträchtigung höchst komplex. Demnach ändert ein plötzlicher Wechsel der Exposition zu bestimmten Umweltbedingungen nicht auch notwendigerweise die Gesundheitsbeeinträchtigung und während für bestimmte Gesundheitsbeeinträchtigungen die Dauer der Exposition entscheidend ist, sind für andere Beeinträchtigungen Höchstwerte entscheidender.[247] Auffällig ist jedoch, dass insbesondere Belastungen in utero oder in der frühen Kindheit einen entscheidenden Einfluss auf die Anfälligkeit sowohl für übertragbare als auch nicht-übertragbare Krankheiten im gesamten weiteren Lebensverlauf haben können.[248]

246 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45.

247 *Remais/Jackson*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 81 (82).

248 *Remais/Jackson*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 81 (82).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

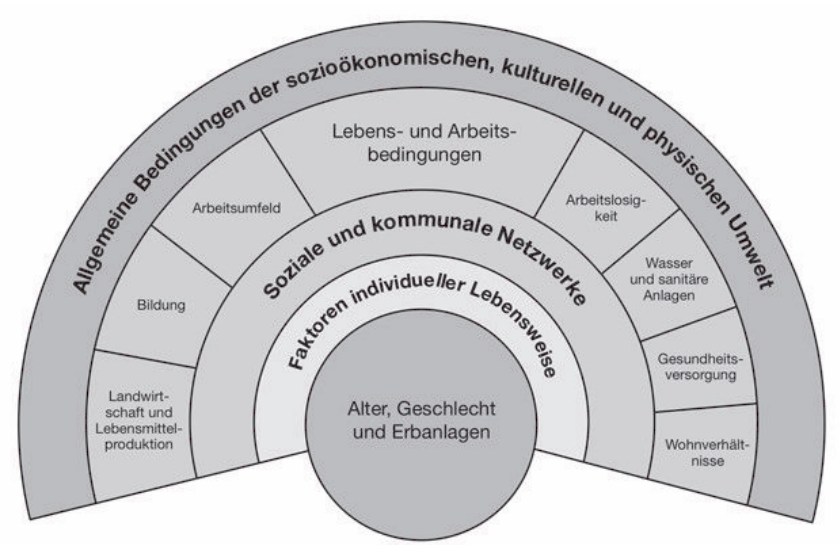

Abb. 1: Gesundheitsdeterminanten. Quelle: Richter/Hurrelmann, BZgA 2011, S. 45 unter Bezugnahme auf Dahlgreen/Whitehead.

1. Alter, Geschlecht, Genetische Disposition

Das Alter, Geschlecht und die genetische Disposition stellen einen wichtigen Grundstein für die individuelle Gesundheit dar. Zumindest das Alter und das Geschlecht sind die einzigen festgelegten und damit unbeeinflussbaren Determinanten von Gesundheit.[249] Dies galt grundsätzlich auch für die genetischen Dispositionen. Hier hat allerdings die neuere Forschung insbesondere im Rahmen des Humangenomprojekts aus den 1990er Jahren offenbart, dass es durchaus einen Zusammenhang und eine Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelteinflüssen gibt.[250]

249 *Dahlgren/Whitehead*, Policies and strategies to promote social equity in health, 2007, 11.

250 *Özdemir/Burke/Khoury u. a.*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 140 (141 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Individuelle Lebensführung

Faktoren der individuellen Lebensführung beziehen sich vor allem auf spezifische gesundheitsfördernde oder -schädigende Verhaltensweisen wie etwa das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und den Tabak- und Alkoholkonsum.[251] Bei den verhaltensbezogenen Determinanten wird neben den Lebens- und Arbeitsbedingungen häufig noch das weitaus größte, zumindest aber ein bedeutsames Gewicht für die Beeinflussung des Gesundheitszustandes gesehen.[252] Gleichwohl erscheint es erstaunlich, wie stark die Zahlen für den Anteil der Verhaltensfaktoren am Gesundheitszustand je nach Studie variieren. So setzen einige Studien den Einfluss teilweise bei 40 Prozent an[253], während sich andere hingegen im Bereich 30 Prozent ansiedeln[254]. Es gibt aber durchaus auch Veröffentlichungen, welche den Einfluss und die Vorhersehbarkeit verhaltensbedingter Risikofaktoren für vergleichsweise nur sehr wenig aussagekräftig halten.[255]

Eine genauere Analyse zeigt, dass hier zunächst zwischen spezifischem und komplexem gesundheitsrelevanten Verhalten unterteilt werden kann.[256] Einige spezifische gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie etwa ein bestimmtes Hygieneverhalten oder der Verzehr kontaminierter Nahrung steigern unmittelbar das Krankheitsrisiko und lassen sich als direkte Ursache bestimmter Krankheitsdispositionen und Erkrankungen ausmachen. Entsprechende Verhaltensweisen lassen sich aufgrund ihres direkten Ursachenzusammenhangs grundsätzlich gut identifizieren und sind

---

251 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (46).

252 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (46 f.); *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218 ff.

253 Vgl. *Schroeder*, New England Journal of Medicine 2007, 1221 (1222); *McGinnis/Williams-Russo/Knickman*, Health Affairs 2002, 78 (82).

254 Vgl. *Minnesota Department of Health*, Advancing Health Equity in Minnesota, 2014, S. 18.

255 *Lantz/House/Lepkowski u. a.*, Journal of the American Medical Association 1998, 1703 ff.; *Edmonton Social Planning Council*, Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework, 2005, S. 6 f. u. 11.

256 *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dementsprechend auch besser zu beeinflussen.[257] Komplizierter werden die Zusammenhänge – und damit auch die entsprechenden Nachweise von Kausalitätsketten – bei den komplexeren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die in aller Regel ohne ärztliche Aufsicht oder Überwachung über einen langen Zeitraum stattfinden und in Verbindung mit multifaktoriell verursachten chronischen Krankheiten stehen. Diese komplexen Verhaltensweisen können dabei direkt einen Risikofaktor darstellen oder vermittelnd auf Risikofaktoren einwirken. So gibt es zahlreiche Studien, die plausible Nachweise für einen Zusammenhang zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen Rauchen, Ernährung und Bewegungsmangel liefern.[258] Rauchen und Bewegungsmangel können dabei grundsätzlich direkt als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und etwa Krebserkrankungen wirken. So waren nach Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten in 2008 etwa 15 Prozent aller Krebserkrankungen allein dem Tabakkonsum zuzuschreiben.[259] Mangelhafte Ernährung hingegen wirkt zunächst eher indirekt auf andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte oder Fettleibigkeit, welche wiederum Einfluss auf Herz-Kreislauf-, Krebserkrankungen oder Diabetes haben.[260] Insgesamt gilt es als gesicherte Erkenntnis, dass individuelles Verhalten eine Auswirkung auf den Gesundheitszustand eines jeden Einzelnen hat.

Krankheit ist grundsätzlich mit der Abwesenheit gesundheitsfördernden Verhaltens verbunden.[261] So gibt es laut WHO „überzeugende Belege" dafür, dass etwa Nichtrauchen, Gewichtsmanagement, Maßnahmen zur kontrollierten Überwachung des Blutdrucks sowie regelmäßige körperliche Aktivität mit einem längeren und auch qualitativ besseren Leben zusammenhängen.[262] Aus dieser Erkenntnis allein kann aber noch nicht auf eine bestimmte Handlungsempfehlung geschlossen werden. Die Frage ist näm-

---

257 *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218 f.

258 Vgl. etwa die Nachweise bei *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218 (219 ff.).

259 *Robert Koch-Institut/Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.* (Hrsg.), Krebs in Deutschland 2011/2012, S. 21 ff.

260 *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218 (219 ff.).

261 *Erk*, Health, Rights and Dignity, 2011, S. 97.

262 *WHO Regional Committee for Europe*, Behaviour change strategies and health: the role of health systems, 2008, S. 1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lich, ob und wie der Einzelne überhaupt zur Befolgung eines gesünderen Lebensstils gebracht werden kann. Dies ist eng verbunden mit den Ursachenzusammenhängen. Während es zunächst offensichtlich erscheint, das gesundheitsrelevante Verhalten direkt steuern zu wollen (konkrete Ver- und Gebote, unmittelbar auf ein bestimmtes Verhalten zielende finanzielle Anreize, Informationssteuerung etc.), sind auch die Ursachen hinter den Ursachen mit zu betrachten. Frage eines sozialen Staates muss nämlich sein, wieso verschiedene Personen und Bevölkerungsgruppen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten verfolgen und wie weit die oft beschworene persönliche Verantwortung tatsächlich reicht.

Dementsprechend lässt sich auch durchaus verbreitete Kritik an der Bedeutung des sog. Lebensstilkonzepts finden.[263] So plausibel es erscheint, gesundheitliche Ungleichheiten auf unterschiedliche Verhaltensweisen und Lebensstile zurückführen zu wollen, so sehr steht auch die Erkenntnis im Raum, dass sich Todesursachen und Krankheitsinzidenzen je nach sozioökonomischen Status in einer solchen Deutlichkeit unterscheiden, dass diese Unterschiede nicht mehr mit den gebräuchlichen Risikofaktoren des individuellen Gesundheitsverhaltens erklärt werden können.[264] Es kann daher nicht genug drauf hingewiesen werden, dass das individuelle Gesundheitsverhalten seinerseits wiederum von verschiedenen überlagerten Einflüssen abhängt und durch diese maßgeblich determiniert wird.[265] Von besonderer Bedeutung ist doch gerade, wieso die Menschen bestimmte Verhaltensweisen verfolgen und insbesondere solche als gesund geltende unterlassen. So haben etwa räumliche Möglichkeiten des Erwerbes von Lebensmitteln, kulturelle Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel, finan-

---

file/0003/70185/RC58_edoc10.pdf (Stand: 3.4.2017), es wird allerdings nur auf eine einzelne Studie verwiesen; sich darauf beziehend *Alemanno*, in: *Alemanno/Sibony* (Hrsg.), Nudge and the Law, 2015, S. 235 (246).

263 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 13.

264 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 20; vgl. vor allem auch *Marmot/Rose/Shipley u. a.*, Journal of Epidemiology and Community Health 1978, 244; *Marmot/Smith/Stansfeld u. a.*, The Lancet 1991, 1387 ff.

265 *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218 (222 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

zielle und zeitliche Ressourcen oder der Bildungsgrad und Wissensstand einen maßgeblichen Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten.[266]

Zwei bedeutende britische Studien, die *Whitehall*-Studien beginnend 1967[267] und der *British Health and Lifestyle Survey* aus dem Jahr 1990[268] ließen sogar den Schluss zu, dass der Gesundheitseffekt gleichen gesundheitsrelevanten Verhaltens (etwa des Nichtrauchens) bei den sozioökonomischen niedrigeren Schichten geringer sei als bei den höheren Schichten.[269] Dies hänge unter anderem damit zusammen, dass auch das individuelle Verhalten wieder in die familiäre und soziale Umwelt eingebettet sei und entsprechend verstärkt oder behindert werden könne.[270] Je besser also die Lebensbedingungen, desto höher sei auch der Effekt gesünderen Verhaltens – je schlechter die Lebensbedingungen, desto geringer sei auch der Einfluss gesundheitsförderlichen Verhaltens.[271] Teilweise wird hier die Gefahr gesehen, dass sich Politik und Gesetzgebung zu stark auf die Bedeutung des individuellen Gesundheitsverhaltens fokussieren und dabei die strukturellen Bedingungen dieser Verhaltensweisen vernachlässigt werden.[272] So betont auch die *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina*, dass das individuelle Risikoverhalten oft an den sozio-ökonomischen Status gekoppelt sei und die wichtigsten Bestimmungsfaktoren für Krankheit daher wirtschaftlicher und sozialer Natur seien. In diesen

266 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (47).

267 *Marmot/Rose/Shipley u. a.*, Journal of Epidemiology and Community Health 1978, 244 ff. u. *Marmot/Smith/Stansfeld u. a.*, The Lancet 1991, 1387 ff.

268 *Blaxter*, Health and Lifestyles, 1990.

269 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 22.

270 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 22.

271 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 22.

272 Gefahr eines „Victim-blaming"; so: *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (47); entsprechend auch der Standpunkt in *Edmonton Social Planning Council*, Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework, 2005, S. 6 f. u. 11.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Bereichen müssten dementsprechend auch die „Abhilfemaßnahmen" ansetzen.[273]

Insgesamt kann festgehalten werden, dass zu den Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischem Status, individuellem Gesundheitsverhalten und tatsächlichem Gesundheitszustand viele Befunde vorliegen, diese sich aber noch nicht wirklich in ein überzeugendes, einheitliches Gesamtbild fügen lassen.[274] Unstrittig lässt sich jedoch ein gewisser „Bias" in der Gesundheitspolitik und vor allem der Gesetzgebung erkennen, eine Verbesserung der Individual- und Bevölkerungsgesundheit vor allem durch Verhaltensbeeinflussung zu bewirken. Am Beispiel der schulischen Gesundheitsförderung führt *Bauer* dementsprechend aus: „Die hier so bezeichnete Dominanz des Verhaltensparadigmas in der schulischen Gesundheitsförderung führt dazu, dass die Berücksichtigung moderierender Einflussfaktoren der sozialen Herkunft auf die Programmeffektivität konzeptionell nahezu ausgeklammert bleibt. Der Verschiebung von den strukturbezogenen zu den person[en]- und verhaltensbezogenen Maßnahmen korrespondiert die Vernachlässigung der Faktoren gesellschaftlicher Ungleichverteilung."[275]

Die Erkenntnis der immer noch bestehenden Fokussierung auf individuelles Verhalten wird sich dabei als ein roter Faden durch diese Arbeit ziehen und einen Großteil der verfassungsrechtlichen Analyse einnehmen. So stellen sich nämlich insbesondere bei der Inanspruchnahme des Individuums zur Erreichung einer besseren Gesamtgesundheit der Bevölkerung die bereits erwähnten Fragen bezüglich des Autonomieschutzes, der Verantwortungszuweisung und der Eigenverantwortung für gesundheitsrelevantes Verhalten. Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten gilt es insbesondere danach zu fragen, inwieweit aus tatsächlicher Kontrolle und moralischer Verantwortung auch eine rechtliche Verantwortung folgen kann und inwieweit das gesellschaftliche Gelingen oder Scheitern bei der Zurverfügungstellung einer gesundheitsförderlichen Umwelt mit zu beachten ist.[276]

---

273 *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina/Acatech - Detusche Akademie der Technikwissenschaften/Union der deutschen Akademien der Wissenschaften*, Public Health in Deutschland, 2015, S. 13.

274 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 26.

275 *Bauer*, Das Präventionsdilemma, 2005, S. 74.

276 So auch *Green/Hiatt/Hoeft*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 218.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

3. Soziale und kommunale Netzwerke

Als ein weiterer bedeutsamer Teil der sozialen Umwelteinflüsse zählen die sozialen und kommunalen Netzwerke. Hierbei geht es um die Frage der individuellen Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke wie beispielsweise den Freundeskreis, die Familie und die lokale Gemeinschaft. Eine gute soziale Integration kann sowohl die Erhaltung als auch die Wiederherstellung der Gesundheit fördern und das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse verringern. Diese Determinanten können dabei direkt sowie über das individuelle Gesundheitsverhalten indirekt auf den Gesundheitszustand wirken.[277] So hängt etwa die individuelle Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Änderung des Gesundheitsverhaltens stark vom familiären und sozialen Umfeld ab.[278] Gerade die individuelle Einschätzung der eigenen Fähigkeiten kann jedoch selbst einen großen Einfluss auf die Fähigkeit zur Verhaltensänderung und die Wirksamkeit der Verhaltensänderung hinsichtlich der Risikoverringerung zeitigen.[279]

4. Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen

Unter den Lebens- und Arbeitsbedingungen werden etwa Faktoren wie die physische und psychische Belastung am Arbeitsplatz, die Wohnsituation oder aber auch der Zustand des Gesundheitssystems allgemein gewertet. So beeinflusst die Finanzierung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung allgemein, sondern auch Fragen des Zugangs zur medizinischen Versorgung und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie die Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Arztbesuchen; alles Faktoren welche ihrerseits wiederum Einfluss auf gesundheitliche Outcomes haben.[280] Andererseits kann

277 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (46).

278 *Özdemir/Burke/Khoury u. a.*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 140 (144).

279 *Özdemir/Burke/Khoury u. a.*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 140 (144).

280 *Gulliford*, in: *Detels/Gulliford/Karim u. a.* (Hrsg.), Oxford Textbook of Global Public Health, 2015, S. 234 ff.; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion*

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ein Gesundheitssystem, welches hauptsächlich auf die Krankenversorgung ausgerichtet ist, zwar deutlich zur Verbesserung der Lebensqualität kranker Menschen, jedoch nur wenig zu einer gerechteren Verteilung der Gesundheitschancen beitragen.[281] So liegt – wie bereits erwähnt – der Anteil des Gesundheitssystems an der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse je nach Modellansatz und Berechnungsart jedoch nur bei etwa 10 bis 30 Prozent (bei Frauen immerhin bei 20 bis 40 Prozent).[282] Im Rahmen der Wohnsituation haben etwa Faktoren wie Luftverschmutzung, Lärmbelästigung oder Bebauungsdichte einen Einfluss auf Gesundheitswerte.[283]

Die Abgrenzung zu den allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbelastungen ist fließend. Im Fokus stehen hier die Makrofaktoren, die sich mit den „Ursachen der Ursachen" unterschiedlicher Gesundheitszustände und -ressourcen befassen. Sie umfassen vor allem klassische Sozialschichtsindikatoren wie Einkommen, berufliche Stellung und Bildungsniveau und stellen damit die komplexesten Gesundheitsdeterminanten dar.[284] Nicht zuletzt durch diese Komplexität und den Umstand, dass es sich letztlich um grundlegende gesellschaftliche Verhältnisse handelt, ist eine Beeinflussung dieser Faktoren durch gesundheitsspezifische Maßnahmen sehr schwierig bis unmöglich. Gleichwohl haben die Lebensbedingungen und sozioökonomischen Faktoren wohl den größten Anteil an der Beeinflussung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.[285] So wird dazu etwa im Sondergutachten des *Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* ausgeführt: „Im Vergleich mit dem Einfluss spezifischer präventiv beeinflussbarer individueller Faktoren ist möglicherweise der Einfluss unspezifischer sozioökonomischer Faktoren (z.B. Einkommensentwicklung und Einkommensverte-

---

im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 110 ff.

281 Vgl. *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 25.

282 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 116 m. w. N.

283 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 108 f.

284 *Richter/Hurrelmann*, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2011, S. 45 (46).

285 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 104 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-81 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

lung) auf die durchschnittliche Sterblichkeitsverbesserung sogar überlegen".[286]

III. Herausforderungen der Bevölkerungsgesundheit

Das Feld der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention versucht letztlich Antworten auf die Megatrends in der Gesundheitsentwicklung in den üblicherweise reichen Industrienationen zu finden. Stabile Befunde aus der Sozialepidemiologie und aus den Bereichen der Gesundheitswissenschaften lassen ein recht klares Bild über die zukünftigen Herausforderungen der Bevölkerungsgesundheit und damit der Gesundheitssysteme insgesamt erkennen.[287] So lässt sich zwar seit Jahrzehnten eine steigende Lebenserwartung und größere Gesundheit auch im Alter feststellen, diese Gesundheitsgewinne sind jedoch ungleich verteilt.[288] Auch stellt das stetige Fortschreiten von chronischen, überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten das kurativ orientierte Gesundheitssystem vor große Herausforderungen.[289]

1. Die Dominanz nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten

Grundsätzlich gibt es ein kaum zu überblickendes Spektrum an Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, es lässt sich jedoch erkennen, dass einige wenige Krankheitsbilder das Krankheits- und Sterbegeschehen in einem bedeutenden Umfang bestimmen. So dominieren die chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes, rheumatische Erkrankungen und psychische Erkrankungen.[290] Weltweit bestimmen die nichtübertragbaren, chronischen Krankheiten die Gesamtkrankheitslast zu 43 Prozent und das Ster-

286 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche., 1996, S. 109.
287 *Rosenbrock*, ZSR 2003, 342 (342 ff.).
288 *WHO-Regionalbüro für Europa* (Hrsg.), Der Europäische Gesundheitsbericht 2012, 2014, S. 9 f.
289 *Rosenbrock*, ZSR 2003, 342 (342 ff.).
290 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland, S. 3 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

begeschehen im Jahr 2012 zu etwa 68 Prozent.[291] Für Europa liegen die Zahlen schon deutlich höher bei 77 Prozent für die Krankheitslast und 86 Prozent der Todesfälle.[292] Eine nochmalige Steigerung lassen die Zahlen für Deutschland erkennen. So leidet etwa bereits die Hälfte aller Deutschen an einer der beschriebenen chronischen Erkrankungen.[293] Diese bestimmen dabei zu 91 Prozent das Sterbegeschehen in Deutschland.[294]

Den hier benannten chronischen Krankheiten ist vor allem gemein, dass sie bislang mit Mitteln der kurativen Medizin nicht wieder geheilt, sondern nur hinausgezögert werden konnten. Sie sind zwar multifaktoriell verursacht, gelten zu einem großen Teil jedoch als verhaltens- und umweltbedingt.[295] Daher geht man davon aus, dass sie auch durch Änderung von Verhaltensweisen und Umweltbedingungen vermeidbar sind.[296] Solche Rückschlüsse zieht man unter anderem aus den unterschiedlichen Werten der Menschen aus anderen soziökonomischen Schichten. Wenn etwa Herz- und Gefäßleiden, unabhängig vom Geschlecht – in Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status erheblich häufiger vorkommen, dann liegt es nahe, Unterschiede im Lebensstil und den Lebensbedingungen als Einflussfaktoren in den Fokus zu nehmen.[297] Inwieweit das einzelne Gesundheitsverhalten jedoch als Hauptursache für Unterschiede im Gesundheitszustand ausgemacht werden kann, ist – wie bereits erwähnt – durchaus umstritten. So darf nicht vergessen werden, dass der Lebensstil selbst stark von den sozio-ökonomischen Umweltbedingungen geprägt wird. Sie stellen die entscheidenden Determinanten der Individual- und Bevölkerungsgesundheit dar.

---

291 *WHO*, NCD Surveillance Strategy, http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/en/ (Stand: 3.4.2017) und *WHO*, Noncommunicable diseases, http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases (Stand: 3.4.2017).

292 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016), EUR/RC61/12.

293 *Bäcker/Naegele/Bispinck u. a.*, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, 5. Aufl. 2010, S. 94.

294 *WHO*, Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2014, S. 79.

295 *Gärtner*, Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung, 2001, S. 1.

296 *Mueller/Heinzel-Gutenbrunner*, Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, 2001, S. 7.

297 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 10.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-81 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Gerade im Zusammenhang mit den altersbedingten chronischen Krankheiten kann zudem festgestellt werden, dass die Krankheitsbelastung der Bevölkerung vor allem deswegen zunimmt, bzw. sich diese vor allem deswegen verschiebt, weil eben die Menschen immer älter, aber für sich gesehen nicht unbedingt kranker werden.[298] Es wird allerdings seit Jahrzehnten darüber diskutiert, ob und in welchem Maße mit der Verschiebung der Mortalität auch eine Verschiebung und damit Verlängerung der Morbiditätsphase einhergeht, also der Phase zwischen erstmaligem Ausbruch chronisch-irreversibler Morbidität und dem späteren Sterbezeitpunkt. Nach der Kompressionsthese wird sich die Anzahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre entweder absolut (Ausbruch chronischer Morbidität wird stärker hinausgezögert als der spätere Todeszeitpunkt) oder relativ (durch Zunahme der Lebenserwartung sinkt Anteil der in Krankheit verbrachten Jahre relativ) verringern.[299] Nach der Morbiditätsexpansionsthese hingegen wird zwar ein besserer Umgang mit den durch chronische Krankheiten verbundenen Komplikationen gelingen, das Voranschreiten der eigentlichen chronischen Krankheiten wird jedoch nicht signifikant aufgehalten werden können und folglich zu einer Zunahme der Morbiditätsdauer führen.[300] Als einen entscheidenden Faktor für die Entwicklung in die eine oder andere Richtung lässt sich wohl die Ausrichtung des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik allgemein ausmachen. Vertreter, die von einer Kompressionsthese ausgehen, sehen die Verringerung der chronischen Morbidität vor allem durch eine gelungene Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention positiv beeinflusst.[301] Als eine entscheidende Ursache für eine Morbiditätsexpansion wird hingegen ein starker Fokus des Gesundheitssystems auf Behandlung von eingetretenen Krankheiten und weniger auf die Vermeidung und Vorbeugung von diesen gesehen.[302] Der Prävention fällt vor diesem Hintergrund daher auch die

298 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 10 f.

299 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 183 f.

300 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 183 f.

301 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 183.

302 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 183 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Aufgabe zu, die zeitliche Verlagerung von Morbidität und Behinderung im Lebenszyklus weiter zu stabilisieren und zu verstärken.[303]

Als bedeutende Risikofaktoren gelten weiterhin der Tabakkonsum sowie der Alkoholmissbrauch, Übergewicht und Adipositas sowie mangelnde Bewegung und mangelhafte Ernährung.[304] So wird etwa allein der Alkoholkonsum in Westeuropa für ca. 11 Prozent der gesamten Krankheitslast bei Männern verantwortlich gemacht.[305] Gleichwohl macht sich in den letzten 20 Jahren etwa ein Trend zu mehr sportlicher Aktivität vor allem im höheren Alter bemerkbar. Andererseits erreichen nur jede sechste Frau und nur jeder vierte Mann das von der WHO empfohlene Maß von zweieinhalb Stunden mäßig körperlicher Anstrengung pro Woche.[306]

2. Das Problem sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten

Das zweite große Problempanorama neben den chronischen Krankheiten stellt die sozial bedingte ungleiche Verteilung von Gesundheit bzw. von Gesundheitschancen dar. So zeigen verschiedenste Studien, dass die körperliche und psychische Gesundheit je nach sozialer Lage in vielerlei Hinsicht variiert und demzufolge in den sozialen Lebensverhältnissen eine der wichtigsten gesundheitlichen Einflussgrößen überhaupt gesehen wird.[307] In den sozialen Status fließen dabei etwa das Haushaltseinkommen, berufliche Stellung und Bildungsniveau ein, wobei insbesondere die Bildung eine besondere Bedeutung für viele gesundheitliche Aspekte zu haben

303 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 186.

304 S. den ausführlichen Überblick bei *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 236 ff.

305 Bei Frauen hingegen nur für 2 Prozent, vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 245.

306 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 21.

307 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 1 u. 24 f.; s. auch den ausführlichen Überblick bei *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 115 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-81 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

scheint.[308] Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit gilt für viele als durch eine eindeutige Forschungslage gesichert.[309] Der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* schätzt die Forschungslage zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland hingegen als unbefriedigend ein. Insbesondere fehle es an Surveys und Studien, die sozialräumliche bzw. gruppenbezogene Konzentrationen von Gesundheitsbelastungen im Zusammenhang mit den Möglichkeiten qualitätsgesicherter primärpräventiver Interventionen untersuchen.[310]

Die gesundheitlichen Unterschiede zeigen sich dabei auf vielerlei Ebenen. Zunächst lassen sich Unterschiede in der Mortalität feststellen. So gibt es Untersuchungen, die für Deutschland für Männer aus dem untersten Viertel der Einkommensskala eine um etwa 10 Jahre geringere Lebenserwartung feststellen als für Männer aus dem obersten Viertel.[311] Bei Frauen beträgt der Unterschied immerhin noch fünf Jahre.[312] Allein das Merkmal mit Abitur/ohne Abitur markiert geschlechtsübergreifend einen statistischen Unterschied von circa dreieinhalb Jahren Lebenserwartung.[313] Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand lassen sich aber auch je nach sozio-ökonomischem Status Unterschiede in der spezifischen Morbidität feststellen. Insgesamt erkranken Menschen mit geringerem sozialem Status etwa öfter an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Zahnerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen sowie psychischen Erkrankungen und schneiden auch

308 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland - 2012, 2012, S. 24.

309 S. etwa den Überblick bei *Lampert*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 575 (580 ff.).

310 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 35, 128 ff.; ähnlich *Rosenbrock*, ZSR 2003, 342 (343).

311 72 gegenüber 82 Jahren, vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 34.

312 81 gegenüber 86 Jahren, *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 34.

313 *Rosenbrock*, ZSR 2003, 342 (343).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schlechter ab.[314] Auch haben sie weniger Möglichkeiten eingetretene Gesundheitsprobleme zu bewältigen. Die Unterschiede treten dabei bereits im frühen Kindheitsalter auf. So weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger einen mittelmäßigen bis schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf.[315] Während sich hierbei zwar grundsätzlich keine großen Unterschiede bei akuten Erkrankungen feststellen lassen, werden die Unterschiede jedoch bei den langfristigen gesundheitlichen Risikofaktoren deutlich.[316] Insgesamt erscheint es also so, dass sozial schlechter gestellte Menschen nicht nur kränker sind und früher sterben, sondern darüber hinaus auch in geringerem Maße vom sozialen und wirtschaftlichen Fortschritt profitieren.[317] Diese Unterschiede lassen sich dabei zum einen auf die in den sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen häufiger auftretenden Risikofaktoren (verhaltensbedingtes Gesundheitsverhalten wie etwa Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht) zurückführen. Zum anderen tragen ungünstigere Arbeitsbedingungen, Umweltbedingungen, Wohn- und Erholungsmöglichkeiten zu den Unterschieden bei, welche wiederum selbst auf das individuelle Gesundheitsverhalten wirken.[318]

---

314 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 34 u. 115 ff.

315 In der Altersgruppe der 3 bis 10-Jährigen gilt dies für 9,6 Prozent der Kinder aus der niedrigen Statusgruppe, während es in der mittleren und hohen Statusgruppe lediglich 4,5 bzw. 2,2 Prozent sind. Bei den 11 bis 17-Jährigen verhalten sich die Zahlen von 11,5 Prozent zu 7,2 bzw. 4,6 Prozent; vgl. *Lampert/Müters/Stolzenberg u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2014, 762 (766 ff.).

316 *Lampert/Müters/Stolzenberg u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2014, 762 ff.; *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014, S. 14 f.

317 *Schott/Kuntz*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 159 (160).

318 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 34.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-81 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

C. Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

I. Begriffsbestimmung

Um besser zu verstehen, wie diesen Megatrends der Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit begegnet werden soll, bedarf es eines genaueren Blickes auf die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Ähnlich wie schon beim Begriff Public Health lassen sich für die Konzepte von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in internationaler sowie nationaler Literatur unterschiedliche Definitionen und Abgrenzungen finden.[319] Insgesamt weisen sie in ihrem Grundansatz viele Gemeinsamkeiten auf und stehen in einem starken Ergänzungsverhältnis zueinander.[320] Dies erschwert die Abgrenzung einerseits, lässt sie andererseits aber auch weniger bedeutsam erscheinen. Als hilfreich erweist es sich zunächst, von der historischen Entwicklung der Begriffe auszugehen.[321]

Der Begriff der *Krankheitsprävention* entwickelte sich im 19. Jahrhundert aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit und umfasste daher vor allem Ansätze, die eine Vermeidung des Auftretens und der Verbreitung von Krankheiten sowie eine Verminderung ihrer Auswirkungen zum Ziel hatten. Als Grundlage der Krankheitsprävention dienen Kenntnisse über die Entwicklungs- und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens.[322] Sie kann demnach definiert werden als: „Strategie der Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen durch gefährdete Exposition und Belastungen und personengebundene Risiken. Sie zielt vor allem auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Ziel ist die Verhinderung des Voranschreitens einer Gesund-

---

319 Vgl. zu möglichen Ordnungsgesichtspunkten *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 140 ff.

320 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (664 f.).

321 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 13 ff.; vgl. auch den Überblick zur Geschichte der staatlichen Gesundheitsvorsorge bei *Wozniak*, Gesundheitsförderung im öffentlichen Schulsystem, 2009, S. 45 ff.

322 Vgl. zum Ganzen *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 13 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heitsstörung oder Krankheit in ein jeweils schlimmeres Stadium und das Vermeiden von Folgestörungen psychischer und sozialer Art sowie das Reduzieren von Folgekrankheiten."[323] Auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht geht es bei Prävention um die Vermeidung des Risikoeintritts. Dieser ist jedoch nicht die Gesundheitsbeeinträchtigung an sich, sondern der daraus resultierende Leistungsfall.[324]

Der Begriff der *Gesundheitsförderung* hingegen entwickelte sich erst deutlich später und ist auf die gesundheitspolitischen Debatten der WHO in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückzuführen. Er muss dabei im Zusammenhang mit der weiten WHO-Definition von Gesundheit gesehen werden und schließt neben bevölkerungsmedizinischen Ansätzen auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse mit ein.[325] Während bei der Krankheitsprävention Vermeidungsstrategien im Vordergrund stehen, geht es bei der Gesundheitsförderung um eine Promotionsstrategie, bei welcher die Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen in ihren gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten gestärkt werden sollen.[326] Als Interventions- und Handlungsgrundlage dienen hier Kenntnisse über die Ausgangs- und Rahmenbedingungen für das Gesundsein und Gesundbleiben.[327] Gesundheitsförderung kann damit beschrieben werden als: „Strategie der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz. Gesundheitsförderung berücksichtigt sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, familiäre, soziale, rechtliche, edukative, ökonomische, architektonische und ökologische Aspekte."[328] Im Gegensatz zur Krankheitsprävention ist die Gesundheitsförderung nicht auf einen Risikoeintritt und dessen Vermeidung fokussiert, sondern setzt zeitlich weit vorher an. Gesundheit soll generell durch Stärkung der Ge-

323 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661.
324 *Bieback*, ZSR 2003, 403 (405).
325 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 13.
326 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 13.
327 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 14.
328 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sundheitsressourcen von Individuen und ganzer Bevölkerungsgruppen gefördert werden, um Belastungen zu vermeiden, zu überwinden und auszuhalten.[329]

II. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als Interventionsformen

Gemein ist beiden Begriffen, dass sie grundsätzlich Interventionskonzepte beschreiben, bei denen zumeist öffentliche Akteure versuchen durch gezieltes Eingreifen sich abzeichnende oder bereits eingetretene Verschlechterungen der Gesundheit bei bestimmten Individuen oder Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.[330] Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention stehen dabei in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander. Sie können in dieser Hinsicht als zwei ineinandergreifende Scharniere desselben Mechanismus verstanden werden, der es zum Ziel hat möglichst auf breiter Linie einen Gesundheitsgewinn für den Einzelnen als auch die gesamte Bevölkerung zu erzielen. Nichtdestotrotz bieten beide Interventionsformen eine unterschiedliche Eingriffslogik, welche zu teilweise verschiedenen Ansätzen in der Strategie und Methodik führt.[331]

Interventionsziel der *Krankheitsprävention* ist die Verhinderung und Abwendung von Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten. [332] Grundannahme ist dabei, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit und zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens individuell und kollektiv im Rahmen einer Zukunftsprognose vorhergesagt werden können, sodass entsprechend dieser Prognose gezielte Interventionen zur Abwendung des Eintritts des Ereignisses Krankheit und seiner Folgen abgeleitet werden können. Der Erfolg einer präventiven Maßnahme ließe sich daher daran messen, in welchem Ausmaß der erwartbare Krankheitsausbruch und

329 *Bieback*, ZSR 2003, 403 (410).
330 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 14.
331 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (663).
332 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (663).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Krankheitsverlauf gemindert oder gar ganz verhindert werden konnten.[333] Zentral für die Konzeption von Präventionsstrategien ist die Identifizierung von Ausgangsbedingungen und Risikofaktoren, die einen nachweislichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten haben (sog. pathogene Dynamiken und Faktoren).[334] Ziel der Präventionsmaßnahmen ist es, zu einem Zeitpunkt, an dem die Risikofaktoren deutlich identifiziert werden können, positiv in die Dynamik der Krankheitsentwicklung einzugreifen und damit einen Gesundheitsgewinn zu erzielen, welcher im Abbau einer zu erwartenden individuellen oder kollektiven Krankheitslast besteht.[335]

Interventionsziel der *Gesundheitsförderung* ist die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen.[336] Anders als bei der Krankheitsprävention steht dabei nicht die Eliminierung oder Verringerung von Risikofaktoren im Vordergrund, sondern der Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Schutzfaktoren und Ressourcen. Erreicht werden soll ein frühestmöglicher Eingriff in den zu erwartenden Verlauf der Entwicklung des Gesundheitszustandes eines Einzelnen oder einer Bevölkerungsgruppe, um dadurch ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität zu erreichen als ohne die Intervention zu erwarten gewesen wäre.[337] Gesundheitsförderung baut ebenso wie Krankheitsprävention auf Vorhersagewahrscheinlichkeiten bzw. Zukunftsprognosen über die Verlaufsdynamik menschlicher Befindlichkeiten auf. Im Erkenntnisinteresse sind hier allerdings die Bedingungen und Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsstadien (sog. salutogene Dynamiken und Faktoren).[338]

---

333 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 14.

334 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (663).

335 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 15.

336 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (663).

337 *Hurrelmann/Klotz/Haisch*, in: *Hurrelmann/Klotz/Haisch* (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. 2014, S. 16.

338 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (663).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Solche die Gesundheit positiv beeinflussenden Ressourcen lassen sich in personale, soziale und materielle Ressourcen unterteilen.[339] Zu den personalen Faktoren wird dabei vor allem die generelle Bildung und Lebenskompetenz gezählt, zudem auch emotionale Faktoren wie emotionale Stabilität, Überzeugungen und Erwartungen, aber auch die Fähigkeit, negative Emotionen und Stress zu bewältigen.[340] Gesundheitsförderung umfasst hier etwa Maßnahmen zur Stärkung physischer und psychischer Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen, um damit individuelle Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern oder um Handlungskompetenzen für die Veränderung gesundheitsbelastender Strukturen zu entwickeln und freizusetzen.[341] Soziale Ressourcen ergeben sich aus der Struktur und Qualität sozialer Beziehungen und Netzwerke; erfasst werden etwa Faktoren wie die psychosoziale Unterstützung in einer Partnerschaft oder der Familie, im Berufsleben oder im Rahmen anderer sozialer Netzwerke und etwa Aspekte gesellschaftsweiter sozialer Kohäsion.[342] Zu den materiellen Ressourcen zählen etwa Erwerbseinkommen, Vermögen und finanzielle Planungssicherheit. Durch sie werden vor allem die individuellen Optionen einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung vermehrt.[343] Es handelt sich hierbei jedoch um Makrofaktoren, welche eher durch gesamtgesellschaftliche Maßnahmen als durch gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung beeinflusst werden können. Gesundheitsförderung konzentriert sich daher stärker auf die Förderung der personalen und sozialen Ressourcen und Kompetenzen.

Insgesamt verfolgen beide Konzepte damit ein einheitliches Ziel – einen individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn. Der Gesundheitsgewinn, welcher durch eine Krankheitsprävention gewonnen werden kann, äußert sich in einem Abbau der individuellen und kollektiven Krankheits-

339 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 192 ff.

340 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 193.

341 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 135.

342 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 193.

343 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 193.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

last. Der Gesundheitsgewinn der Gesundheitsförderung liegt hingegen in der Herstellung oder Wiederherstellung einer höheren als der ursprünglich erwartbaren Gesundheitsqualität.[344] Moderne Konzepte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention basieren idealerweise auf einem integrativen Ansatz und kombinieren Ansätze zur Senkung von Belastungen mit solchen Ansätzen, welche das Bewältigungspotential des Einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen stärken. Die Schlüsselvariable für den Erfolg von präventiven Strategien, die solch einen integrativen Ansatz verfolgen, ist in der Regel die Mobilisierung und Aktivierung und damit der Einbezug der Zielgruppen (sog. *enabling* und *empowerment*).[345]

III. Interventionsschritte von primordialer bis zu tertiärer Intervention

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung lassen sich grundsätzlich in Stadien von aufeinander aufbauenden Interventionsschritten einteilen.[346] Üblicherweise wird in drei bis vier Arten oder Phasen der Prävention nach ihrem zeitlichen Ansatz im Krankheitsverlauf und der Spezifität der Mittelwahl unterschieden.[347] Die Grundidee der Interventionsstadien lässt sich dabei prinzipiell auch auf die Gesundheitsförderung übertragen.[348]

Das früheste Stadium wird als *primordiale Intervention* bezeichnet. Manche Autoren ordnen diese Intervention nur als Teilbereich der Primärintervention[349] ein, andere hingegen verstehen sie als ein der Primärintervention vorgelagertes Interventionsstadium[350]. Grundsätzlich sind hierunter Maßnahmen zu verstehen, die sich nicht gezielt an eine bestimmte, risi-

344 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (664).

345 *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 135.

346 Vgl. etwa den Überblick bei *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (665 ff.).

347 *Bieback*, ZSR 2003, 403 (406).

348 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (665).

349 *Walter/Robra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 197.

350 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (668).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

kotragende Bevölkerungsgruppe, sondern vielmehr universell und unspezifisch an die Allgemeinheit richten. Ziel ist es, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen günstig zu beeinflussen. Oftmals wird die primordiale Intervention mit der Gesundheitsförderung gleichgesetzt. Umfasst sind hiervon etwa Maßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Wohn- und Arbeitsbedingungen. Als Maßnahmen der primordialen Krankheitsprävention können solche verstanden werden, welche universell und unspezifisch für jeden einzelnen Menschen generell nützlich und einfach durchführbar sind. Als Beispiele können hier unter anderem die Gurtpflicht für Autofahrer oder etwa die Fluoridierung des Trinkwassers sowie eine allgemeine Impfpflicht genannt werden.[351]

Primäre Interventionen zielen auf das Zurückdrängen definierbarer Risikofaktoren vor Eintritt einer biologischen oder psychischen Schädigung.[352] Die *Primärprävention* richtet sich dabei auf die Vermeidung exogener Schädigungen und auf die Verhinderung oder Verringerung eines personengebundenen Risikos für spezifische Erkrankungen oder Erkrankung überhaupt.[353] Umfasst werden alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen oder mentalen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder bereits vorhandener Teilursachen. Die Primärprävention richtet sich hauptsächlich an bestimmte Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko für Gesundheitsstörungen und Erkrankungen aufweisen.[354] Ähnlich kann in diesem Zusammenhang von auf bestimmte gefährdete Personengruppen gerichteter, gezielter Gesundheitsförderung gesprochen werden. Als Beispiele können Tabakvermeidungsstrategien für Kinder und Jugendliche, Rauchverbote an Schulen, Beratung von Neurodermitis bei Eltern mit einem familiären Risiko, Grippeschutzimpfungen bei Kindern und älteren Menschen und Maßnahmen zur Absenkung eines er-

351 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (665 ff.).

352 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (666).

353 *Walter/Robra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 196 f.; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 135 f.

354 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (668).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

höhten Blutdrucks zur Vermeidung von Herzkrankheiten sowie Angebote im Rahmen von § 20 SGB V genannt werden.[355]

Sekundäre Interventionen lassen sich in erster Linie im Rahmen der Krankheitsprävention finden. Die dann unter dem Begriff der *Sekundärprävention* erfassten Maßnahmen zielen auf die Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien und ihre erfolgreiche Behandlung. Es handelt sich damit um eine spezifische und gezielte Intervention, die sich auf Personen mit bereits eingetretener (aber noch unerkannter) Erkrankung richtet. Zu den typischen Maßnahmen zählen etwa Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen. Ebenso werden auch Maßnahmen zur Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach bereits behandelter Ersterkrankung erfasst, wie etwa die Vermeidung eines Reinfarktes nach bereits erfolgtem Herzinfarkt.[356]

Tertiäre Interventionen, welche wohl fast ausschließlich in Gestalt der *Tertiärprävention* auftreten, werden oft auch mit Pflege und Rehabilitation gleichgesetzt. Sie umfassen im engeren Sinne zunächst nur spezielle Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer „Funktionseinbußen". Im weiteren Sinne können jedoch auch Maßnahmen zur „wirksamen Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung und bleibende Behinderungen sowie Teilhabeverluste zu verhüten", erfasst werden.[357] Tertiärprävention zielt somit darauf, die körperliche, psychische und auch soziale Leistungsfähigkeit nach einer erfolgten Krankenbehandlung wiederherzustellen und das Neueintreten von Beeinträchtigungen und Behinderungen zu reduzieren.[358]

IV. Zielgruppenspezifische Intervention und das „Präventionsparadox"

Wie soeben beschrieben, können sich Interventionsmaßnahmen zunächst in universeller Weise an die Gesamtbevölkerung richten und eine flächen-

---

355 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (666 ff.).

356 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (668 f.) und *Walter/Robra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 197.

357 *Walter/Robra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 197 ff.

358 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (669).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

deckende Interventionsstrategie verfolgen. Dies gilt vor allem für die primordialen und zum Teil auch primären Interventionsmaßnahmen. Der große Nachteil solcher Strategien ist jedoch, dass zunächst ein großer Teil der Bevölkerung eine entsprechende Folgebereitschaft (*Compliance*) mit den Maßnahmen zeigen muss und sie zudem einen Interessenkonflikt zwischen dem kollektiven Interesse an bevölkerungsweiten Veränderungen einerseits und der Entscheidungsfreiheit des Individuums andererseits heraufbeschwören.[359] Als deutlich vielversprechender gelten daher *zielgruppenspezifische Interventionsstrategien*, welche auf bestimmte Personengruppen gerichtet sind, bei denen ein spezifischer Bedarf und idealerweise auch eine besondere Motivation vermutet werden.[360] Zur Definition der Zielgruppe werden zumeist soziodemographische Kriterien wie Alter und Geschlecht, regionale Kriterien (Stadt- oder Landbevölkerung, Bevölkerung aus benachteiligten Regionen) oder Lebensstilkriterien (Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) herangezogen.[361] Auch kann man nach Bevölkerungsgruppen in risikoerhöhten Lebensphasen (Schwangere, Personen nach Verlust des Partners, pflegende Angehörige) oder in vulnerablen und sozial benachteiligten Lebensumständen (Arbeitslose, Obdachlose, Migranten) unterscheiden.[362]

Als ein großes Defizit oder besser als eine große Herausforderung zielgruppenspezifischer Interventionsstrategien gilt jedoch der Umstand, dass oft gerade diejenigen Zielgruppen, die von der Wissenschaft als besonders präventionsbedürftig eingestuft werden, am schwersten mit Präventions- und Fördermaßnahmen zu erreichen sind.[363] Es wird daher oft als „Präventionsdilemma“[364] oder „Präventionsparadox“[365] bezeichnet, dass gerade besonders sozial benachteiligte Gruppen, die oft auch eine starke ge-

359 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (670).
360 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (670).
361 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (671).
362 *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 208.
363 *Schnabel*, in: *Bittlingmayer/Sahari/Schnabel* (Hrsg.), Normativität und Public Health, 2009, S. 183 (195 ff.).
364 *Bauer*, Das Präventionsdilemma, 2005, S. 73 ff.
365 *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 208.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sundheitliche Belastung aufweisen, bisher nur schwer erreicht wurden und werden. Vielmehr profitieren von der heutigen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention überwiegend die ökonomisch, bildungsmäßig und gesundheitlich bessergestellten Bevölkerungsschichten.[366] So ergeben Datenerhebungen aus dem Jahr 2009, dass Männer und Frauen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status etwa deutlich seltener an verhaltenspräventiven Angeboten der Krankenkassen teilnahmen als solche mit mittlerem und hohen sozio-ökonomischen Status.[367] Für diesen Umstand gibt es verschiedene Faktoren. So sprechen Menschen aus sozial benachteiligten Milieus aufgrund mangelnden Wissens, mangelnder Einsicht und Erkenntnis und höherer sozialer Bürden schwerer oder seltener auf freiwillige Präventions- und Vorsorgeleistungen an.[368] Oft spielen auch eine etwaige Stigmatisierung der Zielgruppe und daraufhin entstehende Trutz- und Abwehrhaltungen eine Rolle.[369] Es stellt eine der großen gesetzgeberischen Herausforderungen im Rahmen von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention dar, dass es nur eine feine Grenze zwischen positiv wirksamen und sich förderlich auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten auswirkenden Maßnahmen und solchen Maßnahmen zu geben scheint, die die Gefahr der Stigmatisierung, Diskriminierung und Verfestigung und möglicherweise noch Steigerung gesundheitlicher Ungleichheiten in sich tragen. Gerade bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gilt es daher zu beachten, ob die verfolgten Ziele nicht ins Gegenteil verkehrt werden.

Eine ähnliche Herausforderung der bevölkerungs- und risikogruppenspezifischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention stellt der Ausgleich vom kollektiven Interesse an bevölkerungsweiten Veränderungen einerseits und vom Individualinteresse der Entscheidungsfreiheit andererseits dar. So ist eine weitere Ausprägung des „Präventionsparadoxes“, dass grundsätzlich eine große Anzahl von Personen eine präventive Maßnahme durchführen muss, obwohl nur wenige einen direkten Nutzen

366 *Schnabel*, in: *Bittlingmayer/Sahari/Schnabel* (Hrsg.), Normativität und Public Health, 2009, S. 183 (195).

367 *Robert Koch-Institut* (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland, 2015, S. 272, wenngleich (in 2013) insgesamt nur 2,1 Prozent der Versicherten an individuellen verhaltenspräventiven Angeboten teilnahmen.

368 Vgl. *Bauer*, Das Präventionsdilemma, 2005, S. 73 ff.

369 Vgl. *Bauer*, Das Präventionsdilemma, 2005, S. 185.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

in Form verlängerter Lebenszeit haben.[370] Ein statistisch signifikanter Nutzen stellt sich regelmäßig erst bei Betrachtung der Gesamtbevölkerung ein, da eine Risikoverringerung bei einer großen Anzahl von Menschen mit individuell nur geringem Risiko einen deutlich größeren Effekt erreichen kann als eine Risikoabsenkung bei einem nur kleinen, aber individuell mit hohem Risiko belasteten Personenkreis.[371]

V. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Interventionsstrategien werden zudem üblicherweise in die beiden Kategorien der „Verhaltensprävention" und der „Verhältnisprävention" unterschieden. Während unter dem Begriff *Verhaltensprävention* Maßnahmen zu verstehen sind, die direkten Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten und damit auf den individuellen Gesundheitszustand nehmen sollen, fallen unter die Kategorie *Verhältnisprävention* solche Maßnahmen, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes und -verhaltens indirekt oder mittelbar durch eine Veränderung der Lebensbedingungen und der Umwelt der Zielperson erreichen wollen.[372]

Maßnahmen der *reinen Verhaltensprävention* haben in aller Regel keinen Kontextbezug und umfassen häufig kontextunabhängige Informations- und Edukationsmaßnahmen, welche auf die Veränderung individueller Verhaltens- und Konsummuster zielen. Dazu zählen etwa Medienkampagnen (wie bspw. Kampagnen der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*) oder Beratungs-, Informations- und Trainingsangebote der Krankenkassen (§ 20 SGB V), aber auch Maßnahmen in Schulen und Betrieben ohne klaren Kontextbezug wie etwa Aufklärungsfilme zur Verbesserung der Ernährung (Gesundheitsförderung im Setting).[373] Methodisch stützt sich damit die Verhaltensprävention vorrangig auf edukative Verfahren der pädagogischen und psychologischen Interventionstradition. Diese

370 Vgl. *Eberbach*, MedR 2010, 756 (764).

371 *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 210.

372 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (672); zur Systematisierung vgl. etwa *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 189 f.

373 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 189.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Verfahren stützen sich auf die Einsicht und Veränderungsmotivation von Individuen, indem sie auf Erziehung und Bildung, Information und Aufklärung, Beratung, Verhaltenstraining sowie Kompetenzförderung setzen. Im Hintergrund steht dazu die Annahme, dass das Gesundheitsverhalten des Einzelnen durch das ihm zur Verfügung stehende Wissen über Körper und Psyche sowie Möglichkeiten der Krankheitsverhinderung beeinflusst. Um das Ziel der Verhaltensänderung zu erreichen, müssen demnach die Überzeugungen, Einstellungen und subjektiven Normen sowie die motivationale Bereitschaft des Einzelnen zur Verhaltensänderung beeinflusst und geändert werden. Oftmals lassen sich aber auch klassische regulatorische Maßnahmen (Anschnallpflicht, Promillegrenzen im Straßenverkehr, Nichtraucherschutzgesetze) sowie positive oder negative Anreize ökonomischer Natur (etwa Tabaksteuer oder Bonusprogramme) finden.[374] Wie schon bei den zugrunde liegenden Lebensstilkonzepten sind auch verhaltenspräventive Maßnahmen grundlegender Kritik unterworfen. So wird bemängelt, dass verhaltensbezogene Ansätze in der Primärprävention die maßgebliche Beeinflussung des individuellen Kompetenzaufbaus durch strukturelle Faktoren sozialer Ungleichheit bis heute nicht ausreichend berücksichtigt hätten. Damit sei vor allem vernachlässigt worden, dass Kompetenzmuster in der Lebenswelt der Heranwachsenden ihre primäre Verankerung haben. Sie würden die unterschiedliche Verteilung von herkunftsspezifischen Dispositionen in einer aggregierten Form abbilden und seien dadurch aber auch stärker als bisher angenommen durch ihre Veränderungsträgheit gekennzeichnet.[375]

Maßnahmen der *reinen Verhältnisprävention* hingegen versuchen die Rahmenbedingungen für die Umwelteinflüsse im weiteren Sinne zu beeinflussen, ohne dabei auf die Notwendigkeit individueller Entscheidungen über Verhaltens- und Konsummuster aufzubauen bzw. zurückgreifen zu müssen. Dies ist etwa der Fall bei Regelungen zur Produktsicherheit oder im Verbraucherschutzrecht sowie bei technischen Regelungen im Bau- und Verkehrswesen oder im Umweltschutz- und Immissionsschutzrecht.[376]

---

374 *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (672 ff.); s. im Detail dazu unten Kap. 2 A.

375 *Bauer*, Das Präventionsdilemma, 2005, S. 173 f.

376 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 190; *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (672); *Rosenbrock*, ZSR 2003, 342 (345).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Eine scharfe Abgrenzung der Verhaltens- und Verhältnisprävention scheint jedoch nicht nur begrifflich irreführend. Auch treten in der Praxis häufig *kombinierte Ansätze* auf. Diese umfassen beispielsweise Interventionsmaßnahmen für genau bestimmte Zielgruppen, bei denen zunächst Erkenntnisse über die Rahmenbedingungen gesundheitsbezogener Lebensstile integriert und dann entweder Settings als Zugangsweg für definierte Zielgruppen ausgenutzt werden (Gesundheitsförderung im Setting) oder auf die Gestaltung von verhaltens- und lebensstilprägenden Settings (gesundheitsfördernde Settings) hingewirkt wird.[377] Instrumente sind hier etwa Maßnahmen des Sozialen Marketings (Anwendung kommerzieller Marketinginstrumente zu nicht-kommerziellen Zwecken) oder Mehr-Ebenen-Kampagnen, welche jedoch in Deutschland bisher nur sehr selten etwa im Rahmen der Kampagne zum Anlegen des Sicherheitsgurts in den 1960er Jahren, der „Trimm Dich"-Kampagne in den 1970er Jahren und der AIDS-Kampagne seit den 1980er Jahren zu Anwendung kamen.[378] Als wichtige Settings haben sich unter anderem herausgebildet: die Arbeitswelt (Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung), die Schulen oder das Setting Stadt/Gemeinde (allgemeine Städteplanung, Stadtteilentwicklung, Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Netzwerk „gesunder Städte").[379] Mit Blick auf Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten kann etwa die Einführung von gesundem Schulfrühstück und einer Salatbar in Schulkantinen oder aber auch die Gestaltung des Wohnumfeldes insgesamt einen bedeutsamen Einfluss auf den gesundheitsbezogenen Lebensstil haben. Hier kommen dann Maßnahmen in Betracht, welche einen erleichterten Zugang zu gesunden Ernährungsalternativen und Bewegungsangeboten herstellen können. Im Rahmen des Städtebaus spielen hier unter anderem die Anordnung und Verteilung von Supermärkten, Imbissen, Grünflächen, Radwegen in Nähe von Wohngegenden oder Schulen und Kindergärten eine Rolle.[380]

---

377 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 189 f.

378 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 232 ff.

379 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 255 ff.

380 *Reisch/Gwozdz*, in: *Ploeger/Hirschfelder/Schönberger* (Hrsg.), Die Zukunft auf dem Tisch, 2011, S. 323 (329 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

VI. Potenziale von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Es lassen sich unzählige Studien und andere Veröffentlichungen finden, in denen das Potenzial von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegserkrankungen und Diabetes, aber auch von psychischen Leiden nicht nur aus der theoretischen Überlegung, sondern mittels empirischer Nachweise aufgezeigt werden soll.[381] So wird postuliert, dass bereits allein durch „angemessene" körperliche Bewegung zwei der Hauptverursacher von Krankheits- und Pflegekosten in Deutschland, namentlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates, deutlich reduziert werden könnten.[382] Ebenso ließe sich mittels gesünderer Ernährung der Risikofaktor Bluthochdruck und damit das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko um etwa ein Viertel absenken.[383] Laut einer Studie des *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research* aus dem Jahr 2007 wären etwa ein Drittel aller Krebsfälle durch angemessenes Körpergewicht, ausreichende körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Reduzierung von Alkoholkonsum und andere Maßnahmen vermeidbar.[384] Auch nach Schätzungen der WHO ließen sich weltweit mehr als 30 Prozent aller Krebsfälle durch Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verhindern.[385]

Während viele gesundheitswissenschaftlichen Publikationen die Studienergebnisse positiv aufnehmen und oftmals anscheinend unreflektiert als Beleg für den positiven Erfolg von Präventionsmaßnahmen auffassen, gibt es auch mahnende Stimmen, die auf die sehr unterschiedlichen Studienlagen zu verschiedenen Präventionsmaßnahmen und Risikofaktoren hinwei-

---

381 Einen ausführlichen Literaturüberblick bieten etwa *Wild*, Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen - ein Literaturüberblick, 2007; *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 2002, S. 179 ff. und auch *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 202 ff.

382 *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 202 ff.

383 *Walter/Rubra/Schwartz*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 202 ff.

384 *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research*, Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007.

385 *Robert Koch-Institut/Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.* (Hrsg.), Krebs in Deutschland 2011/2012, S. 21.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sen. So wird etwa kritisiert, dass die Kausalität zwischen möglichen Einflussfaktoren und den Krankheiten oft nicht zweifelsfrei geklärt sei und gerade auch zu den Möglichkeiten der Primärprävention oft nur wenige, qualitativ hochwertige Studien vorliegen würden.[386] Auch der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* sieht im Hinblick auf Nachweise zur Effektivität von primärpräventiven Interventionen noch Forschungsbedarf.[387]

Ähnlich ungewiss ist auch das immer wieder hervorgebrachte Einsparpotenzial langfristiger Prävention von theoretisch bis zu 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland.[388] Solche Schätzungen erweisen sich bei genauerer Betrachtung als ungenau. So werden weder die Kosten der Prävention selbst, noch die Folgekosten einer durch die Prävention erreichbaren, längeren Lebenserwartung berücksichtigt. Ein Hinausschieben der Morbidität in spätere Lebensphasen führe nur dann zu Einsparungen, wenn die hinzugewonnenen Lebensjahre „gesunde" Lebensjahre darstellten. Dies kann jedoch nicht ohne weiteres unterstellt werden.[389] Bei Berücksichtigung dieser direkten und indirekten Präventionskosten ergibt sich grundsätzlich, dass das tatsächliche Einsparpotenzial weit hinter dem theoretischen zurückbleiben dürfte und im Gesamtsaldo nicht einmal positiv sein muss.[390] Diese Erkenntnis spricht natürlich keinesfalls gegen Präventionsanstrengungen schlechthin. Sie macht aber deutlich, dass Kostenargumenten mit Vorsicht begegnet werden sollte.

D. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf der rechtspolitischen Agenda

Nach der Aufbereitung der gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen, soll nun beschrieben werden, wie politische Institutionen diese Erkenntnisse aufnehmen und ihren Auftrag im Bereich Public Health interpretieren und mit welchen Mitteln und Maßnahmen sie versuchen, die theoreti-

386 *Wild*, Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen - ein Literaturüberblick, 2007, S. 70.
387 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, S. 37.
388 *Rothgang/Dräther*, ZSR 2003, 531 (537).
389 *Rothgang/Dräther*, ZSR 2003, 531 (537).
390 Zum Ganzen *Rothgang/Dräther*, ZSR 2003, 531 (537).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

schen Konzepte in die politische Realität und Gesetzgebung umzusetzen. Genauso wenig wie es ein einheitliches Verständnis von Public Health gibt, genauso wenig lässt sich ein einheitliches Bild von politischen Maßnahmen im Bereich Public Health, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nachzeichnen. Im Folgenden können und sollen daher auch nicht bis ins kleinste Detail die unzähligen Programme internationaler und nationaler Institutionen aufgezeigt werden. Ziel ist es vielmehr, Trends und Leitlinien der Hauptakteure internationaler und nationaler Gesundheitspolitik festzustellen und aufzuzeigen, aus welchem Verständnis heraus und in welcher Art und Weise auf internationaler und nationaler Ebene Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als politisches Thema verarbeitet wird. Dieses Vorgehen dient dabei nicht nur der besseren Veranschaulichung, sondern hat auch einen Wert für die verfassungsrechtliche Betrachtung selbst. So haben politische Vorstellungen zumindest als Bestandteil eines mehr oder weniger bewussten Vorverständnisses Einfluss bei der Gestaltung und später auch bei der Auslegung von Verfassungsinhalten und einfachgesetzlicher Rechtsnormen.[391] Gerade im Rahmen des verfassungsrechtlichen Schweigens hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention ist ein Blick auf die politische Agenda daher unverzichtbar.

I. Internationale Ebene

1. Leitlinien der Gesundheitsförderpolitik der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist als Sonderorganisation der Vereinten Nationen Koordinierungs- und Führungsorgan für Fragen des internationalen Gesundheitswesens und damit klarer Hauptakteur internationaler Gesundheitspolitik. Die Statuten oder auch Satzung der WHO traten am 07. April 1948 in Kraft.[392] Die WHO sieht ihre Funktion selbst darin, Fragen der internationalen Gesundheitsforschung mit zu gestalten, ethisch fundierte und evidenzbasierte Politikoptionen zu artikulieren sowie

391 *Seewald*, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 31.

392 Constitution of the World Health Organization, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Stand: 3.4.2017); s. auch Gesetz über die Bekanntmachung der Satzung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Januar 1974, BGBl. 1974 II, S. 43 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Normen und Standards zu etablieren und deren Umsetzung zu begleiten und zu überwachen.[393] Die Aufgaben der WHO sind umfangreich in Art. 2 der WHO-Satzung dargelegt. Die WHO unterstützt ihre Mitgliedsstaaten dabei insbesondere durch Beratung und technische Hilfe (Art. 2 lit. b) – f)) sowie durch Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals (Art. 2 lit. o)). Zudem liegt ein weiteres Hauptaugenmerk auf Wissensverbreitung und Aufklärung vor allem über Infektionskrankheiten wie etwa Malaria, Pocken, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und AIDS (Art. 2 lit. g), q) und r)) sowie über Mütter- und Kindergesundheit (Art. 2 lit. l)) und andere Programme zu Ernährungs- und Hygieneproblemen.[394] Hinzu kommen Aufgaben zur Aufstellung, Änderung oder Standardisierung von Krankheitsnomenklaturen, Diagnosemethoden und anderen internationalen Normen für Nahrungsmittel, biologischen, pharmazeutischen und ähnlichen Erzeugnissen (Art. 2 lit. s) - u)).

In dem zwölften Arbeitsprogramm der WHO mit dem Titel „*Not merely the absence of disease*“, welches für die Jahre 2014-2019 gilt, wurden sechs Themenfelder als aktuelle Hauptarbeitsfelder der WHO-Tätigkeit hervorgehoben. Diese sind (1) Universelle Gesundheitsversorgung, (2) Zugang zu sicheren und bezahlbaren Arzneimitteln und Medizinprodukten, (3) Erreichung der gesundheitsbezogenen Millennium Development Goals, (4) die Implementierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften von 2005 und (5) die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten sowie (6) die Inangriffnahme der sozialen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit mit dem Zweck der Gesundheitsförderung und der Verringerung von Gesundheitsungerechtigkeiten.[395]

In der Praxis haben sich dementsprechend vor allem zwei Schwerpunkte der Tätigkeiten der WHO herausgebildet. Diese sind Krankheitsbekämpfung auf der einen und Gesundheitsförderung auf der anderen Seite.[396] Im Rahmen der Krankheitsbekämpfung hat die WHO einen großen Beitrag zur Ausrottung oder Zurückdrängung bestimmter Infektionskrankheiten geleistet (etwa Pocken oder Kinderlähmung) und auch heutzutage

393 The Role of the WHO in Public Health, http://www.who.int/about/role/en/ (Stand: 3.4.2017).

394 *Klemperer*, Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl. 2014, S. 27.

395 *WHO*, Twelth General Programme of Work, 2014, S. 27.

396 So auch *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 221 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

beschäftigen sich viele Maßnahmen mit alten und neuen übertragbaren und ansteckenden Krankheiten wie AIDS oder Ebola.[397] Neben den Infektionskrankheiten hat die WHO auch die Bedeutsamkeit nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten erkannt und sich der Prävention der sog. Volkskrankheiten verschrieben. Im Fokus stehen hier die laut WHO vier größten nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes sowie deren Hauptrisikofaktoren Tabak, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung.[398]

Der zweite Schwerpunkt Gesundheitsförderung muss wohl – insbesondere mit Blick auf diese Arbeit – als einer der Meilensteine der Arbeit der WHO angesehen werden. Die WHO hat vor allem in den letzten 40 Jahren maßgeblich zur Entwicklung und vor allem zur Verbreitung des modernen Konzepts von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beigetragen. Wenn auch nicht unbedingt unmittelbar die explizite Politik der WHO wiedergebend, stellen die Chartas, Stellungnahmen und Erklärungen der verschiedenen internationalen Konferenzen zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung einen guten Überblick zur Entwicklung der durch die WHO geprägten internationalen Gesundheits-Agenda dar.

2. Gesundheitsförderung auf der internationalen Agenda

Bereits 1978 wurde auf der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma-Ata der Schutz und die Förderung der Gesundheit aller Menschen und das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitszustandes als äußerst wichtiges Ziel der internationalen Gemeinschaft beschrieben. Ebenso wurde bereits auf das Problem gesundheitlicher Ungleichheit hingewiesen. Als Ziel einigte man sich auf dieser Konferenz darauf, bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau für alle Völker zu erreichen, welches ihnen die Führung eines sozial und wirtschaftlich produkti-

397 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 6 f; *Mühlenbruch*, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 222.

398 *WHO*, Twelth General Programme of Work, 2014, S. 31.; s. dazu auch den Aktionsplan zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten *WHO*, Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ven Lebens ermöglicht. Als Schlüssel zur Erreichung dieses Ziels wurde zu jener Zeit jedoch noch die Primäre Gesundheitsversorgung angesehen, welche als wesentlicher Bestandteil und zentrale Aufgabe sowohl des Gesundheitssystems als auch der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung beschrieben wurde. Hervorzuheben ist jedoch, dass Primäre Gesundheitsversorgung im Sinne der Erklärung von Alma-Ata bereits weit verstanden wurde und sich den Hauptgesundheitsproblemen in der Gemeinschaft mittels Bereitstellung gesundheitsfördernder, präventiver, kurativer und rehabilitativer Dienste widmen sollte. Ebenso wurde erkannt, dass neben dem Gesundheitssektor selbst, auch alle verwandten Sektoren und Aspekte der Gemeinschaftsentwicklung, „insbesondere Ackerbau, Viehzucht, Ernährung, Industrie, Erziehung, Wohnungswesen, öffentliches Bauwesen, Nachrichten- und Verkehrswesen und andere Sektoren", mit in die Gesundheitspolitik einbezogen und miteinander koordiniert werden müssen.[399]

Als bedeutendstes internationales Dokument im Rahmen der Gesundheitsförderung zählt jedoch die Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986.[400] Die *Ottawa-Charta* beschreibt Gesundheitsförderung wie folgt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbe-

399 Vgl. zum Ganzen Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata 1978, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 15 ff.

400 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 17 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

reichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebenswelten hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden."[401]

Die Errungenschaften dieser Definition sind – wie bereits mehrfach hervorgehoben – vor allem darin zu erkennen, dass Gesundheit als positives Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde gelegt wird und Gesundheitsförderung damit aus dem Regime der Primären Gesundheitsversorgung herausgelöst und ihr eine eigenständige Bedeutung beigemessen wird. Als grundlegende Voraussetzungen für die Gesundheit wurden neben Frieden, angemessenen Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, einem stabilen Ökosystem und einer sorgfältigen Verwendung vorhandener Naturressourcen erstmals auch ausdrücklich soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit identifiziert. In diesem Zusammenhang wird dann auch auf die Verbindung von Gesundheitsförderung und Chancengleichheit hingewiesen. So wird ausgeführt:

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. […]."[402]

Um ein solches Ziel zu erreichen, erfordere Gesundheitsförderung eben weitaus mehr als bloße medizinische und soziale Versorgung. Eine Politik der Gesundheitsförderung müsse generell Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Politikgestaltung entgegenstehen und auch Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Wichtig ist dabei, sich immer vor Augen zu halten, dass diese Aufgabe nicht allein vom Gesundheitssektor in seiner krankheitsbehandlungszentrierten Ausrichtung bewältigt werden kann, sondern Gesundheitsförderung vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken zwischen Sozial-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik, Verbänden und Initia-

401 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 18.

402 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 18.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tiven sowie lokalen Institutionen, der Industrie und der Medien erfordert.[403]

In der Konsequenz dieser Erkenntnisse verpflichteten sich die Teilnehmer der Ottawa-Konferenz zur folgenden Maßnahmen:

– „an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
– allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder eine ungesunde Ernährung gerichtet sind. Es gilt dabei, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz, Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit zu stellen;
– die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen;
– die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und sie zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;
– die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung hin umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und, was noch viel wichtiger ist, mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken; die Gesundheit und ihre Erhaltung als eine wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen."[404]

---

403 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 19.

404 Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 21.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Im Anschluss an die Ottawa-Konferenz folgten noch sieben weitere internationale Konferenzen zur Gesundheitsförderung[405], in denen die Grunderkenntnisse und Forderungen der Konferenzen in Alma-Ata und Ottawa weiter ausdifferenziert und fortentwickelt wurden. So wurde in *Adelaide (1988)* nochmals der Wert der Gesundheit sowohl als „grundlegendes Menschenrecht" als auch als „bedeutsame soziale Investition" betont und die Forderung nach mehr Chancengleichheit und Zugangsmöglichkeiten sowie die öffentliche Verantwortung für Gesundheit in Form der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik bekräftig.[406]

Die Konferenz in *Sundvall (1991)* beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit Anforderungen an und der Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten und hob die sozialen, politischen und ökonomischen Dimensionen gesundheitsförderlicher Lebenswelten hervor.[407]

In *Jakarta (1997)* konnte man dann schon auf Forschungsergebnisse und Fallstudien zurückgreifen, welche den positiven Beitrag von Gesundheitsförderung auf die allgemeine Gesundheit, aber auch mit Blick auf eine größere gesundheitliche Chancengleichheit „überzeugend" nachweisen konnten. Neben den Determinanten für Gesundheit wurde der sog. Setting-Ansatz in den Fokus der Betrachtungen gesetzt. Hierin wurde die Erkenntnis verarbeitet, dass zur Aktivierung und Befähigung des Einzelnen zu gesundheitsförderndem Verhalten dessen Erreichung in bestimmten Lebenswelten, sog. Settings (z.B. Städte, Gemeinden, Viertel, Schulen, Betriebe, Märkte, Gesundheitseinrichtungen etc.), eine vielversprechende Möglichkeit zur praktischen Umsetzung umfassender Public-Health Politik bietet. Auch wurde wieder angesichts des starken Übergewichts der Primären Gesundheitsversorgung die Notwendigkeit zur Etablierung und Sicherstellung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung als prioritäre

405 Dies waren die Konferenzen in Adelaide 1988, Sundvall 1991, Jakarta 1997, Mexiko-Stadt 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009 und Helsinki 2011.

406 Empfehlungen der 2. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Adelaide 1988, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 22 f.

407 Die Sundvall-Stellungnahme zu Gesundheitsförderlichen Lebenswelten, 3. Weltkonferenz 1991, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 28 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Herausforderung für Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert hervorgehoben.[408]

Erwähnenswert im Rahmen der Konferenz in *Mexiko-Stadt (2000)* ist wiederum die ausdrückliche Erklärung der versammelten Gesundheitsminister, die Förderung von Gesundheit und sozialer Entwicklung als zentrale Pflicht und Aufgabe der Regierungen anzuerkennen.[409] Hervorzuheben ist, dass diese Erklärung als ministerielle Erklärung ausdrücklich auch von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet wurde.[410]

In *Bangkok (2005)* wurde abermals anerkannt und präzisiert, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstelle und Gesundheitsförderung auf diesem „wesentlichen Menschenrecht" basiere. Gesundheitsförderung wurde konkretisiert als „Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern" und als Kernaufgabe der öffentlichen Gesundheit beschrieben. Trotz des wiederholten Appels an die Verantwortung aller Politikbereiche und Regierungsebenen wurde auch die Schlüsselrolle des Gesundheitssektors beim Aufbau von Strategien und Partnerschaften zur Gesundheitsförderung sowie die Verantwortung des Privatsektors (hier vor allem der Arbeitsgeber) herausgestellt.[411]

Die beiden jüngsten Konferenzen von *Nairobi (2009)* und *Helsinki (2013)* beschäftigten sich verstärkt mit Schlüsselstrategien und Verpflichtungen zur Umsetzung und Implementation von Gesundheit und Entwicklung durch Gesundheitsförderung. In Nairobi wurde dazu aufgerufen, das „unerschlossene Potenzial der Gesundheitsförderung zu nutzen" und Regierungen wurden dazu angehalten, ihre „Verantwortung für die Öffentliche Gesundheit" mit besonderem Schwerpunkt auf u.a. „die Förderung sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit durch Implementation der Empfehlungen der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten von Ge-

408 Deklaration der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta, Indonesien 1997, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 33 ff.

409 Mexiko-Erklärung, 5. Weltgesundheitskonferenz Mexico-City 2000, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 43.

410 *WHO*, Milestones in Health Promotion, 2009, S. 23.

411 Bangkok-Charta, 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt, Bangkok 2005, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 45.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sundheit“ auszuüben. Um eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu erreichen, müssten Gesundheitsförderungsinterventionen in Gesundheitssysteme eingebettet sein, die Gerechtigkeit unterstützen und hohe Leistungsstandards erfüllen.[412] Der Aspekt der gesundheitlichen Gerechtigkeit wurde abermals in Helsinki bekräftigt und der „Genuss des höchstmöglichen Gesundheitsstandards“ als eines der Grundrechte jedes Menschen bezeichnet. An die Regierungen wurden u.a. die Forderungen gestellt, die „Selbstverpflichtung zu Gesundheit und gesundheitlicher Gerechtigkeit als politische Priorität durch Anwendung der Prinzipien von Gesundheit in allen Politikbereichen und durch aktives Handeln gegenüber den sozialen Gesundheitsdeterminanten“, die „Sicherung effektiver Strukturen, Prozesse und Ressourcen“, die „Stärkung der Kapazitäten von Gesundheitsministerien“ sowie die „Einbeziehung von Gemeinschaften, sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft“ zum Aufbau von Gesundheitskompetenz umzusetzen. Zentrales Thema war damit wieder die Frage, wie durch einen *Health-In-All-Policies-Ansatz* eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und ein Abbau vor allem sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit erreicht werden kann.[413]

Hervorzuheben ist abschließend noch die „Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit“ aus dem Jahr 2011. Bereits 2005 setzte die WHO eine Kommission zur Erforschung der Sozialen Determinanten von Gesundheit ein, 2008 wurde dann der Abschlussbericht, auf welchen später noch eingegangen wird, vorgelegt.[414] In Anerkennung der Ergebnisse dieser Studie hinsichtlich des bedeutenden Einflusses sozialer Determinanten auf den Gesundheitsstatus bekräftigten die Regierungschefs, Minister und Regierungsvertreter der Konferenz von Rio de Janeiro nochmals ihre Entschlossenheit „soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit durch die Inangriffnahme sozialer Determinanten von Gesund-

412 Nairobi Handlungsaufruf zum Schließen der Implementationslücke in der Gesundheitsförderung, 7. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Nairobi 2009, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 56 ff.

413 Vgl. dazu: Das Helsinki Statement zu Gesundheit in allen Politikbereichen, 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung, Helsinki 2013, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 86 ff.

414 *Commission on Social Determinants of Health*, Closing the gap in a generation, 2008.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heit und Wohlbefinden über einen intersektoralen Ansatz zu erreichen".[415] Es wurde im Rahmen dieser Erklärung zudem noch einmal hervorgehoben, dass die Inangriffnahme der sozialen Gesundheitsdeterminanten eben nicht nur für vulnerable Gruppen, sondern für die gesamte Population entscheidend sei, um inklusive, gerechte, wirtschaftlich produktive und gesunde Gesellschaften hervorzubringen. Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen solle sogar als eine „Schlüsselkategorie" einer inklusiven und fairen Gesellschaft im 21. Jahrhundert positioniert werden.[416]

Die Empfehlungen und Handlungsverpflichtungen der Weltkonferenz über soziale Determinanten von Gesundheit wurden im Jahr 2012 auch in der Resolution der 65. Weltgesundheitsversammlung aufgegriffen und befürwortet. Insbesondere wurden die Mitgliedsstaaten dazu gedrängt, die Zusicherungen, die in der Rio-Deklaration getroffen wurden, in Hinsicht auf eine:

(1) bessere Lenkung und Steuerung für Gesundheit und Entwicklung,
(2) Förderung von Partizipation in der Politikgestaltung und -umsetzung,
(3) weitere Umorientierung des Gesundheitssektors in Richtung auf die Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten,
(4) Stärkung globaler Lenkung, Steuerung und Zusammenarbeit,
(5) Beobachtung und Überwachung von Fortschritten und zunehmender Rechenschaftspflichten umzusetzen.[417]

3. Rechtliche Implikationen

Der internationalen Ebene, unter starker Führung der WHO, kommt zusammenfassend eine wichtige Rolle der Politik*prägung*, nicht jedoch der Politik*umsetzung* zu. Die Steuerungskraft entsprechender Empfehlungen und Beschlüsse ist damit wesentlich von der Internalisierung der einzelnen

415 Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit, Rio de Janeiro, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 75 ff.

416 Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit, Rio de Janeiro, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 76.

417 Resolution der 65. Weltgesundheitsversammlung: Ergebnisse der Weltkonferenz über soziale Determinanten von Gesundheit, Genf 2012, in: *Franzowiak/Luetkens/Sabo* (Hrsg.), Dokumente der Gesundheitsförderung II, 2013, S. 84 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Staaten und deren politischen Willen abhängig.[418] Auch das in diesem Rahmen deklarierte „Menschenrecht auf Gesundheit" bietet als abstrakte universalistische Idee zunächst zwar eine Argumentationsbasis und einen Anknüpfungspunkt für innerstaatliche Normierungsprozesse, vermag aber auf der Ebene der Grund- und Menschenrechte nicht über den Wert einer programmatischen Absichtserklärung hinaus Wirkung zu entfalten.[419]

Ein großer Verdienst besteht generell jedoch darin, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt zu haben und weiterhin, insbesondere mit Blick auf soziale Determinanten und Gesundheitsungerechtigkeiten, auf der Tagesordnung zu halten. Kommissionen und Forschergruppen liefern mit Unterstützung der WHO wichtige Daten und Erkenntnisse, welche vor allem auf den internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in konkrete Handlungsempfehlungen und Politikansätze gemünzt werden. Zudem versucht die WHO als ständiger Mahner, aber auch mittels Nachweis- und Rechenschaftspflichten die Mitgliedsstaaten an ihre politischen Verpflichtungen und Versprechen zu erinnern und eine Umsetzung der Erkenntnisse gesundheitswissenschaftlicher Forschung voranzutreiben. Nicht müde werden die entsprechenden Stellen, auf den Stellenwert von bestmöglicher Gesundheit als Menschenrecht und das große Potential von Gesundheitsförderung und Prävention zum Abbau gesundheitlicher Ungerechtigkeiten hinzuweisen. Hervorzuheben ist zudem, dass die Einflüsse der sozialen Faktoren als besonders entscheidend für den Gesundheitszustand sind. Es wird deshalb nicht der Einzelne aufgrund seines Verhaltens für seine gesundheitliche Lage verantwortlich gemacht, sondern die ihn beeinflussende (soziale) Umwelt. Ziel gesundheitsförderlicher Politik und damit auch Gesetzgebung sollte daher vor allem eine Stärkung gesundheitlicher Eigenkompetenz unter Wahrung der gesundheitlichen Selbstbestimmung sein.

---

418 *Habersack*, in: *Bittlingmayer/Sahari/Schnabel* (Hrsg.), Normativität und Public Health, 2009, S. 163 (167).

419 *Habersack*, in: *Bittlingmayer/Sahari/Schnabel* (Hrsg.), Normativität und Public Health, 2009, S. 163 (165 ff.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

II. Europäische Ebene

So global in seinem Ursprung, so geprägt ist Public Health von den regionalen Besonderheiten und Herausforderungen gesundheitsfördernder Politikgestaltung. Im Folgenden sollen daher die besonders für die Europäische Region geltenden Strukturen und Eigenheiten aufgezeigt werden, welche die gesundheitsförderpolitische Agenda bestimmen und insbesondere im Rahmen von Maßnahmen der Unionsorgane auch einen rechtlichen Einfluss auf die Mitgliedsstaaten ausüben.

1. Entstehungsgeschichte und aktuelle Herausforderungen

Europa kann schon seit dem 19. Jahrhundert auf ein Public-Health-Bewusstsein zurückblicken. Zu Beginn dieser Entwicklung standen insbesondere Beobachtungen der Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen einerseits und den Lebensbedingungen – insbesondere der Arbeiterklasse – andererseits. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse führten gemeinsam mit den Fortschritten in der Medizin zur Etablierung strukturierter Gesundheitssysteme, welche zunächst auf die Arbeiter und später dann auch auf andere Bevölkerungsgruppen ausgeweitet wurden.[420] In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts standen dann die medizinische Behandlung von Erkrankungen und der Kampf gegen Infektionskrankheiten im Mittelpunkt europäischer Gesundheitspolitiken – eine Entwicklung, welche auch noch heute die Gesundheitspolitik maßgebend prägt.[421] Erst sehr spät in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich dann ein Bewusstsein für den Bedarf und die Möglichkeiten staatlicher Gesundheitsförderung und Prävention chronischer Krankheiten.[422]

Trotz der Erfolge der europäischen Gesundheitspolitiken lässt sich immer noch eine Vielzahl verschiedener Defizite ausmachen. Vor allem muss das in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich angestiegene Gefälle in der

420 Vgl. zum Ganzen *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 14.

421 *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 14.

422 *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 14.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Lebenserwartung als großer Missstand gesehen werden.[423] So kann ein in der Schweiz zur Welt gekommenes Neugeborenes mit einer durchschnittlich 16 Jahre höheren Lebenserwartung rechnen als eines in Kasachstan.[424] Die WHO spricht sogar von 19 Jahren Unterschied zwischen der Lebenserwartung eines Kindes aus einem einkommensstarken und eines Kindes aus einem einkommensschwachen Land der Europäischen Region.[425] Zwischen den einzelnen Ländern bestehen insgesamt jedoch nicht nur für die Säuglingssterblichkeit und die Lebenserwartung, sondern auch für die anderen mit sozialen Determinanten von Gesundheit verknüpften Indikatoren noch beträchtliche absolute Unterschiede.[426] Es muss damit festgehalten werden, dass trotz immenser Verbesserungen der Gesundheitsindikatoren in den letzten beiden Jahrhunderten die europäische Bevölkerung nur sehr ungleichmäßig von den verbesserten Bedingungen profitiert hat.

Zwei der größten Herausforderungen europäischer Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert bilden damit die Verringerung der Ungleichheiten der Gesundheitschancen und der Lebenserwartungen sowie die Bekämpfung nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten. Besonders schwierig erscheint dabei die konkrete Umsetzung der Erkenntnisse über die sozialen Determinanten von Gesundheit, die zwar relativ gut erforscht scheinen, aufgrund ihrer Komplexität jedoch oftmals eine Überforderung für die durch Zuständigkeits- und Ressortgrenzen geprägten politischen Systeme darstellen. Hier muss nämlich insbesondere die Einsicht verarbeitet werden, dass effektive Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention größtenteils über das traditionell verstandene Gesundheitswesen hinaus ansetzen müssen, um einen möglichst effektiven Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung und zur Verringerung sozialer Gesundheitsungleichheiten leisten zu können.

---

423 *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 14.

424 *Jakubowski*, in: *Schwartz/Walter/Siegrist u. a.* (Hrsg.), Public Health, 3. Aufl. 2012, S. 14.

425 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 9.

426 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Der Europäische Gesundheitsbericht 2015 - Der Blick über die Ziele hinaus - neue Dimensionen der Evidenz, S. 10.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

2. Hauptakteure und Leitlinien europäischer Public Health Politik

Als die beiden Hauptakteure europäischer Public Health Politik lassen sich das Europäische Regionalbüro der WHO und die Europäische Union unter Federführung der EU-Kommission ausmachen.

a) Das WHO-Regionalbüro für die Europäische Region

Für das WHO-Regionalbüro stellen nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, Adipositas und Alkoholkonsum, aber auch durch Naturkatastrophen und Umweltzerstörung bedingte Gesundheitsschädigungen die größten aktuellen Herausforderungen für die Gesundheitsentwicklung in der Europäischen Region dar.[427] Die Europäische Region trägt zudem weltweit die höchste Last durch nichtübertragbare Krankheiten. So verursachen die beiden Krankheitsgruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs fast drei Viertel der Sterblichkeit in der Region.[428] Darüber hinaus haben psychische Störungen den zweitgrößten Anteil an der Krankheitslast.[429]

Das aktuelle Rahmenkonzept „Gesundheit 2020" wurde von den 53 Mitgliedsstaaten der Europäischen Region auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2012 angenommen. Es dient allen Mitgliedsstaaten als „Grundlage für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens in allen Bereichen von Staat und Gesellschaft."[430] Als eines der wichtigsten Ziele des Rahmenkonzepts wird auch hier die Bewältigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich durch mehr soziale Gerechtigkeit und Integration für benachteiligte Menschen angegeben.[431] Das Konzept enthält zudem die Erkenntnis, dass zur Erreichung dieser Ziele ein ressortübergreifender Ansatz vonnöten ist. Ge-

---

427 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 3 ff.

428 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 19.

429 So tragen psychische Störungen mit 19 Prozent zur Krankheitslast (gemessen in DALY) in der Europäischen Region bei, s. dazu *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 19.

430 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 3.

431 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 3.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sundheit wird zudem als gesamtgesellschaftliche und gesamtstaatliche Aufgabe wahrgenommen.[432]

Mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention ist hervorzuheben, dass sich drei der vier prioritären Handlungsfelder der Europäischen Region mit der „Investition in Gesundheit durch einen Lebensverlaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit des Menschen“[433], „Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region“[434] sowie der „Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder“[435] beschäftigen. Für das Haushaltsjahr 2014-2015 hat das Regionalbüro entsprechend der prioritären Handlungsfelder auch 18 Prozent der Mittel für „Gesundheitsförderung im gesamten Lebensverlauf“ und 14 Prozent der Mittel für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten vorgesehen.[436] Gleichzeitig stellt das WHO-Regionalbüro jedoch fest, dass trotz aller politischen Absichtserklärungen die Staaten bisher nur einen sehr geringen Bruchteil ihrer Gesundheitsetats für Krankheitsprävention ausgeben – so soll der Durchschnitt der OECD bei ungefähr 3 Prozent liegen. Ebenso wenig werden gesundheitliche Ungleichheiten systematisch in Angriff genommen.[437]

b) Die Europäische Union

aa) Kompetenzen und Kernanliegen unionaler Gesundheitspolitik

Die Europäische Union besitzt seit dem Vertrag von Maastricht (1992/1993)[438] eine eigene Kompetenz im Bereich des Gesundheitswe-

---

432 *Kickbusch/Hartung*, Die Gesundheitsgesellschaft, 2. Aufl. 2014, S. 69.
433 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 82 ff.
434 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 103 ff.
435 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 147 ff.
436 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation in der Europäischen Region, S. 23.
437 *WHO-Regionalbüro für Europa*, Gesundheit 2020, 2013, S. 13; zu dem gleichen Ergebnis kommt auch die EU-Kommission für die EU-Mitgliedsstaaten, s. *Europäische Kommission*, Investing in Health, 2013, S. 15.
438 Vertrag von Maastricht über die Europäische Union, v. 7.2.1992, BGBl. II 1992 S. 1253; in Kraft getreten am 1.11.1993, BGBl. II 1993 S. 1947.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sens.[439] Diese Kompetenz ermächtigt seit jeher jedoch primär nur zu *unterstützenden und ergänzenden Maßnahmen* zu den Gesundheitspolitiken der Mitgliedsstaaten, direkte Harmonisierungsmaßnahmen sind hingegen nur sehr vereinzelt erlaubt. Die EU betreibt damit keine eigenständige und einheitliche Gesundheitspolitik, sondern nur eine zu den autonomen Gesundheitspolitiken der Mitgliedstaaten zusätzliche.[440] Manche meinen angesichts dieser sehr beschränkten Kompetenzen, dass man streng genommen nicht wirklich von einem *EU-Gesundheitsrecht* sprechen könne.[441] Dies muss wohl mit Blick auf die vielen gesundheitspolitischen Maßnahmen und Programme der EU – welche im Folgenden näher erläutert werden – jedoch eher als formale Beschreibung als als Rechtswirklichkeit verstanden werden. Tatsächlich hat die EU teilweise doch einen nicht unerheblichen Einfluss auf das nationale Gesundheitsrecht.[442] Darüber hinaus wird die primäre Gesundheitspolitik auch auf sekundärer Ebene verfolgt, nämlich dort, wo weitgehende wirtschaftliche Aufgaben und Kompetenzen durch den Gesundheitsschutz ergänzt werden – wie etwa im Bereich des Arbeitsschutzes.[443]

Der rechtliche Rahmen für die Tätigkeit der EU auf dem Gebiet des Gesundheitswesens wird allen voran durch die Art. 4 Abs. 2 lit. k), 6 S. 2 lit. a) sowie Art. 168 AEUV gesetzt. Nach Art. 6 S. 2 lit. a) sowie Art. 168 Abs. 1 UAbs. 1 ist bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes „Gesundheitsschutzniveau" sicherzustellen. Hierin findet der von der Europäischen Kommission verfolgte sektorenübergreifende gesundheitspolitische Ansatz von „*Health in all Policies*" seine vertragliche Entsprechung.[444]

Die Tätigkeit der Union soll sich dabei nach Art. 168 Abs. 1 AEUV auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Hu-

---

439 Zur Geschichte gemeinschaftlicher Präventionsmaßnahmen vgl. *Becker*, ZSR 2003, 355 (357 ff.).

440 *Niggemeier*, in: *v. d. Groeben/Schwarze/Hatje*, 7. Aufl. 2015, Art. 168 AEUV Rn. 9.

441 *Maass/Schmidt*, EuZW 2015, 85.

442 So u.a. im Rahmen der Arzneimittelregulierung, der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, des Nichtraucherschutzes sowie des Wettbewerbsrechts im Gesundheitswesen, vgl. dazu *Maass/Schmidt*, EuZW 2015, 85 ff.

443 *Becker*, ZSR 2003, 355 (369).

444 *Tiemann*, Die Einwirkungen des Rechts der Europäischen Union auf die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung und Freien Heilberufe in der Bundesrepublik Deutschland, 2011, S. 48.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

mankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit richten (UAbs. 2 S. 1). Dies umfasst als prioritäre Handlungsfelder die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten und schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren (UAbs. 2 S. 2) sowie die Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden (UAbs. 3). Es wird jedoch auch deutlich gemacht, dass die Tätigkeit der Union die Politik der Mitgliedstaaten lediglich *ergänzen* soll. Dies wird für den Bereich „Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit" auch durch Art. 6 S. 2 lit. a) AEUV unterstrichen. Der Union kommt damit vor allem eine unterstützende und die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten sowie mit dritten Ländern und internationalen Organisationen fördernde Aufgabe zu (vgl. Art. 168 Abs. 2 und 3 AEUV). Solch fördernde und ergänzende Maßnahmen werden dabei grundsätzlich durch die gesundheitsbezogenen Aktionsprogramme der Union gestaltet und durchgeführt.[445]

Das aktuelle dritte Aktionsprogramm der Union im Bereich Gesundheit (2014-2020) wurde in Form einer Verordnung am 11. März 2014 erlassen.[446] Es zielt gemäß Art. 2 darauf, die Politiken der Mitgliedsstaaten zur Verbesserung der Gesundheit der Unionsbürger und zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu ergänzen und zu unterstützen. Gemäß Erwägungsgrund Nr. 5 soll sich dieses Programm auf Ziele und Maßnahmen konzentrieren, die einen deutlichen und nachweisbaren „Unionsmehrwert" bieten. Weiterhin solle entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip ein Schwerpunkt auf eindeutige grenzüberschreitende oder den Binnenmarkt betreffende Fragen oder Fragen, in denen sich durch die Zusammenarbeit auf Unionsebene erhebliche Vorteile oder Effizienzsteigerungen erzielen lassen, gelegt werden. Die Finanzausstattung für die Durchführung dieses Programms im Zeitraum 2014 – 2020 liegt bei rund 449,4 Mio. Euro (vgl. Art. 5 der Verordnung).

Art. 168 AEUV enthält neben den Bestimmungen zu den komplementären Befugnissen der Union auch eine Ermächtigung zu autonomer Recht-

445 *Lissl*, in: *Ratzel/Luxenburger* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, 2015, S. 23.

446 Verordnung (EU) Nr. 282/2014 des Europäisches Parlaments und des Rates v. 11.03.2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) und zur Aufhebung des Beschlusses Nr. 1350/2007/EG, ABl. L 86/1.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

setzung.[447] So statuiert Art. 168 Abs. 4 AEUV eine geteilte Zuständigkeit bei gemeinsamen Sicherheitsanliegen der öffentlichen Gesundheit. Nach Art. 168 Abs. 5 AEUV können das Europäische Parlament und der Rat unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedsstaaten zudem Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit, Maßnahmen zur Bekämpfung grenzüberschreitender Krankheiten sowie Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch erlassen.

Insgesamt herrscht über die genaue Abgrenzung des Politikbereichs „Gesundheitswesen" Uneinigkeit. Eine restriktive Gesamtschau der Vorschrift ergebe, dass sich Art. 168 AEUV insgesamt nur auf Maßnahmen zur Verbesserung der kollektiven Gesundheit der Bevölkerung (also die „öffentliche Gesundheit") und nicht auf die Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen (wohl im Sinne medizinisch-kurativer Behandlung) beziehe.[448] Anhaltspunkte dafür ließen sich in Abs. 1 UAbs. 2 finden, wonach die Tätigkeit der Union auf die Verbesserung der „Gesundheit der Bevölkerung" gerichtet ist.[449] Ebenso ließe die Vorschrift erkennen, dass lediglich zu Maßnahmen des präventiven, nicht aber des kurativen Gesundheitsschutzes ermächtigt werde.[450] Die Gesundheit des Individuums werde vielmehr nur „reflexartig" begünstigt.[451] So sei die amtliche deutsche Übersetzung „Gesundheitswesen" in der Titelüberschrift irreführend, da die Unionskompetenzen gerade nicht das öffentliche Gesundheitssystem, wie es in Deutschland insbesondere im SGB V geregelt ist, umfassen würden.[452] Treffender sei die englische Bezeichnung „Public Health", da diese deutlicher die Kompetenz der Union bezüglich des bevölkerungsbezoge-

447 *Müller-Terpitz*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, GRC Art. 35 Rn. 8.
448 *Müller-Terpitz*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, GRC Art. 35 Rn. 7; *Kingreen*, in: *Calliess/Ruffert,* EUV, AEUV, 4. Aufl. 2011, AEUV Art. 168 Rn. 11.
449 *Müller-Terpitz*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, GRC Art. 35 Rn. 7.
450 *Lurger*, in: *Streinz,* EUV/AEUV, 2. Aufl. 2012, AEUV Art. 168 Rn. 11.
451 *Müller-Terpitz*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, GRC Art. 35 Rn. 7.
452 *Kingreen*, in: *Calliess/Ruffert,* EUV, AEUV, 4. Aufl. 2011, AEUV Art. 168 Rn. 11.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nen Gesundheitsschutzes hervorhebe.[453] Unterstützend könne noch Absatz 7 angeführt werden, der besagt, dass bei der Tätigkeit der Union die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt werde.[454] Art. 168 AEUV könne deshalb nur herangezogen werden, wenn und soweit die Allgemeinheit, nicht hingegen einzelne Personen, vor Gesundheitsgefahren geschützt werden sollen.[455]

Dem restriktiven Verständnis ist insoweit beizupflichten, als dass sich aus Art. 168 AEUV ein Fokus der Unionsmaßnahmen auf Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten erkennen lässt.[456] Solche Maßnahmen haben grundsätzlich – wie bereits oben ausgeführt – die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung im Blick und operieren überwiegend mit einer populationsbezogenen Perspektive. Inwieweit darin jedoch eine klare oder eindeutige Einschränkung der Unionskompetenzen im Sinne des Ausschlusses jeglicher Maßnahmen, die den Einzelnen betreffen oder sich der medizinischen Versorgung annehmen, zu sehen ist, scheint schwieriger zu beantworten. So ist zunächst zu beachten, dass vor allem im Bereich der Tertiärprävention Überschneidungen von Kuration und Rehabilitation auftreten und eine genaue Abgrenzung zwischen Prävention und Kuration erschwert wird.[457] Weiterhin ist nicht nur die Gesundheit des Einzelnen, sondern auch die gesamte öffentliche Gesundheit abhängig vom Zugang zu einem effizienten und hochwertigen Gesundheitssystem.[458] Grundsätzlich baut Art. 168 AEUV jedoch tatsächlich diese Dichotomie von präventiv fokussierter „öffentlicher Gesundheit“ und kurativ orientiertem Gesundheitswesen auf. Dies erscheint in Anbetracht der internationalen Erkenntnisse und auch der Strategieansätze der EU, die einen sektorenübergreifenden, integralen *Health-In-All-Policies-Ansatz* als notwendig anerkennen, zumindest unglücklich. Führt man sich nochmals den Wortlaut des Art. 168 Abs. 1 UAbs. 2 AEUV vor Augen, so ist die Tä-

453 *Kingreen*, in: *Calliess/Ruffert,* EUV, AEUV, 4. Aufl. 2011, AEUV Art. 168 Rn. 11.
454 *Frenz/Götzkes*, MedR 2010, 613.
455 So *Frenz/Götzkes*, MedR 2010, 613.
456 *Niggemeier*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 9.
457 Diesen Aspekt anerkennend *Kingreen*, in: *Calliess/Ruffert,* EUV, AEUV, 4. Aufl. 2011, AEUV Art. 168 Rn. 12.
458 *Schmidt am Busch*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 9.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tigkeit der Union zunächst doch recht weit auf die „Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung" gerichtet und umfasst auch „die Bekämpfung von weit verbreiteten schweren Krankheiten". Solche Ziele zu verfolgen, ohne zumindest am Randbereich auch die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten und deren medizinische Versorgung mit in das Blickfeld gesundheitsfördernder Programme und Maßnahmen zu nehmen, erscheint schwerlich sinnvoll. Zudem lässt sich wohl kaum bestreiten, dass nicht auch das Gesundheitswesen im Sinne medizinisch-kurativer Tätigkeiten an der Verbesserung von Gesundheit und der Bekämpfung von Krankheiten zumindest teilweise beiträgt.

Jedenfalls im Sinne einer ergänzenden Kompetenz kann die Union damit durchaus auch in Bereichen tätig werden, welche einen Bezug zum Gesundheitssystem bzw. zu medizinisch-kurativen Aspekten aufweisen, solange durch diese Aktivitäten nicht in die Zuständigkeiten der Mitgliedsstaaten für ihre Gesundheitssysteme und medizinische Versorgung eingegriffen wird (in Einklang mit Art. 168 Abs. 7 AEUV). Das heißt, dass die Maßnahmen der Union nicht in einem *Widerspruch* zu den nationalen Gesundheitspolitiken stehen dürfen und sich die von der Union geförderten Projekte in einem Mitgliedsstaat im Einklang mit dessen gesundheitspolitischen Grundsätzen befinden müssen.[459] Ein ähnliches Verständnis lässt sich auch bei den Unionsorganen selbst finden; so wird z.B. in der Patientenmobilitäts-Richtlinie ausgeführt, dass die Richtlinie – trotz der Befassung mit Fragen medizinischer Versorgung/Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen – die Freiheit der Mitgliedsstaaten über die Art und Angemessenheit sowie über ethische Grundsatzfragen der Gesundheitsversorgung selbst zu entscheiden, respektiert und unberührt lässt.[460] Entscheidend ist damit letztlich, dass sich aus den Unionsaktivitäten keine *Verpflichtungen* der Mitgliedsstaaten zur Umgestaltung ihrer Gesundheitssysteme ergeben dürfen.[461] Dies ist jedoch bei den der Union eingeräumten Unterstützungs-, Ergänzungs- und Koordinierungskompe-

459 *Schmidt am Busch*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 37.

460 Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 9.3.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. L 88/45 (46).

461 So auch *Schmidt am Busch*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 8 ff.; a. A. wohl *Frenz/Götzkes*, MedR 2010, 613 (615), die undifferenziert von einem expliziten Verbot von Unionsmaßnahmen in diesen Bereichen sprechen.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tenzen nach den Abs. 2, 3, 5 und 6 nur schwer vorstellbar.[462] Der dennoch mögliche mittelbare Einfluss auf die mitgliedsstaatlichen Gesundheitssysteme ist von der politischen Schlagkraft her zwar nicht zu unterschätzen.[463] Insgesamt liegt der Schwerpunkt unionaler Gesundheitspolitik allerdings klar auf präventiver Tätigkeit.[464]

Die Grundprinzipien und Kernanliegen der Gesundheitspolitik der EU sind weiterhin in der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013" niedergelegt.[465] Sie enthält vier Hauptprinzipen und drei strategische Ziele, die den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Strategie der EU darstellen sollen. Erwähnenswert sind hier das Prinzip 1 „Eine auf gemeinsamen Gesundheitsvorstellungen beruhende Strategie", welche als wichtige gemeinsame Grundwerte die „Stärkung von Bürgerrechten" und „die Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen" einschließt.[466] Darüber hinaus wird Gesundheit im Prinzip 2 als „höchstes Gut" des Einzelnen wie auch der Gesellschaft insgesamt bezeichnet.[467] Prinzip 3 „Gesundheit in allen Politikbereichen" hebt wiederum hervor, dass das Ziel bestmöglicher Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht nur im Rahmen von Gesundheitspolitik im engeren Sinne, sondern nur mittels ressort- und sektorübergreifender Arbeit erreicht werden könne.[468] Im Rahmen des Ziels „Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa" strebt die Kommission vor allem Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen und der Beschäftigten sowie Kinder und Jugendlichen an. Weiterhin ist die Weiterentwicklung und Erarbeitung von Maßnahmen zu Tabak, Ernährung, Alkohol, psychischer Gesundheit und anderen umweltbedingten und sozio-

462 So auch *Kingreen*, in: *Calliess/Ruffert,* EUV, AEUV, 4. Aufl. 2011, AEUV Art. 168 Rn. 25 u. *Schmidt am Busch*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 78.

463 *Becker*, ZSR 2003, 355 (366).

464 *Niggemeier*, in: *Grabitz/Hilf/Nettesheim,* Bd. I, 44. EL (Mai 2011), AEUV, Art. 168 Rn. 13.

465 Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2009-2013, KOM (2007) 630 endg.

466 Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2009-2013, KOM (2007) 630 endg., S. 4 f.

467 Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2009-2013, KOM (2007) 630 endg., S. 5 f.

468 Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2009-2013, KOM (2007) 630 endg., S. 6 f.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ökonomischen Gesundheitsfaktoren in Abstimmung mit den Mitgliedsstaaten im Fokus der Kommissionstätigkeit.[469]

bb) Regulierung von lebensstilbedingten Risiken

Ein sich immer stärker abzeichnender Schwerpunkt der unionalen Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik kann in der lebensstilbedingten Prävention gesehen werden.[470] Behandelt werden dabei vor allem die drei Themenbereiche Alkohol, Tabak und Ernährung.[471] Auch wenn die EU-Maßnahmen in Art und Umfang je nach Themenfeld stark variieren, liegt ihnen jedoch die Erkenntnis zugrunde, dass viele Gesundheitsprobleme von verschiedensten Politikbereichen beeinflusst werden und deshalb auch sektorenübergreifende Strategien benötigen.[472] Die umfangreichsten Maßnahmen lassen sich auf dem Gebiet der *Tabakprävention* finden. Zentral sind hier die Tabakwerberichtlinie[473] sowie die überarbeitete Tabakproduktrichtlinie[474], welche vor allem Regelungen über die Herstellung, Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen enthält und erstmals auch verbindliche Vorschriften zu Sicherheits- und Qualitätsanforderungen für E-Zigaretten einführt[475]. Ziel der Tabakproduktrichtlinie ist unter anderem die harmonisierte Anwendung internationaler Verpflichtungen des WHO-Rahmenüberein-kommens zur Eindämmung des Tabakrauchs.[476] Die Richtlinie sieht als Neuerungen etwa großflächige gesundheitsrelevante Warnhinweise auf den Verpackungen sowie ein Verbot klei-

469 Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2009-2013, KOM (2007) 630 endg., S. 9.

470 *Alemanno/Garde*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. 1 (5 f.), sprechen von „lifestyle risk regulation".

471 *Alemanno/Garde*, Common Market Law Review 2013, 1745 (1749 ff.).

472 *Alemanno/Garde*, Common Market Law Review 2013, 1745 (1749).

473 Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 26.5.2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen, ABl. L 152/16.

474 Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 3.4.2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG, ABl. L 127/1.

475 *Maass/Schmidt*, EuZW 2015, 85 (88).

476 *Maass/Schmidt*, EuZW 2015, 85 (88).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ner Verpackungen für bestimmte Tabakerzeugnisse vor. Auch werden Zigaretten und Drehtabak mit „charakteristischen" Aromen verboten.[477] Flankiert werden diese Rechtsakte von einer Empfehlung des Rates für rauchfreie Umgebungen[478] sowie von allgemeinen EU-Anti-Tabak-Kampagnen[479].

Für den Bereich *Alkohol* ist die EU-Alkoholstrategie[480] prägend, welche neben dem Schutz von Kindern und Jugendlichen vor allem auch auf Information, Aufklärung und Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen und riskanten Alkoholkonsums und angemessene Konsummuster setzt. Im Bereich der *Ernährung und körperlichen Aktivität* zielt das Weißbuch zu Ernährung, Übergewicht und Adipositas darauf, ein integriertes Konzept der EU darzustellen, welches dazu beitragen soll, Erkrankungen aufgrund ungesunder Ernährung, Übergewicht und Adipositas zu verringern.[481] Alle staatlichen Maßnahmen auf diesem Gebiet, auch die möglicherweise auf Gemeinschaftsebene getroffenen, sollten dabei vor allem zwei verhaltensbedingte Faktoren berücksichtigen: Erstens sei jeder Einzelne letztendlich für seine Lebensführung und die seiner Kinder verantwortlich, wobei jedoch zumindest anerkannt wird, dass Bedeutung und Einfluss der Umwelt auf das Verhalten durchaus eine Rolle spielen würden. Zweitens könne nur ein gut informierter Verbraucher rationale Entscheidungen treffen. Die Verbraucher besser zu informieren und ihnen gesunde Lebensmittel zur Verfügung zu stellen, sei daher Haupanliegen der Strategie.[482] Dementsprechend setzt die EU hier vor allem auf Informationspflichten und Marketingbeschränkungen seitens der Hersteller, so etwa durch die Lebensmittelinformations-Verordnung[483] so-

477 Art. 7 der Richtlinie 2014/40/EU, ABl. L 127/1, S. 16 f.
478 Empfehlung des Rates v. 30.11.2009 über rauchfreie Umgebungen, C 296/4.
479 *Europäische Kommission*, Public Health, Tobacco, http://ec.europa.eu/health/tobacco/ex_smokers _are_unstoppable/2014_2016/index_en.htm (Stand: 6.4.2017).
480 Mitteilung der Kommission, Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, KOM (2006) 625 endg.
481 Weißbuch, Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa, KOM (2007) 279 endg.
482 Zum Ganzen Weißbuch, Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa, KOM (2007) 279 endg., S. 3 ff.
483 Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates v. 25.10.2011 betreffend die Information der Verbraucher über Lebensmittel und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 1924/2006 und (EG) Nr. 1925/2006 des

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

wie die Health-Claims-Verordnung[484].[485] Insgesamt fallen die Maßnahmen betreffend Alkohol und Ernährung damit jedoch deutlich hinter denen zur Tabakprävention zurück.[486] Dies offenbart letztlich auch, dass ein gewisser Widerspruch zwischen dem Ziel der Förderung des Binnenmarktes und der Warenverkehrsfreiheit auf der einen, bei gleichzeitigem Bestreben zum Schutze der Verbraucher vor ungesunden Waren auf der anderen Seite nicht zu verleugnen ist.[487] Ebenso wird dadurch abermals verdeutlicht, dass beim Gesundheitsschutz allen voran die Mitgliedsstaaten selbst als Regulierungsakteure gefragt sind.[488]

cc) Gesundheitliche Ungleichheiten

Darüber hinaus thematisiert auch die Union das Problem gesundheitlicher Ungleichheiten. In der Mitteilung der EU-Kommission „Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU" aus dem Jahr 2009 wird nochmals explizit auf die hohe Bedeutung von Chancengleichheit und Solidarität im Gesundheitswesen aus Sicht der Kommission sowie auf Hauptprobleme und flankierende Maßnahmen der EU hingewie-

---

Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Richtlinie 87/250/EWG der Kommission, der Richtlinie 90/496/EWG des Rates, der Richtlinie 1999/10/EG der Kommission, der Richtlinie 2000/13/EG des Europäischen Parlaments und des Rates, der Richtlinien 2002/67/EG und 2008/5/EG der Kommission und der Verordnung (EG) Nr. 608/2004 der Kommission.

484 Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates v. 20.12.2006 über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel.

485 Einen umfangreichen Überblick zu entsprechenden regulatorischen Maßnahmen der EU bieten *Alemanno/Garde*, Common Market Law Review 2013, 1745 (1752 ff.); betreffend Informationen zu Tabak und Alkohol vgl. *Howells/Watson*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. 23 ff.; betreffend Informationspflichten bei Nahrungsmitteln vgl. *Macmaoláin*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. 46 ff. und betreffend Marketingbeschränkungen vgl. *Garde/Friant-Perrot*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. 68 ff.

486 *Schutter*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. xiii (xxi f.).

487 Vgl. dazu *Schutter*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. xiii (xiv).

488 *Schutter*, in: *Alemanno/Garde* (Hrsg.), Regulating Lifestyle Risks, 2015, S. xiii (xiv f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

sen.[489] Mit dieser Mitteilung bestärkt die Kommission abermals, dass der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu einer der Kernaktionen der EU-Gesundheitsstrategie gehört und dass Gleichheit in der Gesundheit als einer der Grundwerte der EU Politik angesehen wird.[490] Das Thema gesundheitliche Ungleichheiten findet dementsprechend auch in den EU-Maßnahmen zu psychischer Gesundheit, Tabak, Jugend, Krebs und HIV/AIDS-Prävention Berücksichtigung.[491] Die EU-Mitgliedsstaaten haben sich im Rahmen der offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung auf das Ziel der Verringerung von Ungleichheiten bei den „Gesundheitsergebnissen" der Bevölkerung geeinigt.[492]

Die Kommission stellt insgesamt jedoch fest, dass die bisherigen Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bisher nur geringe Wirkung gezeigt hätten und aufgrund der jüngsten Finanzkrise zurzeit eher das Risiko einer weiteren Zunahme dieser Ungleichheiten gesehen werde. Generell bestehe über den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zwar allgemeines Einvernehmen, es gebe jedoch erhebliche Unterschiede im Grad des Handlungsumfangs und des Problembewusstseins seitens der Mitgliedsstaaten, von denen mehr als die Hälfte keinen entsprechenden politischen Schwerpunkt auf dieses Themengebiet lege.[493] Ein hohes Gesundheitsniveau aller Bevölkerungsgruppen sei jedoch für die Nachhaltigkeit der Sozialschutzsysteme von entscheidender Bedeutung.[494] Die Kommission setzt daher darauf, ihre Rolle bei der Sensibilisierung, der Förderung und Unterstützung des Informations- und Wissensaustausches sowie bei der Identifizierung und Verbreitung bewährter Verfahren und Politik-

489 Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg.

490 Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg., S. 4.

491 So z.B. im Rahmen des EU-Forums zur Gesundheitspolitik, die EU-Partnerschaft gegen Krebs, das Forum für Alkohol und Gesundheit, die EU-Plattform für Ernährung, Bewegung und Gesundheit, vgl. Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg., S. 4 u. 8.

492 Mitteilung der Kommission, Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union, KOM (2005) 706 endg., S. 7.

493 Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg., S. 10 f.

494 Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg., S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ansätze zur Gesundheitsförderung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten weiter auszubauen. Weiterhin sollte die EU aus Sicht der Kommission vermehrt den Fortschritt bei der Umsetzung gesundheitsförderpolitischer Strategien überwachen und bewerten.[495]

III. Deutschland

Insgesamt lässt sich festhalten, dass vor allem die WHO, aber auch die EU-Kommission viele Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention entwickeln und vorschlagen, jedoch immer wieder die fehlende oder mangelhafte Umsetzung dieser Vorschläge bemängelt wird. Es zeigt sich damit deutlich, dass die internationale und die EU-Ebene zwar eine tragende Rolle beim Agenda-Setting, der konzeptionellen Ausarbeitung sowie der Information und Koordinierung innehaben, es letztlich bei der konkreten Umsetzung aber vor allem auf die Mitgliedsstaaten ankommt.

1. Kernanliegen und Leitlinien

Die Leitlinien nationaler Gesundheitsförderpolitik lassen sich am besten an den nationalen Gesundheitszielen ablesen. Das Projekt „gesundheitsziele.de“ wurde im Jahr 2000 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen mit den Ländern ins Leben gerufen.[496] Die Gesundheitsziele dienen als ein „ergänzendes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen“ und streben die Verbesserung der Gesundheit Einzelner und bestimmter Gruppen in definierten Bereichen an.[497] Zudem setzen sie sich auch für eine Stärkung von gesundheitsfördernden Strukturen ein. Seit 2007 ist „gesundheitsziele.de“ ein auf Dauer angelegter Kooperationsverbund zwischen über 120 verschiedenen Organisationen aus gesund-

---

495 Mitteilung der Kommission, Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU, KOM (2009) 567 endg., S. 6 ff.

496 Vgl. umfassend zu den nationalen Gesundheitszielen http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html (Stand: 6.4.2017).

497 http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.htmlv (Stand: 6.4.2017).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

heitlicher Praxis, Politik und Wissenschaft.[498] Grundlage für die Zusammenarbeit im Kooperationsverbund ist die 2007 beschlossene und 2010 aktualisierte „Gemeinsame Erklärung", in derer die Kooperationsträger und -partner erklären, sich gemeinsam für die Erreichung der Gesundheitsziele stark zu machen und ihre Zuständigkeiten und Aktivitäten an ihnen auszurichten.[499]

Unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung und weiteren gesellschaftlichen Akteuren wurden bisher acht nationale Gesundheitsziele beschlossen und teilweise bereits aktualisiert.[500] Die Gesundheitsziele richten sich dabei einerseits auf bestimmte Krankheitsbilder: „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)"; „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Aktualisierung 2011 und 2014)" sowie „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)". Andererseits zielen sie auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen und die Bekämpfung von Risikofaktoren: „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)"; „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)"; „Gesund älter werden (2012)"; „Tabakkonsum reduzieren (2003, Aktualisierung 2015)" und „Alkoholkonsum reduzieren (2015)".[501]

Die nationalen Gesundheitsziele haben zudem Eingang in das Präventionsgesetz 2015[502] gefunden und sind jetzt in § 20 Abs. 3 S. 1 SGB V niedergelegt. Neben den nationalen Gesundheitszielen existieren eine Reihe unterschiedlicher Gesundheitsziele in einzelnen Bundesländern und auch

---

498 Siehe die ausführliche Übersicht der Kooperationsträger und Partner bei Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, 14.12.2010, S. 4 ff., abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Gemeinsame_Erklaerung_des_Kooperationsverbundes.pdf (Stand: 6.4.2017).

499 Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, 14.12.2010, S. 2.

500 http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html (Stand: 6.4.2017).

501 http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html (Stand: 6.4.2017); vgl. auch die Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 27.4.2015, BAnz AT 19.05.2015 B3.

502 Dazu sogleich unter 2.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Kommunen.[503] Diese sind jedoch von unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Auswahl von Gesundheitszielen und ihrer Weiterentwicklung und Umsetzung geprägt. Das Spektrum reicht hier von präventiven Themen wie etwa Kinderunfällen, Sucht und Drogen, Ernährung, Impfen, betriebliche Gesundheitsförderung über versorgungsorientierte Themen wie Krebs und Schlaganfall bis hin zu bürgerorientierten Themen wie Gesundheitsinformation.[504]

Gesetzgeberische Maßnahmen, welche sich direkt auf die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beziehen, richten sich verstärkt auf die Normierung und Kontrolle des individuellen Gesundheitsverhaltens.[505] Der Maßnahmenkatalog umfasst dabei eine Kombination aus Verboten, finanziellen Anreizen und erweiterten Informationspflichten, welche insgesamt die Bürger zu einer gesünderen Lebensweise animieren sollen.[506] Dazu zählen etwa Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, Tabak- und Genussmittelsteuern, Werbeverbote und Verkaufsbeschränkungen für Alkohol und Tabak oder auch Möglichkeiten für Krankenkassen, präventives Verhalten ihrer Versicherten mittels Bonussystemen zu belohnen.[507] Diese Maßnahmen werden dabei durch entsprechende staatliche Informationskampagnen und -programme sowie durch vielerlei Selbstverpflichtungserklärungen (vor allem Nationale Aktionspläne) begleitet.[508] Im Fokus staatlicher Bemühungen steht die Bekämpfung von ungesunden Ernährungsweisen und Adipositas sowie Suchtmittelkonsum (hier vor allem Alkohol und Tabak).[509]

Beispiele aus jüngerer Zeit bilden etwa der *Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel,*

503 *Angele*, Bundesgesundheitsblatt 2003, 109 m. w. N.
504 *Angele*, Bundesgesundheitsblatt 2003, 109 f.
505 Im weiteren Sinne besitzen auch Gesetze zum Arbeitsschutz, Immissionsschutz, Umweltschutz, Grenzwerte für die Industrie etc. eine Schutzfunktion für die Bevölkerungsgesundheit.
506 *Gerlinger/Schmucker*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 69 (72 ff.); vgl. auch die Übersicht bei *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (5).
507 S. dazu ausführlich Kap. 2 A.
508 Vgl. den Überblick bei *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (5 ff.).
509 Zum Ganzen *Gerlinger/Schmucker*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 69 (72 f.).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten „IN FORM"[510], welcher zum Ziel hat, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern, der *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung,* welcher sich der Aufklärung und Präventionsarbeit in diesem Bereich widmet[511] sowie der *Nationale Krebsplan*, welcher als Koordinierungs- und Kooperationsprogramm zur Weiterentwicklung und Verbesserung sowohl der Früherkennung von Krebs als auch der Versorgung von krebskranken Menschen dient.[512] Neben den Nationalen Aktionsplänen sind eine Vielzahl anderer Formen von Selbstverpflichtungen und Absichtserklärungen erarbeitet worden.[513] Ein Beispiel hierfür ist die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit* (2008).[514] Zu beachten ist hierbei jedoch, dass Selbstverpflichtungserklärungen und Aktionspläne in erster Linie die Arbeitsroutinen der beteiligten Ministerien systematisieren und zunächst nur als Anregung für Projekte von Bund, Ländern und Kommunen dienen. Ihre finanzielle Reichweite und damit ihr Wirkungsradius sind zudem in der Regel sehr beschränkt.[515] Aufgrund ihres „Appellcharakters" an Institutionen und Individuen stehen diese Strategien in Verdacht, als bloße politische Symbolpolitik zwar nicht abgelehnt, aber auch nicht nachhaltig beachtet zu werden.[516]

Ein weiteres Themenfeld der Gesundheitsförderpolitik ist die *Ungleichheit von Gesundheitschancen*. Die politischen Akteure sind sich hier einig, dass der Einfluss der sozialen Lage auf den Gesundheitszustand hinreichend wissenschaftlich belegt ist.[517] Die individuellen Teilhabe- und Entwicklungschancen in der Gesellschaft erweisen sich als stark vom sozialen Status abhängig. Die nachgewiesene Ungleichheit in den Gesundheitszu-

---

510 Abrufbar unter http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/AktionsplanINFORM.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 3.4.2017).

511 Abrufbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Aktionsplan-HIV_Aktionsplan-HIV-Aids-deutsch.pdf (Stand: 3.4.2017).

512 Abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf (Stand: 21.10.2018); zum Ganzen auch *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (6).

513 Vgl. *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (6).

514 Abrufbar unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf (Stand: 6.4.2017).

515 *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (6).

516 *Altgeld*, Gesundheitswesen 2010, 3 (6).

517 *Kilian/Lehmann/Richter-Kornweitz u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2016, 266.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

ständen und auch in den Gesundheitschancen wird als nicht akzeptabel und interventionsbedürftig anerkannt.[518] Federführend auf der bundespolitischen Ebene ist hier die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, welche allen voran die beiden Projekte „www.gesundheitliche-chancengleichheit.de“ und „www.health-inequalities.eu“ mit nationalen und internationalen Kooperationspartnern zusammen koordiniert und im Jahr 2003 den Kooperationsverband „Gesundheitliche Chancengleichheit“ initiiert hat.[519] Dem Kooperationsverbund gehören 66 Organisationen aus dem Bereich Gesundheitswesen, Politik und Praxis (Verbände, Krankenkassen, Landesministerien etc.) an.[520] Schwerpunktthemen des Verbundes sind die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen, bei Älteren und im Quartier. Der Verbund versucht, trotz föderaler Strukturen das Handeln der verschiedenen Akteure zu koordinieren. Angesichts dieser Herausforderungen setzen die zentralen Aktivitäten in erster Linie auf kommunaler Ebene an (sog. *kommunaler Partnerprozess* „Gesundheit für alle"[521]).[522] So wurden diverse Arbeitshilfen ausgearbeitet, welche sich ausdrücklich an kommunale Akteure außerhalb des Gesundheitsbereiches wenden und Wege und Methoden aufzeigen, wie kommunale Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit gestaltet werden können.[523] Das gemeinsame Ziel ist es dabei, allen Menschen, insbesondere auch den sozial benachteiligten, in der Kommune möglichst günstige Rahmenbedingungen für ein Leben in Wohlergehen zu schaffen.[524] Gesetzlich schlägt sich das Thema Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Form eines entsprechenden Auftrages an die gesetzlichen Krankenkassen in § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V nieder.

---

518 *Kilian/Lehmann/Richter-Kornweitz u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2016, 266.

519 http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitlichechancengleichheit/ (Stand: 30.6.2016).

520 http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/kooperationspart-ner/ (Stand: 30.6.2016).

521 http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/ (Stand: 30.6.2016).

522 *Gerlinger/Schmucker*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 69 (270 f.).

523 *Kilian/Lehmann/Richter-Kornweitz u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2016, 266 (270 f.) m. w. N.

524 *Kilian/Lehmann/Richter-Kornweitz u. a.*, Bundesgesundheitsblatt 2016, 266 (270).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur werden die Bemühungen in diesem Bereich jedoch grundsätzlich als unzureichend bewertet.[525] So sei das Thema der sozial bedingten Ungleichheit zwar inzwischen in die breite Öffentlichkeit gelangt und besitze auch auf der gesundheitspolitischen Agenda einen festen Platz, allerdings sei hier noch kein wirksames Konzept erkennbar, welches den Trend der weiterhin ansteigenden sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten aufzuhalten vermöge.[526] Aus Sicht nicht weniger Wissenschaftler bleibe Deutschland in der rechtlichen Ausgestaltung und tatsächlichen Umsetzung deutlich hinter den internationalen Standards zurück.[527] So kam auch die *Bioethik Kommission des Landes Rheinland-Pfalz* im Jahr 2010 zu dem Schluss, dass zur Realisierung von Gesundheitsgerechtigkeit besonders Impulse des Gesetzgebers zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gefordert seien und gesetzliche Möglichkeiten stärker genutzt werden sollten.[528]

2. Das Präventionsgesetz

Zentrum jüngster gesetzgeberischer Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015.[529] Das Artikelgesetz ergänzt und fasst verschiedene Vorschriften der SGB V, VI, VII, VIII und XI neu – allen voran die

525 Vgl. etwa die grundlegende Kritik bei *Gerlinger/Schmucker*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 69 ff.

526 *Gerlinger/Schmucker*, in: *Schott/Hornberg* (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 2011, S. 69 (75).

527 Vgl. etwa das „Bielefelder Memorandum", abrufbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ health-inequalities/downloads/memorandum_bi.pdf (Stand: 30.6.2016).

528 *Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz*, Gesundheit und Gerechtigkeit, 2010, S. 13, 111 ff.

529 BGBl. I 2015 S. 1368; ausführlich zu Kompetenz- und Organisations- sowie Finanzierungsfragen *Schuler-Harms*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 13 ff.; vgl. auch *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 ff.; zur Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland vgl. *Meierjürgen/Becker/Warnke*, Prävention und Gesundheitsförderung 2016, 206 ff.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

§§ 20a-g, 25, 26 und 65a SGB V. Daneben wurden noch vereinzelt andere Gesetze geringfügig ergänzt, so etwa das Infektionsschutzgesetz (IfSG)[530].

a) Grundlegende Ziele und Strukturen

Ausweislich des Gesetzentwurfs ist Ziel des Präventionsgesetzes, „unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern."[531] Das Gesetz soll insbesondere die „strukturellen Voraussetzungen" dafür schaffen und die Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verbessern.[532] Es wird damit zum Ausdruck gebracht, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention grundsätzlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen und über den gesamten Lebensverlauf von Bedeutung sind.[533]

Hauptadressat der Aufgabenzuweisung und damit Hauptakteur der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind weiterhin die gesetzlichen Krankenkassen sowie der GKV-Spitzenverband. Die allgemeine Aufgabe der Krankenversicherung zum Erhalt und zur Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit nach § 1 Abs. 1 S. 1 SGB V wird dazu durch einen Satz 2 ergänzt. Danach gehört nun auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zum Aufgabenspektrum. Konkretisiert wird diese Aufgabenzuweisung durch die §§ 20 ff. SGB V. Nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V besteht nun eine Pflicht der Krankenkassen, in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vorzusehen. Nach S. 2 sollen die Leistun-

530 Infektionsschutzgesetz v. 20.7.2000, BGBl. I S. 1045, zul. geänd. d. Art. 70 d. V. v. 31.8.2015, BGBl. I S. 1474.
531 BT-Drucks. 18/4282, S. 1.
532 BT-Drucks. 18/4282, S. 1.
533 *Petersen-Ewert/Wehowsky*, MedR 2015, 867.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

gen insbesondere auch zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Für die Festlegung der Leistungen der Krankenkassen ist nach § 20 Abs. 2 SGB V wie bisher der GKV-Spitzenverband verantwortlich, indem er einheitliche Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen und Methodik sowie nun auch hinsichtlich Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele aufstellt.[534] § 20 Abs. 6 SGB V verpflichtet die Kassen konkret dazu, für jeden Versicherten einen bestimmten Betrag an Präventionsleistungen aufzuwenden.[535]

Gemäß § 20 Abs. 4 SGB V wird die Leistungserbringung nach drei Arten unterschieden: erstens die Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5, zweitens die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie drittens die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V. Die verhaltensbezogene Prävention kann als der unmittelbar vom Gesetz oder von den durch das Gesetz hierzu ermächtigten Krankenkassen an den Versicherten „ausgesendete Impuls zu einem gesünderen Leben" verstanden werden.[536] Die betriebliche Gesundheitsförderung dient hingegen dem Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen am Arbeitsplatz. Als „echte Neuerung" werden durch das Präventionsgesetz die Lebenswelten als zentrales Handlungsfeld festgelegt.[537] Die Prävention in den Lebenswelten soll insbesondere bewirken, dass die Menschen dort erreicht werden, wo sie leben, lernen und arbeiten.[538] Als Lebenswelten definiert § 20a Abs. 1 S. 1 SGB V für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Grundvoraussetzung der Prävention in den Lebenswelten ist jedoch, dass die für die Lebenswelt Verantwortlichen bereit sind, Vorschläge der Krankenkas-

534 *Welti*, GuP 2015, 211 (213).
535 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (111).
536 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (109 f.).
537 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (110).
538 *Petersen-Ewert/Wehowsky*, MedR 2015, 867.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

se umzusetzen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Dies betont abermals den gesamtgesellschaftlichen Charakter der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.[539]

Die Normierung des Begriffs der Lebenswelten wird im Schrifttum nicht unkritisch aufgenommen. So bezeichnet *Welti* etwa die Verbindung der Begriffe der Lebenswelt und des sozialen Systems zumindest als „bemerkenswert".[540] *Klement* bewertet den Begriff als „ausgesprochen weit" und sieht dessen Normierung vielmehr als „Zeichen einer technokratischen Entfremdung des Gesetzgebers von eben jener Lebenswelt".[541] Ebenso bemängelt er die durch das Gesetz bedingte Verantwortungsdiffusion zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren.[542]

b) Schwerpunkt Verhaltensprävention

Neben der Prävention in den Lebenswelten zeigt das Präventionsgesetz weiterhin einen starken Fokus auf die Verhaltensprävention.[543] So richten sich die gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen zwar sowohl an das Verhalten des Einzelnen als auch an die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes. Ziel ist es jedoch, vor allem die *lebensstilbedingten* Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen oder diese zumindest positiv in ihrem Verlauf zu beeinflussen. Beeinflusst werden sollen daher insbesondere die mit dem persönlichen Lebensstil verbundenen Risikofaktoren mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und chronische Stressbelastungen.[544] Dieser Grundsatz spiegelt sich auch bei den Gesundheitszielen wieder, welche nach § 20 Abs. 3 S. 1 SGB V im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention seitens des GKV-Spitzen-

539 *Welti*, GuP 2015, 211.
540 *Welti*, GuP 2015, 211 (212).
541 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (110).
542 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (112).
543 So auch *Welti*, GuP 2015, 211 u. *Petersen-Ewert/Wehowsky*, MedR 2015, 867; einen allgemeinen Erklärungsansatz für die Dominanz der Verhaltensprävention bieten *Kühn/Rosenbrock*, in: *Bittlingmayer/Sahari/Schnabel* (Hrsg.), Normativität und Public Health, 2009, S. 47 (57 ff.).
544 Zum Ganzen BT-Drucks. 18/4282, S. 21.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

verbandes bei der Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen sind. Umfasst sind auch hier vor allem lebensstilbedingte Erkrankungen und Risikofaktoren wie Diabetes mellitus Typ 2 (Nr. 1), Tabakkonsum (Nr. 3), mangelnde Bewegung und unausgewogene Ernährung (Nr. 4), depressive Erkrankungen (Nr. 6) und Alkoholkonsum (Nr. 8). Die nach § 20 Abs. 1 SGB V zu erbringenden Leistungen sind damit vor allem Gesundheitsleistungen, welche im Wesentlichen an den einzelnen Versicherten und ihrem Verhalten ausgerichtet sind.[545] Ergänzt werden diese Leistungen mit der grundsätzlichen Pflicht der Krankenkassen nach § 65a SGB V einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten zu gewähren. Der Fokus auf verhaltensbedingte Risikofaktoren spiegelt sich letztlich auch in den Ausgaben der Krankenkassen wieder, da der größte Anteil der Ausgaben der Krankkassen im Bereich Prävention mit ca. 164 Mio. Euro auf Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten entfällt, und nicht etwa auf Angebote in den „Alltagswelten" (nur ca. 28 Mio. Euro).[546] *Klement* konstatiert zugespitzt, dass durch das Präventionsgesetz nun endgültig die Ideale und Zeile der „Lebensreformbewegung" normiert worden seien.[547] Das gesetzliche Leitbild entspreche dem einer „Fitnessgesellschaft".[548] Das Ausbrechen einer Krankheit werde hier als letzter „dramatischer Akt" eines schleichenden Prozesses verstanden. Gesundheit sei dabei nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen, sondern gelte vielmehr als „Ideal der Wellness", um dessen Erreichung der Mensch stets strebend bemüht sei.[549] Auch könne das Präventionsgesetz als ein deutlicher Schritt hin zu einer vermehrt staatlich gelenkten und verwalteten Gesundheitsvorsorge gesehen werden.[550]

Der dann faktisch doch enge Zuschnitt auf verhaltens- und lebensstilbedingte Leistungen trotz starker Betonung der Bedeutsamkeit von Verhält-

---

545 *Welti*, GuP 2015, 211.

546 Antrag der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN, Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz, BT-Drucks. 18/4327.

547 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (109).

548 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105.

549 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (109).

550 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (117).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

nisprävention verwundert jedoch nicht. Wie bereits im Rahmen der Definition von Gesundheit und Krankheit beschrieben, übersetzt ein Krankenversicherungsgesetz die Ideen und Konzepte von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in seine Systematik von Leistungsanspruch und Leistungsausschluss.[551] Das Präventionsgesetz leistet insgesamt damit hauptsächlich das, was man wohl von einem auf die Festschreibung individueller Ansprüche gerichtetem Krankenversicherungsgesetz vernünftigerweise erwarten kann – die Leistungen und Strukturen der Krankenversicherung an dem Präventionsziel auszurichten und entsprechend zu modifizieren.[552] Darüber hinaus werden oftmals der *Kassenwettbewerb* und die damit verbundene Selektion „guter Risiken" als Grund für eine Verengung der Präventionsleistungen auf weder sonderlich wirksame noch auf besonders Bedürftige zielende verhaltenspräventive Maßnahmen angeführt.[553] Eine wirkliche Verhältnisprävention ist, wie betont, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und vermag nicht von einem einzelnen Akteur, hier der gesetzlichen Krankenkasse, umfassend umgesetzt zu werden. Die eigentlichen wirksamen, da an den Verhältnissen („den Ursachen der Ursachen") ansetzenden Präventionsgesetze sind vielmehr im Bereich der Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik, der Infrastruktur- und Umweltpolitik sowie der Grundsicherung und des Steuerrechts zu verorten.[554] Gleichwohl verdeutlicht das Präventionsgesetz den allgemeinen Trend, dass sich insgesamt insbesondere die gesetzlichen Versicherten einer vermehrten Verhaltensbeeinflussung durch Leistungsangebote und einer zielgerichteten Umgestaltung ihrer äußeren Alltagsbedingungen (in den Lebenswelten) ausgesetzt sehen werden.[555]

---

551 S. oben A II 1.

552 *Welti*, GuP 2015, 211 (213); die Aufgaben- und Leistungsbeschreibung in der Abgrenzung von staatlicher Daseinsvorsorge und sozialversicherungsrechtlicher Aufgabe als unscharf bezeichnend *Schuler-Harms*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 13 (17).

553 So schon *Heinen-Kammerer*, Gesundheitsförderung und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1999, S. 117 ff.; jüngst auch *Huster*, in: *Berchtold/Huster/Rehborn,* Gesundheitsrecht, 2015, § 20 SGB V Rn. 3 u. *Welti*, GuP 2015, 211 (213).

554 Vgl. *Welti*, GuP 2015, 211 (212).

555 *Klement*, in: *Spiecker genannt Döhmann/Wallrabenstein* (Hrsg.), Rechtswissenschaftliche Fragen an das neue Präventionsgesetz, 2016, S. 105 (117), sieht zudem eine „Lawine" neuer Informationskampagnen auf die Bürger zurollen.

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

E. Zwischenfazit des ersten Kapitels

Zusammenfassend sind folgende Erkenntnisse für die weitere verfassungsrechtliche Bearbeitung nochmals hervorzuheben:

- Gesundheit kann vor allem als ein extrinsisches also instrumentelles Gut angesehen werden. Gesundheit mit Blick auf die Krankheitsvermeidung zu fördern, erscheint als plausibles Ziel. Dies gibt jedoch nicht per se darüber Auskunft, ob dieses Ziel in öffentlicher oder privater, individueller Verantwortung liegt. Wie die Ausführungen gezeigt haben, ist grundsätzlich von einer geteilten Verantwortung zwischen Öffentlichkeit und dem Individuum auszugehen. Ein genaueres Austarieren dieser beiden Verantwortlichkeitssphären und den daraus resultierenden Implikationen für Rechte und Pflichten kann erst in der verfassungsrechtlichen Identifikation und Abwägung der Individualinteressen auf der einen und der Gemeinschaftsinteressen auf der anderen Seite erfolgen.
- Konzepte über Gesundheit und Krankheit und Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mögen sich oft unter dem Deckmantel der wissenschaftlichen Argumentation verstecken, sie unterliegen jedoch grundsätzlich immer moralischen Wertungen, die nicht die Fragen, sondern das Ergebnis der Arbeit bestimmen. Es ist daher von Bedeutung, sich dieser moralischen Implikationen bewusst zu sein und diese offenzulegen, bevor entsprechende Konzepte und wissenschaftliche Studien etc. in die verfassungsrechtliche Argumentation Eingang finden. Auch ist ein genaues Augenmerk auf die Evidenz entsprechender Theorien zu legen.
- Die Wertgeladenheit der Begriffe Krankheit und Gesundheit hat mit Blick auf Verhaltenssteuerung und -normierung unterschiedlichen Einfluss. Im Rahmen der Heilbehandlung wird mit der Unterscheidung krank und gesund nur der Rahmen für die Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft festgelegt. Der Einzelne wird jedoch strukturell nicht dazu bewegt, einem bestimmten Krankheitsverständnis zu folgen und sich als krank oder gesund zu fühlen und sich diesem staatlich vorgegebenen Normenbild entsprechend zu verhalten. Im Rahmen der Prävention von Krankheit und der damit verbundenen Förderung von Gesundheit geht es dem hingegen darum, bestimmte körperliche oder psychische Zustände und bestimmte Verhaltensweisen als gesundheitsfördernd (und damit als gut) und als krankheitsrisikoerhöhend (und damit als schlecht) zu qualifizieren. Gesundheitsförderung aus rechtspoli-

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

tischer Sicht tendiert dazu, den Einzelnen als hauptverantwortlich für seinen Gesundheitszustand anzusehen und entsprechend verhaltenssteuernde Maßnahmen solchen Maßnahmen vorzuziehen, welche die zugrundeliegenden sozialen Determinanten von Gesundheit angreifen. Der Staat neigt hierbei dazu, ein positives Leitbild zu schaffen und damit ein bestimmtes Menschenbild zu propagieren. Infolgedessen wird versucht, dem Bürger ein dieser Leitnorm entsprechendes Verhalten nahe zu legen und ihn zur Verfolgung dieses Verhaltens zu bewegen. Im Rahmen von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gerät damit die Freiheit des Einzelnen über sein Leben selbstbestimmt zu entscheiden in Bedrängnis.

– Die Gesundheit des Einzelnen ist gebunden an die gesellschaftlichen Einflüsse und Umstände. Es ist hierbei zunächst im gesamtgesellschaftlichen Kontext von einer grundsätzlich eingeschränkten Autonomie des Individuums hinsichtlich des Einflusses über seine Gesundheit auszugehen. Autonome Entscheidungen können mithin nur innerhalb des vorgegebenen gesellschaftlichen Rahmens getroffen werden. Der Einzelne ist damit bereits in diesem Rahmen als in seiner Freiheit eingeschränkt anzusehen. Inwieweit bestimmtes gesundheitsschädliches Verhalten jedoch dann aus verfassungsrechtlicher Sicht als Freiheitsausübung oder gerade als Ausdruck der Unfreiheit gewertet werden kann, bedarf genauerer Bestimmung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollen grundsätzlich zu größerer Selbstbestimmung und Autonomie über gesundheitsrelevante Entscheidungen verhelfen. Wenn sie jedoch in der Gestalt von Freiheitsbeschränkungen daherkommen, ergibt sich hier ein Widerspruch.
– Die Kategorisierung und Systematisierung der Interventionsmaßnahmen nach Phasen und Arten ist für die Gesundheitswissenschaften in erster Linie aus konzeptioneller und theoretischer Sicht von Bedeutung. Doch bereits in der wissenschaftlichen Diskussion wird die Kategorisierung und Zuordnung spezifischer Maßnahmen zu den jeweiligen Präventionsphasen und -arten nicht einheitlich gehandhabt und insgesamt oftmals kritisiert. Vor allem aber in der praktischen Umsetzung scheinen die Maßnahmen sowieso verschiedene Konzepte miteinander zu vereinen. Strategien der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verfolgen nämlich allermeist kombinierte Ansätze. Es kann

https://doi.org/10.5771/9783845293257-31 - am 13.01.2026, 06:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -

dann von „verhältnisgestützter Verhaltensprävention“[556] gesprochen werden. Denn grundsätzlich wird bei den praktisch angewandten Maßnahmen letztlich zumindest als Fernziel oftmals eine *Verhaltensbeeinflussung* bezweckt. Je nach stärkerem Fokus auf das Verhalten selbst oder die das Verhalten beeinflussenden Umstände wirkt die Verhaltensbeeinflussung dann entweder vorrangig unmittelbar oder mittelbar und tritt dem Individuum entsprechend mehr weniger offen gegenüber.

– Schließlich erscheint es vor allem mit Blick auf diese Arbeit sinnvoll, eine Unterscheidung in primäre Ansätze der Prävention, die vor dem Auftreten einer Krankheit greifen, und sekundäre Ansätze, die nach der Krankheitsmanifestation greifen, vorzunehmen.[557] Die besondere Problemkonstellation präventiver staatlicher Tätigkeit scheint sich nämlich vor allem im Rahmen der Primärprävention zu entfalten, und hierbei bei solchen Maßnahmen, welche gezielt versuchen, das Gesundheitsverhalten des Einzelnen (vor dem Auftreten von Krankheitssymptomen) zu beeinflussen.

556 *Rosenbrock*, Primärprävention - Was ist das und was soll das?, 2008, S. 21.

557 In diesem Sinne auch *Hurrelmann/Laaser/Richter*, in: *Hurrelmann/Razum* (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2012, S. 661 (669).

https://doi.org/10.5771/9783845293257-91 - am 13.01.2026, 08:01:09. https://www.inlibra.com/de/agb - Open Access -