

Perspektiven der Präzisionstherapie

Das individualisierte Risiko – juristische und ethische Aspekte

PROF. DR. STEFAN HUSTER, JURISTISCHE FAKULTÄT DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Zu den zahlreichen Auswirkungen, die die Digitalisierung und Big Data auf das System der Gesundheitsversorgung haben, gehört es auch, dass wir zunehmend präzisere Informationen über individuelle Gesundheitsrisiken erhalten. Diese Individualisierung des Risikos lässt zum einen die Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit brüchig werden, so dass sich die Frage stellt, ob und inwieweit die Versorgungssysteme auch präventive Leistungen zur Verhinderung des Risikoeintritts gewährleisten müssen. Zum anderen wird befürchtet, dass die Erkenntnisse über individuelle Risikoprofile das Modell der Krankenversicherung und ihren solidarischen Charakter gefährden.

Einleitung

Zu den ethischen und rechtlichen Fragen, die die Digitalisierung und die sich aus ihr ergebenden Datenmengen aufwerfen, existiert inzwischen eine Fülle von Stellungnahmen. Dabei ist – so „disruptiv“ diese Entwicklungen auch sein mögen – aus einer normativen Perspektive nicht immer klar, ob sie völlig neue Probleme aufwerfen oder nicht vielmehr Fragen, die sich schon immer gestellt haben, lediglich verschärfen. Zudem wirken sich Digitalisierung und Big Data auf alle Lebensbereiche aus; dies gilt auch für das System der gesundheitlichen Versorgung, dass in einer Vielzahl von Hinsichten betroffen ist – von der elektronischen Patientenakte über zahlreiche weitere eHealth-Anwendungen bis hin zur Frage, welche Bedeutung Big Data für medizinische Forschung und Therapie entwickeln kann.

Angesichts dieser mannigfaltigen und unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereiche ist es durchaus fraglich, ob eine – nun häufig eingeforderte – „Ethik der Digitalisierung“ ein sinnvolles Projekt ist. Vielfach hat man den Eindruck, dass deren Fragen allein dadurch zusammengehalten werden, dass es immer um den Umgang mit Daten geht. Dies spräche dann aber eher für eine sehr viel konkreter auf diesen Querschnittsaspekt bezogene „Datenethik“, wie sie sich jetzt auch in der vom Bundesministerium des Inneren gegründeten Datenethikkommission institutionalisiert hat.

Im Folgenden soll eine spezifische Folge von Big Data betrachtet werden, nämlich die Möglichkeit der Individualisierung von Risiken. Dabei wird diskutiert, welche Auswirkungen diese Entwicklung auf das System der Gesundheitsversorgung hat.

Das individualisierte Risiko

Die Digitalisierung und die durch sie eröffneten Möglichkeiten der Erhebung und Verarbeitung ungeheurer Datenmengen stellen in ungeahnter Weise Informationen über den Einzelnen zur Verfügung und führen in diesem Sinne zur Verstärkung eines Trends, der moderne Gesellschaften schon immer prägte, nämlich der Individualisierung. Soziologen haben insofern bereits von einer „Hyperindividualisierung“ gesprochen, die die Digitalisierung mit sich bringe.¹

Für die Medizin ist diese Entwicklung insbesondere deshalb von Bedeutung, weil sie sehr viel präzisere, auf das Individuum oder zumindest Patientensubgruppen ausgerichtete Diagnose- und Therapieverfahren eröffnen könnte; die Diskussion über eine personalisierte, individualisierte oder auch nur stratifizierende Präzisionsmedizin nimmt diese Entwicklung auf.² Dies bietet große Chancen, stellt aber das Versorgungssystem auch vor Herausforderungen, wenn sich diese Individualisierung auch auf die Erhebung von Erkrankungsrisiken bezieht: Lässt sich dieses individualisierte Erkrankungsrisiko dann noch sinnvoll von der Krankheit selbst abgrenzen? Und bedrohen die Kenntnisse über Erkrankungsrisiken nicht ein Versicherungssystem, dessen Struktur davon abhängig ist, dass die individuellen Risiken grundsätzlich nicht bekannt sind?

Erkrankungsrisiko als Krankheit?

Kollektive Systeme der medizinischen Versorgung sind typischerweise auf die Behandlung von Krankheiten bezogen. So heißt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht nur bezeichnenderweise „Kranken“-Versicherung, sondern

bestimmt in ihrem zentralen Paragraphen 27 SGB V auch: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

Die Begriffe der Krankheit und der Krankenbehandlung haben damit eine zentrale Steuerungsfunktion für das System. Präventive Leistungen, die den Eintritt einer Krankheit verhindern, können dagegen in der GKV nur beansprucht werden, wenn sie ausdrücklich gesetzlich vorgesehen sind; angesichts der Vielzahl von Faktoren, die für Gesundheit und Krankheit verantwortlich sind, wäre ein Generalanspruch auf Präventionsmaßnahmen auch sinnlos.

Was eine Krankheit ist, hat der Gesetzgeber nie ausdrücklich definiert, um dem medizinischen Fortschritt nicht im Wege zu stehen. Die Rechtsprechung hat einen zweigliedrigen Krankheitsbegriff entwickelt, nach dem es sich bei einer Krankheit um einen „regelwidrigen Körper- (oder Geistes-) Zustand“ handelt, „dessen Eintritt die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Die „Regelwidrigkeit“ wird dabei als „Ab-

Erkrankungsrisiko als Krankheit?

Besteht eine Leistungspflicht für präventive Maßnahmen bei Hochrisikofällen? – drei mögliche Antworten:

- (1) nein, weil (noch) nicht krank
- (2) ja, obwohl (noch) nicht krank
- (3) ja, weil (schon) krank

Quelle: Prof. Dr. Stefan Huster



Abbildung 1: Die Begriffe der Krankheit und der Krankenbehandlung haben zentrale Steuerungsfunktion für das GKV-System.

weichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm“ verstanden, die wiederum einen Zustand bezeichnet, der „dem Einzelnen die Ausübung der körperlichen Funktionen ermöglicht“. Die für das Vorliegen einer Krankheit erforderliche Normabweichung oder Regelwidrigkeit setzt daher in der Regel eine körperliche Funktionsbeeinträchtigung voraus.

Big Data ermöglicht nun aber zunehmend Erkenntnisse über individuelle Erkrankungsrisiken aufgrund der Identifikation pathogener Mutationen und nicht-genetischer Faktoren. Eine körperliche Funktionsbeeinträchtigung liegt aber auch bei einem gesteigerten Risiko noch nicht vor: Ein Erkrankungsrisiko ist eben noch keine Krankheit. Trotzdem kann sich die Frage nach der Leistungspflicht des Versorgungssystems stellen, soweit – bisher selten genug – auf die Kenntnis eines (stark) erhöhten Erkrankungsrisikos mit präventiven Maßnahmen reagiert werden kann, die den Erkrankungseintritt verhindern.

Das Beispiel der prophylaktischen Mastektomie

Eine derartige Konstellation ist nun durch den Fall der Schauspielerin Angelina Jolie bekannt geworden, die sich bekanntlich angesichts ihres stark erhöhten Risikos, an Brustkrebs zu erkranken, zu einer prophylaktischen Mastektomie entschlossen und diesen Schritt öffentlich gemacht hat. Für ein Versorgungssystem wie die GKV stellt sich nun die Frage, ob sie zur Finanzierung einer derartigen präventiven Maßnahme verpflichtet ist.³

Ein derartiger Fall ist nun in Deutschland erstmals gerichtlich ausgetragen worden anlässlich des Leistungsbegehrens einer hessischen Beamtin, der als Trägerin des BRCA2-Hochrisikogens und einer familiären Vorbelastung eine ca. 80-prozentige Wahrscheinlichkeit attestiert wurde, an Brustkrebs zu erkranken. Potenziell leistungs verpflichtet war hier das Land Hessen als Träger der beamtenrechtlichen Beihilfe, so dass der Rechtsstreit vor den Verwaltungsgerichten landete; die Grundproblematik lässt sich aber auf die GKV übertragen.

Grundsätzlich lassen sich hier drei Positionen vertreten:

1. Eine Leistungspflicht besteht nicht, weil die Betroffene (noch) nicht krank ist.
2. Eine Leistungspflicht besteht, obgleich die Betroffene (noch) nicht krank ist.
3. Eine Leistungspflicht besteht, weil die Betroffene bereits krank ist.

Tatsächlich sind in dem hessischen Fall alle drei Positionen vertreten worden: Das Land Hessen verweigerte die Finanzierung der prophylaktischen Mastektomie mit der Begründung, dass die Betroffene (noch) nicht krank sei (Position 1). Auf deren Klage entschied das VG Darmstadt in erster Instanz, dass mangels körperlicher Funktionsbeeinträchtigung zwar noch keine Krankheit vorliege, aber sich ein Leistungsanspruch aus der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht des Dienstherrn (Art. 33 Abs. 5 GG) ergebe, wenn „der absehbare Erfolg einer Maßnahme von existenzieller Bedeutung ist“ und ihre Versagung „dem Gebot gleichmäßiger Fürsorgegewährung zuwiderläuft“ (Position 2).⁴ Auf Berufung des Landes wurde dieses Ergebnis vom VGH Kassel bestätigt, die Begründung aber ausgewechselt: Unter Berücksichtigung der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht liege hier bereits eine Krankheit vor; das Erfordernis einer Funktionsbeeinträchtigung trete jedenfalls bei „Maßnahmen mit existenzieller Bedeutung“ zurück (Position 3).⁵

Die dagegen erhobene Revision des Landes hat dann zu einer höchstrichterlichen Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) geführt, die aber viele Fragen offenlässt. Das BVerwG hat sich im Grundsatz der Position 3 angeschlossen:⁶ Eine Krankheit im beihilferechtlichen Sinne könne (ausnahmsweise) bereits vorliegen, wenn die auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung besteht und die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit eintreten, so schwer sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen ist, weil der betreffenden Person bei wertender Gesamtbetrachtung nicht

Höchstrichterliches Urteil lässt Fragen offen

Grundsätze des Urteils des BVerwG vom 28.9.2017:

Eine Krankheit im beihilferechtlichen Sinne kann (ausnahmsweise) vorliegen, wenn die auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung besteht und die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit eintreten, so schwer sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen ist, weil der betreffenden Person bei wertender Gesamtbetrachtung nicht zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken.

Quelle: Prof. Dr. Stefan Huster



Abbildung 2: Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil Kriterien für eine Risikobewertung formuliert.

zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken.

Bei der nun maßgeblich unter Zumutbarkeitsgesichtspunkten vorzunehmenden Risikobewertung sei zum einen das individuelle Risiko, innerhalb eines überschaubaren Zeitraums zu erkranken, zu berücksichtigen; in diesem Zusammenhang sei auch zu beachten, ob die Brustkrebserkrankungen von Familienmitgliedern einer bestimmten Altersspanne zuzuordnen sind und in welchem Altersabstand sich die betreffende Person befindet, wobei angesichts der potenziellen Lebensbedrohlichkeit einer Brustkrebserkrankung ggf. ein angemessener Sicherheitsabstand einzustellen ist. Zum anderen sei zu prüfen, ob Früherkennungsmaßnahmen vorhanden sind, die hinreichend sensitiv sind, um bei festgestellter Brustkrebserkrankung gute Heilungschancen zu bieten. Denn dem Erkrankungsrisiko kommt umso eher Krankheitswert zu, je zeitnäher nach den Verhältnissen des Einzelfalls die Erkrankung selbst zu erwarten ist oder je weniger sensitiv Früherkennungsmaßnahmen bzw. je geringer oder weniger verlässlich die Heilungschancen einzuschätzen sind.

Wie es nun mit dem Leistungsanspruch der konkreten Klägerin aussah, konnte das BVerwG nicht entscheiden, weil die Vorinstanzen die verlangte Risikobewertung anhand dieser Grundsätze nicht vorgenommen hatten; der Fall wurde daher zurückverwiesen. Zu einer weiteren gerichtlichen Klärung kam es dann aber nicht mehr, weil sich die Klägerin mit dem Land Hessen bezüglich der Kostenerstattung schließlich doch einigte; dem Vernehmen nach hat das Land den überwiegenden Teil der Kosten der prophylaktischen Mastektomie übernommen.

Ein eigener Leistungsfall der risikoadaptierten Prävention?

Was kann man aus diesem Fall lernen? Zunächst besteht eine starke Intuition, dass Gesundheitsversorgungssysteme – sei es die GKV, die Beihilfe oder die Private Krankenversicherung – in Hochrisikofällen zur Gewährleistung präventiver Maßnahmen verpflichtet sein können, auch wenn man sich mit der Behauptung schwertut, dass hier bereits eine Krankheit vorliegt – denn wenn etwa allein ein genetisch erhöhtes Erkrankungsrisiko zum Krankheitsbegriff führte, wären wir alle schon immer krank, weil jeder derartige Risiken mit sich trägt. Ferner zeigt der Fall, dass hier nicht

Wer entscheidet über Leistungspflicht und -ansprüche?

Die Alternative zu Einzelfallentscheidungen:

Eigener Leistungsfall der „risikoadaptierten Prävention“ mit

- (1) grundsätzlicher Festlegung im Gesetz
- (2) Konkretisierung in untergesetzlichen Normen
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss
auch Regelung der Beratungs- und Versorgungsinfrastruktur



Quelle: Prof. Dr. Stefan Huster

Abbildung 3: Für das Verfahren einer Risikobewertung sind zwei unterschiedliche Gestaltungsoptionen denkbar.

mehr der Krankheitsbegriff die Leistungspflicht steuert, sondern recht vage Zumutbarkeitskriterien. Damit stellt sich schließlich die Frage, wer in welchem Verfahren diese Zumutbarkeits- und Risikobewertung vornehmen und damit über Leistungspflichten und -ansprüche entscheiden soll.

Auf diese zentrale Frage gibt es im Grundsatz zwei mögliche Antworten. Man kann diese Entscheidung den Kostenträgern und Gerichten im Einzelfall anhand einer wertenden Auslegung des Krankheitsbegriffs überlassen, der einer erweiternden Interpretation im Sinne der Betroffenen sicherlich zugänglich ist.⁷ Allerdings führt diese Herangehensweise zu zwei Problemen. Zum einen ist es schwierig, auf diesem Wege eine Rechtssicherheit für die Betroffenen zu erreichen. Blickt man etwa auf die vom BVerwG entwickelten Kriterien, so wimmelt es dort von unbestimmten Rechtsbegriffen („wertende Gesamtbetrachtung“, „überschaubarer Zeitraum“, „angemessener Sicherheitsabstand“, „hinreichend sensitiv“, „gute Heilungschancen“, „schwerwiegende Gesundheitsschädigung“, „nicht zuzumuten“), auf deren Grundlage es kaum möglich ist, vorab einzuschätzen, ob ein bestimmtes Erkrankungsrisiko bereits „ausreicht“, um eine Leistungspflicht zu begründen.

So folgt nun aus dem Umstand, dass der hessische Fall des Brustkrebserkrankungsrisikos nicht durchentschieden wurde, die missliche Konsequenz, dass für alle Frauen in einer ähnlichen Situation nach wie vor unklar ist, ob und unter welchen Voraussetzungen sie einen Leistungsanspruch haben. Zum anderen führt die juristische Konstruktion einer „ausnahmsweisen“ Gleichstellung von Erkrankungsrisiko und Krankheit zu einer Verengung der Leistungspflicht auf Hochrisikofälle. Dies mag im Ergebnis durchaus vernünftig

sein, setzt aber unreflektiert voraus, dass bei Risiken von nicht 80 Prozent, sondern etwa 50, 40 oder 30 Prozent keine Einstandspflicht des Versorgungssystems besteht; zudem bleibt völlig offen, wo hier die Grenze verlaufen soll. Und im Bereich des Brustkrebs werden gerade andauernd derartige moderate Risikogene entdeckt, deren Trägerinnen nicht immer damit einverstanden sein werden, dass sie keinen Leistungsanspruch besitzen.

Man wird daher überlegen müssen, ob die GKV auf Dauer nicht einen eigenen Leistungsfall der risikoadaptierten Prävention benötigt.⁸ Dieser Anspruch könnte im Grundsatz gesetzlich verankert und für die einzelnen Erkrankungsrisiken und präventiven Maßnahmen untergesetzlich – etwa durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses – konkretisiert werden; dabei wäre dann auch die Versorgungs- und Beratungsinfrastruktur zu regeln. Wenn uns Big Data immer wieder neue Erkenntnisse über Erkrankungsrisiken präsentieren wird und zunehmend auch präventive Maßnahmen entwickelt werden, ist der Weg über einzelfallbezogene Zumutbarkeitsentscheidungen jedenfalls auf Dauer der Problemlage nicht mehr angemessen.

Entsolidarisierung durch Individualisierung?

Die Digitalisierung erlaubt in einem zuvor nicht gekannten Ausmaß die Erhebung von Daten über individuelle Gesundheitsrisiken und auch das gesundheitsbezogene Verhalten. Dies hat die Befürchtung nach sich gezogen,

Risiko für Entsolidarisierung?

Voraussetzungen für verhaltensbezogene finanzielle Anreize

- Kostenersparnis muss plausibel sein
- Verhalten muss kontrollierbar sein
- Verhalten muss – auch unter Berücksichtigung sozialer Umstände – frei wählbar sein
- Verteilungseffekt: von Einsparungen müssen auch die nicht finanziell Geförderten/Datenverweigerer profitieren - vgl. § 65a SGB V: „Die Aufwendungen für Maßnahmen (...) müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.“

Quelle: Prof. Dr. Stefan Huster



Abbildung 4: Verhaltensbezogene finanzielle Anreize in der GKV müssten mehreren Kriterien genügen.

dass diese Entwicklung solidarische Krankenversicherungssysteme in ihrer Grundstruktur bedrohen könnte. Zum einen wird insoweit darauf verwiesen, dass die naheliegende „Belohnung“ gesundheitsförderlichen und die „Bestrafung“ gesundheitsriskanten Verhaltens durch finanzielle Anreize (Boni, Beitragsermäßigungen oder -zuschläge) zu einer Besserstellung guter Risiken führen und das Solidarprinzip aushöhlen könne.

Zum anderen wird sogar befürchtet, dass die Kenntnis individueller Risiken das Versicherungsprinzip als solches unterminiere: Versichern könne man schließlich nur unbekannte Risiken. Im Kern sind das wiederum bekannte Probleme, die unter den Stichworten der „genetischen Diskriminierung“ und des Verhältnisses von Solidarität und Eigenverantwortung bzw. Selbstverschulden (vgl. Paragraph 52 SGB V) schon immer diskutiert worden sind.⁹ Es ist aber nicht zu bestreiten, dass etwa die Möglichkeit der Erhebung von Daten durch Gesundheits-Apps und Wearables die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten erheblich erhöht und die Problematik damit verschärft hat.

Ist es aber tatsächlich eine Bedrohung des solidarischen Charakters eines Versicherungssystems, wenn gesundheitsbewusstes Verhalten mit einem finanziellen Anreiz versehen wird, wenn und soweit dies die finanziellen Ressourcen des Versorgungssystems schont? Zunächst muss man konstatieren, dass das die deutsche GKV prägende Solidaritätsverständnis – dass nämlich (sowohl unverschuldete wie eigenverantwortlich eingegangene) individuelle Gesundheitsrisiken finanziell folgenlos bleiben müssen – recht weitreichend und nicht selbstverständlich ist.

Aber selbst wenn man sich diesem Verständnis anschließt, ist eine Belohnung gesundheitsförderlichen Verhaltens auf den ersten Blick unproblematisch, solange niemand dadurch Nachteile erleidet. Dies ist der Fall, wenn durch die verhaltensbezogene Gesunderhaltung tatsächlich Kosten im Versorgungssystem eingespart werden, aus denen ein entsprechender finanzieller Anreiz refinanziert werden kann: Die Effizienz des Systems wird dann gesteigert, ohne dass diejenigen, die ihre Daten nicht zur Verfügung stellen oder ihr Verhalten nicht verändern wollen, dadurch finanzielle Nachteile haben.

Eine derartige Logik liegt auch der Bonus-Regelung des Paragraphen 65a SGB V zugrunde, wenn es in dessen Absatz 3 heißt, dass die Boni sich „mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden“ müssen. Dass mit den

verhaltensbezogenen Boni in Zeiten des Kassenwettbewerbs oft genug auch schlichte Marketinginteressen verfolgt werden oder die unterstützten Maßnahmen weder qualitätsgesichert sind noch sich ihre Refinanzierbarkeit darlegen lässt, steht dabei auf einem anderen Blatt. Auch muss sichergestellt sein, dass die erhobenen Daten hinreichend valide sind; Boni, die an Bewegungsprofile der Versicherten anknüpfen, ohne dass sichergestellt werden könnte, dass die datenerhebenden Geräte tatsächlich von dem jeweiligen Versicherten getragen werden, haben die Kassenaufsichten zu Recht beanstandet.

Gerät aber nicht vielleicht das gesamte Versicherungssystem in eine Schiefelage, wenn wir immer mehr über individuelle Erkrankungsrisiken wissen? Für die GKV ist die Lösung grundsätzlich einfach: Hier können wir politisch entscheiden, dass das System risikoindifferente ist und bleibt. Die Frage stellt sich allerdings, ob die Digitalisierung nicht zu einem kulturellen Wandel in dem Sinne führt, dass die Solidaritätsbereitschaft sinkt, je mehr Menschen – angegriffen auch von der technischen Faszination – sich selbst vermessen und ihr Verhalten an ihrem jeweiligen Risiko ausrichten: Es ist nicht auszuschließen, dass die „Selbstoptimierer“ irgendwann die Lust verlieren werden, die Versorgungskosten auch für diejenigen zu tragen, die sich der Selbstvermessung verweigern oder jedenfalls daraus keine Konsequenzen für ihr gesundheitsbezogenes Verhalten ziehen, obwohl es ihnen die Digitalisierung doch so (scheinbar) einfach macht, sich risikoadäquat zu verhalten.

Bisher ist das aber alles wohl noch Zukunftsmusik. Beobachtet man die Lage in der privaten Krankenversicherung, die grundsätzlich die Möglichkeit hätte, risiko-bezogene Tarife einzuführen, stellt man fest, dass diese Entwicklung nicht recht in Gang kommt. Es scheint eben nicht so einfach zu sein, Tarife zu konstruieren, die zielgenau Kostenfolgen an – genetische oder lebensstilbezogene – Risiken knüpfen. Insoweit wird man beim gegenwärtigen Stand der Dinge sagen müssen: Digitalisierung und Big Data führen zu vielfältigen Herausforderungen für die Krankenversicherungssysteme, stellen sie aber nicht grundsätzlich in Frage.

E-Mail-Kontakt: stefan.huster@rub.de

Literatur

1. Vgl. Steffen Mau, *Das metrische Wir*, 2017. Der Begriff lässt sich auch schon bei den Klassikern der Soziologie wie Émile Durkheim nachweisen.
2. Vgl. dazu aus normativer Sicht nur die Beiträge bei Jochen Vollmann/Verena Sandow/Sebastian Wäscher/Jan Schildmann (Hrsg.), *The Ethics of Personalised Medicine. Critical Questions*, 2015.
3. Die folgenden Ausführungen greifen Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt SYSKON: Re-Konfiguration von Gesundheit und Krankheit. Ethische, psychosoziale, rechtliche und gesundheitsökonomische Herausforderungen der Systemmedizin (BMBF - FKZ 01 GP 1407 A) auf.
4. VG Darmstadt, Urt. v. 13.5.2015, Az.: 1 K 491/13.DA. Vgl. dazu die Anmerkung von Stefan Huster/Anke Harney, *MedR* 2016, S. 367 ff.
5. HessVGH, Urt. v. 10.3.2016, Az.: 1 A 1261/15.
6. BVerwG, Urt. v. 28.9.2017, Az.: 5 C 10.16.
7. In diesem Sinne für die GKV dann etwa Ernst Hauck, *Erkrankungsrisiko als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung?* *NJW* 1996, S. 2695 ff.
8. Zu diesem Vorschlag vgl. jetzt Friedhelm Meier/Anke Harney/Kerstin Rhiem/Anja Neumann/Silke Neusser/Matthias Braun/Jürgen Wasem/Rita Schmutzler/Stefan Huster/Peter Dabrock, *Risikoadaptierte Prävention. Governance Perspektive für Leistungsansprüche bei genetischen (Brustkrebs-)Risiken*, 2018.
9. Vgl. etwa Stefan Huster, *Solidarität und Eigenverantwortung – Spannung oder Gleichklang?*, *ZEFQ* 106 (2012), S. 195 ff.

PROF. DR. JUR. STEFAN HUSTER



Jahrgang 1964, Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/Main. Nach dem Ersten Juristischen Examen wissenschaftlicher Mitarbeiter, Referendar und Wissenschaftlicher Assistent an der Juristischen Fakultät in Heidelberg. Dort Promotion 1993 und Habilitation 2001 für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Europarecht, Sozialrecht und Rechtsphilosophie. Ab 2002 Lehrstuhl (C 4) an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht (W 3) an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht. Huster war im akademischen Jahr 2010/2011 Fellow am Wissenschaftskolleg zu Berlin. Er ist Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.