

§ 1 SGB V und die Quadratur des Kreises:

Wie können sich Solidarität und Eigenverantwortung ergänzen?

*Anna Berry**

Im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die zentralen Bausteine der gesetzlichen Krankenversicherungen geregelt. § 1 SGB V statuiert dabei die zentralen Prinzipien, die die nachfolgenden Bestimmungen prägen. Elementare Ausprägung ist dabei einerseits die Solidarität, die allen Mitgliedern ein Sicherheitsnetz garantieren soll. So normiert S. 1: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Die Versicherten sollen einander unterstützen. Das Risiko zu erkranken, wird solidarisch bewältigt, insbesondere durch das kollektive Tragen finanzieller Lasten – unabhängig von der individuellen Gesundheitskonstitution.

Auf der anderen Seite steht der schillernde Begriff der Eigen- bzw. Selbstverantwortung des Einzelnen. So heißt es in S. 2 und S. 3 weiter: „Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ Der Einzelne soll für sich selbst und sein Verhalten Verantwortung übernehmen. Durch diese Eigenverantwortung wird eine Grundregel des Sozialstaates betont: In der freiheitlich verfassten, marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaft ist jeder zunächst selbst für sich verantwortlich, indem er für sich und seine Angehörigen den Lebensunterhalt bestreiten muss.¹ Der Hinweis auf gesundheitsbewusste Lebensführung und Verhinderung von Krankheit

* Die Verfasserin ist Forschungsreferentin am Deutschen Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung (FÖV) bei Prof. Dr. Mario Martini.

1 Becker/Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

und Behinderung ist angesichts der grundsätzlichen Unbeachtlichkeit der Krankheitsursache (Ausnahmen finden sich u. a. in §§ 11 Abs. 5, 52, 55 Abs. 1 SGB V) nicht viel mehr als ein philosophisch-ethischer Appell.² Dem Satz 2 ist nicht zu entnehmen, wann die Handlung unsolidarisch ist, also die Grenzen der Solidargemeinschaft überschritten wurden, vielmehr bedarf es konkreter, gesetzlich geregelter Ausschlüsse.³ Gleichwohl hat § 1 SGB V einen Einweisungscharakter und ist deshalb bei der Auslegung und Anwendung der anderen Vorschriften im SGB V heranzuziehen.⁴

Solidarität und Eigenverantwortung scheinen auf den ersten Blick als konträre Prinzipien unvereinbar: Einerseits soll die Gemeinschaft finanzielle Risiken kollektiv und solidarisch tragen, andererseits soll der Einzelne für sein Verhalten Verantwortung übernehmen. Es scheint sich dabei um ein unmögliches Unterfangen zu handeln, beide Prinzipien miteinander zu verbinden. Der Versuch ihrer Vereinbarkeit kommt einer Quadratur des Kreises gleich.

Anderer Auffassung war indes der Gesetzgeber. Dieser sieht in beiden Prinzipien keinen Widerspruch: „Solidarität und Eigenverantwortung sind keine Gegensätze, sie sind tragende Prinzipien der GKV, sie gehören zusammen. Erforderlich ist eine neue Balance zwischen diesen Prinzipien. Ohne Solidarität wird Eigenverantwortung egoistisch, ohne Eigenverantwortung wird Solidarität anonym und mißbrauchbar.“⁵

Andere Stimmen erkennen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen beiden Prinzipien: „Wer mit der eigenen Gesundheit eigenverantwortlich umgeht, handelt zugleich solidarisch gegenüber der Versichertengemeinschaft.“⁶ Dieses Verständnis ist problematisch, bedeutet Eigenverantwortung hier eine bestimmte Form von gesundheitsbewusstem Verhalten. Eigenverantwortung bzw. -verantwortlichkeit kann aber viel mehr bedeuten,

2 Berchthold, in: *Berchthold/Huster/Rehborn*, Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 1 SGB V Rn. 9; Schuler, in: *Hänlein/Schuler*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 1. Obgleich S. 3 lange als bloße Zielbestimmung galt, wurden im Rahmen der COVID-19 Pandemie Kostenbeteiligungen gefordert, wenn geringfügige Maßnahmen der Eigenverantwortung nicht ergriffen wurden (z. B. eine Impfung): Beck, in BeckOGK, Stand Mai 2025, SGB V, § 1 Rn. 8.

3 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 150.

4 Beck, in BeckOGK SGB V, Stand Mai 2025, § 1 Rn. 4. Zum Einweisungscharakter der Norm: BT-Drs. 11/2237, S. 157.

5 BT-Drs. 11/2237, S. 157.

6 Schuler, in: *Hänlein/Schuler*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 5.

insbesondere impliziert es, dass jeder mit umfangreichem Gesundheitswissen selbstbestimmte Entscheidungen über seinen Körper treffen kann. Solidarisch wird in diesem Verständnis gleichgesetzt mit Einsparungen für die Versicherungsgemeinschaft.⁷ Derjenige, der sich gesundheitsbewusst und -fördernd verhält, wird in der Regel geringere Kosten für die Gemeinschaft verursachen. Dieser Blick ist verkürzt. Dahinter steht der Gedanke, dass mit gutem Willen, gesunder Ernährung und Sport, stets gute Gesundheit einhergehe. Dies verkennt jedoch die Multikausalitäten von Krankheiten, ebenso wie die Tatsache, dass rund die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Krankheit leidet und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko steigt, je niedriger die soziale Schicht ist, der man angehört.⁸

I. Spannungsverhältnis

Damit kommt man nicht umhin, mindestens ein Spannungsverhältnis zwischen den beiden Prinzipien der Eigenverantwortung und Solidarität zu erkennen.

Im Folgenden soll deshalb geschaut werden, ob und wie beide Prinzipien miteinander in Einklang gebracht werden können. Dabei dürfen soziale Ungleichheiten nicht missachtet werden.

§ 1 S. 3 SGB V spricht von einer „Mitverantwortung“, was eine Verantwortungsteilung impliziert.⁹ Denn aus rechtlicher Sicht setzt das Zuschreiben von Verantwortungen Handlungsalternativen voraus. Daran mangelt es aber häufig bei der Gesundheit, denn diese wird nur partiell durch indivi-

7 Ebenso bei *Nebendahl*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl., 2022, § 1 SGB V, Rn. 6, nach dem die „Verpflichtung zu gesundheitsbewussten Verhalten (...) sich gleichermaßen aber auch aus dem Solidaritätsprinzip [ergibt], das den einzelnen verpflichtet, die Solidargemeinschaft nicht mit unvermeidbaren Krankheitskosten zu belasten und das Seine dazu zu tun, vermeidbare Krankheitskosten nicht entstehen zu lassen.“

8 *Berry*, in: *Ammann u. a.*, Verantwortung und Recht, 2022, S. 377, 390 f.; Zu chronischen Krankheiten, s. *RKI*, Journal of Health Monitoring – Gesundheitliche Lage der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, S. 7, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2021_GEDA_2019_2020_EHIS.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt abgerufen am 1.8.2025); *Remmers*, in: *Bittlingmayer/Sahrai/Schnabel*, Normativität und Public Health, 2009, S. 111, 124.

9 *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

duelles Verhalten beeinflusst.¹⁰ Genetische Dispositionen, soziale Faktoren und Umwelteinflüsse spielen ebenso eine bedeutende Rolle. Die Solidarität fängt wiederum diese Multikausalität auf, indem sie nicht aufgeschlüsselt werden muss, sondern durch den Staat Gesundheitsversorgung für Hilfsbedürftige zur Verfügung stellt.¹¹

Die Zielbestimmung des § 1 SGB V fordert von den gesetzlichen Krankenkassen eine Balance zwischen der Förderung von Solidarität und der Berücksichtigung von Eigenverantwortung. Dieses Spannungsverhältnis gilt es im Folgenden aufzubrechen. Der Konflikt zwischen beiden Punkten gipfelt in der Frage, inwiefern die Solidargemeinschaft für Krankheiten aufkommen soll, die durch eigenes Verhalten bzw. eigene Versäumnisse verursacht wurden.

1. Solidarität

Die Bereitschaft der staatlichen Gemeinschaft, Verantwortung für das Lebensschicksal des Einzelnen zu übernehmen, kennzeichnet den Sozialstaat.¹² Dabei meint Solidarität die grundsätzliche Bereitschaft füreinander einzustehen.¹³ Der Begriff ist dabei eine hochgradig umkämpfte politisierte Ressource im „Spannungsfeld zwischen ökonomischen und politischen Handlungslogiken“, deren Reichweite ausgestaltet werden muss.¹⁴ Der Gedanke hinter dem Sozialstaat liegt darin, dass Bürger eine Gemeinschaft bilden, gemeinsam Ziele verfolgen und dabei aufeinander angewiesen sind.¹⁵ Der nationale Gesetzgeber darf durch das Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG eine umfassende und solidarische Absicherung gegen das Krankheitsrisiko schaffen, ist dazu in gewissen Grenzen sogar verpflichtet, kann das Sicherungssystem dabei jedoch auch nach Effizienzgesichtspunkten

10 Becker/Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

11 Becker/Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 7.

12 Gabriel, in: Weilert, Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 303.

13 Zur Herkunft des Wortes vom lateinischen *solidus*, worunter die Haftung für das Ganze verstanden wurde: Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 77.

14 Börner, in: Betzelt/Fehmel, Deformation oder Transformation, 2022, S. 52, 57.

15 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 82.

regeln.¹⁶ Sozialversicherungen sind kein Zusammenschluss solidarischer Menschen, sondern stellen mittels Versicherungspflicht eine nicht vorhandene Solidargemeinschaft nach, die auf den sozialen Ausgleich beschränkt ist und so weit hinter dem Potenzial von Solidarität zurückbleibt.¹⁷

Dies realisiert sich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch eine solidarische Beitragsfinanzierung (vgl. auch § 3 SGB V) und nicht durch Ansparung individueller Mittel nach Einkommen oder Risiko, wobei die Leistungen weder der Höhe noch dem Grunde nach von der Beitragszahlung abhängen.¹⁸ Aber nicht nur auf der Beitragsseite kann von einer solidarischen Finanzierung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern gesprochen werden, sondern auch durch die einkommensbezogenen und nicht risikobezogenen Beiträge bei gleichen Leistungsansprüchen kann eine Beitragssolidarität erkannt werden.¹⁹ Bei der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft handelt es sich um eine Versicherung, die gegen Entrichtung von Beiträgen das Risiko (insbesondere) von Krankheiten abdeckt,²⁰ indem sie den Aufwand zur Bewältigung auf die große Zahl der Versicherten solidarisch verteilt.²¹

Anders als bei der privaten Krankenversicherung, die sich auf den Grundsatz der Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung stützt, ist dieses Verhältnis bei den gesetzlichen Krankenversicherungen unkalkulierbar.²² Die GKV oder sonstige Sozialversicherungen legen nicht den Risikobegriff privater Versicherungen zugrunde, sondern enthalten von jeher auch ein gewisses Maß staatlicher Fürsorge.²³ Neben der Beitragssolidarität kann man eine Risikosolidarität erkennen, die darin besteht, dass

16 Schuler, in: *Hänlein/Schuler*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 3. Zur sozialen Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers: BVerfG, Beschl. v. 18.07.2005 – 2 BvF 2/01, BVerfGE 113, 167, 215.

17 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 85.

18 Becker/Kingreen, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 1 Rn. 4.

19 Schuler, in: *Hänlein/Schuler*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 3.

20 Neben Krankheiten bietet sie Präventionsmaßnahmen oder Leistungsansprüche bei Schwangerschaft oder Empfängnisregelungen etc. an. Während Präventionsmaßnahmen noch dem Risiko der Krankheit zugeordnet werden, sind Leistungen zur Empfängnisverhütung, Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch (soweit nicht krankheitsbedingt erbracht) nicht der Krankheit zuzuordnen: Dazu Schuler, in: *Hänlein/Schuler*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 2.

21 Beck, in: *Rolfs u.a.*, BeckOGK, Stand: 15.05.2023, SGB V § 1 Rn. 6.

22 Berry, in: *Ammann u. a.*, Verantwortung und Recht, 2022, S. 377, 381.

23 Pernice-Warnke, NZS 2023, 441, 442.

Versicherungspflicht, Beitragshöhe sowie Leistungsumfang unabhängig von den Vorerkrankungen oder sonstigen Risikodispositionen der Versicherten sind.²⁴ Nur diejenigen, bei denen der Gesetzgeber typischerweise davon ausgehen durfte, dass sie des Schutzes der solidarisch getragenen Krankenversicherung nicht bedürfen, sind aus dem Kreis der Pflichtversicherten ausgenommen und von der solidarischen Finanzierungsverantwortung entbunden. Es bleibt für diese Personengruppe eine Mitgliedschaft in der PKV oder die abschließend geregelte Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung in der GKV.²⁵ Damit bewirkt das Solidarprinzip in der GKV einen sozialen Ausgleich, der über einen üblichen versicherungsmäßigen Ausgleich hinausgeht.²⁶

Kritiker fürchten jedoch Missbrauchsgefahren und sehen in der Solidarität einen Nährboden moralischen Fehlverhaltens, weshalb sie Beschränkungen durch Eigenverantwortung fordern.²⁷

2. Eigenverantwortung

Eigenverantwortung kann definiert werden als Verpflichtung des Einzelnen, selbst für die Folgen seines Handelns einzustehen. Dahinter steht das liberale Prinzip persönlicher Freiheit und der Gedanke der Aufklärung, wonach der Mensch mündig ist, d. h. selbstständig denken und handeln kann.²⁸ Insgesamt liegt auch dem Grundgesetz die Vorstellung des Menschen als eigenverantwortlichem Wesen zugrunde.²⁹ Dem Einzelnen steht es frei, sich vernünftig oder unvernünftig, gesundheitsbewusst oder unge-

24 Schuler, in: Hänlein/Schuler, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2022, § 1 Rn. 3.

25 Nebendahl, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, SGB V § 1 Rn. 3.

26 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 87.

27 So beispielsweise Wolf, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, 2010, S. 275 f. Darauf hinweisend, dass der „deutsche Wohlfahrtsstaat [...] auch zu seinen vermeintlich besten Zeiten [...] keine reine Solidaritätsveranstaltung darstellte, sondern [sich] [...] die ersten Ränge schon immer mit Prinzipien wie Subsidiarität, Eigenverantwortung oder Leistungsgerechtigkeit teilen und entsprechend relativieren lassen [musste]“: Börner, in: Betzelt/Fehmel, Deformation oder Transformation, 2022, S. 50.

28 Ahrens, Das Gesundheitswesen 2004 (66), 213, 214.

29 So schützen die Grundrechte Individualität und Eigenständigkeit: Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 100.

sund bzw. riskant zu verhalten.³⁰ In der Gesetzesbegründung des SGB V heißt es dann jedoch: „Jeder Versicherte ist für die Erhaltung seiner Gesundheit so weit verantwortlich, wie er darauf Einfluß nehmen kann.“³¹

Der Begriff Verantwortung entstammt der spätmittelalterlichen Gerichtssprache und meint, Rechenschaft vor einem Richter abzulegen, sein Handeln zu begründen oder zu verteidigen.³² Schon seit der Gründung des deutschen Sozialversicherungsstaates in den 1880ern sind sowohl Elemente einer Staatsverantwortung als auch Momente der Eigenverantwortung der Versicherten enthalten, die heute in § 1 SGB V zusammengefügt werden.³³

Im Nachkriegsdeutschland waren zwei Strömungen zu unterscheiden: die sog. „Selbsthilfebewegung“ in den 1970ern, die die Verrechtlichung, Bürokratisierung und Professionalisierung der Sozialpolitik kritisierte und die selbst Eigenverantwortung beanspruchte.³⁴ Schließlich dominiert seit den 1990ern diejenige Bewegung, die Eigenverantwortung von anderen fordert, welche es gerade nicht selbst beanspruchen.³⁵ Daraus folgt das Bild des aktivierenden Sozialstaates. Dabei wird zu Recht bemängelt, dass Eigenverantwortung als Forderung an andere die Gefahr impliziert, den Rückzug des Staates einseitig zu legitimieren und im neu entfachten Verteilungskampf die Lasten des Sozialstaates als moralische Waffe zu missbrauchen.³⁶ Die Forderungen nach mehr Eigenverantwortung resultieren überwiegend aus der Annahme, dass der Staat zu viele Aufgaben für die Bürger übernommen hat, wodurch der Wille der Bürger erlahmt sei, selbst Verantwortung zu übernehmen.³⁷

Teilweise wird festgestellt, dass Solidarität nicht ein einseitig, sondern ein durch Reziprozität geprägtes duales System sei.³⁸ Aus ihr folge eine

30 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 101.

31 BT-Drs. 11/2237, S. 157.

32 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 103 m. w. N.

33 Gabriel, in: Weilert, Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 303, 304.

34 Gabriel, in: Weilert, Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 303, 310.

35 Gabriel, in: Weilert, Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 303, 310.

36 Gabriel, in: Weilert, Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, 2015, S. 303, 310.

37 Ahrens, Das Gesundheitswesen 2004 (66), 213, 214.

38 Buyx, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512, 1513.

gewisse Verpflichtung des Einzelnen gegenüber der Gemeinschaft, nicht nur einseitig Empfänger der Maßnahme zu sein, sondern aktiv Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten zu übernehmen.³⁹ So müssen Personen in der Solidargemeinschaft sich ihrerseits solidarisch mit der Gemeinschaft zeigen, insofern setze Solidarität die Eigenverantwortung eines jeden voraus.⁴⁰ Diese Reziprozität des Solidarsystems zeigt sich in den normierten gegenseitigen Rechten und Pflichten der Versicherten, die dem Gedanken der Solidarität dienen.⁴¹ Die rechtliche Freiheit des Einzelnen kann zu tatsächlichen Ungleichheiten führen, denn der Einzelne muss die Folgen seiner freiheitlichen Entscheidungen und seiner Lebensweise selbst tragen.⁴²

Problematisch ist, dass Eigenverantwortung fast stets mit Kostenbeteiligung gleichgesetzt wird. Zentral ist dabei die Streitfrage, wann ein Selbstverschulden vorliegt und inwieweit dieses zur Kostenbeteiligung führt. Was genau zählt zu Selbstverschulden? Reicht schon der Verzicht auf eine medizinische Empfehlung oder muss erst ein bestimmtes Fahrlässigkeitsmaß bestehen, um aus der Solidargemeinschaft ausgeschlossen zu werden? Dies sind Einzelfallfragen, auf die der Rechtsanwender durch stete Abwägung eine Antwort finden müsste. Dabei kann § 52 SGB V möglicherweise Hilfestellung geben. Diese Norm soll einen Kompromiss zwischen beiden kollidierenden Grundsätzen darstellen.

a. Kompromiss des § 52 SGB V de lege lata?

Grundsätzlich ist es der GKV fremd, nach Verschuldensbeiträgen zu differenzieren, was ihrer Art nach auch nicht sachgemäß ist: Denn die Sozialversicherung soll den Versicherten in den Wechselfällen ihres Lebens Schutz sowie Hilfe bieten.⁴³ Dieses sog. Finalprinzip findet eine

39 *Buyx*, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512, 1513.

40 *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 92. „Keine Wohltat ohne Wohlverhalten“: *Wolf*, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, 2010, S. 165.

41 *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 92.

42 *Süß*, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 116.

43 *Prehn*, NZS 2010, 260, 263; BSG, Urt. v. 20.03.1959 – 3 RK 13/55, NJW 1959, 2327 (2327).

Durchbrechung im Kausalprinzip des § 52 SGB V.⁴⁴ Gesetzlich regelt § 52 SGB V die Grenzen der Solidargemeinschaft, indem er eine Verbindung zur Eigenverantwortung herstellt.⁴⁵ Dies wird dadurch ermöglicht, dass die Norm den gesetzlichen Krankenversicherungen erlaubt, die Versicherten in begrenztem Maße an Kosten der Behandlung zu beteiligen.⁴⁶ Danach übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten der Behandlung, es sei denn, diese wurden grob fahrlässig oder vorsätzlich herbeigeführt. Während dieser Grundsatz der Eigenverantwortung eine rechtlich eindeutige Grenze zum Solidaritätsprinzip ziehen soll,⁴⁷ wird davon tatsächlich in der Praxis selten Gebrauch gemacht. § 52 SGB V knüpft als einzige Norm konkrete Folgen an die Eigenverantwortung und zählt dabei die „Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden“ abschließend auf.⁴⁸ Sie soll einen schonenden Ausgleich zwischen beiden Prinzipien herstellen.

aa. § 52 Abs. 1 SGB V

Der § 52 Abs. 1 SGB V greift primär bei vorsätzlicher Hinzuziehung einer Krankheit, ohne dass man sich den Gesundheitsschaden selbst zufügen muss.⁴⁹ Gleichwohl muss zwischen Handlung und Gesundheitsschaden ein kausaler Zusammenhang bestehen.⁵⁰ Deshalb wird es bei gesundheitsschädlichem Verhalten oder bei riskanten Sportarten regelmäßig am Vorsatz bezüglich des Eintritts des konkreten Gesundheitsschadens mangeln.⁵¹

Die Leistungskürzung oder Rückforderungen stehen im pflichtgemäßem Ermessen der Krankenkassen, wobei sie im Einzelfall die Interessen des

44 Prehn, NZS 2010, 260, 263.

45 Heberlein, in: Rolfs u. a., BeckOK-SozR, 76. Ed. 2025, SGB V § 52 Rn. 1.

46 Lang, in Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 1.

47 Schifferdecker, in BeckOGK, Stand Mai 2025, § 52 Rn. 3.

48 Daneben gibt es jedoch § 34 SGB V, der bestimmte verschreibungspflichtige Arznei- oder nicht verschreibungspflichtige Bagatellarznei-, Heil- bzw. Hilfsmittel pauschaliert vom Leistungsanspruch ausnimmt: Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 162.

49 Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 2; SächsLSG, Urt. v. 09.10.2002 – L 1 KR 32/02, BeckRS 2002, 17099 Rn. 25. Daneben greift § 52 Abs. 1 bei Hinzuziehung einer Krankheit bei einem vorsätzlichen bzw. fahrlässigem Verbrechen oder einer vorsätzlichen Ordnungswidrigkeit. Diese Variante soll hier nicht näher untersucht werden.

50 SächsLSG, Urt. v. 09.10.2002, BeckRS 2002, 17099 Rn. 25.

51 Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 2.

Einzelnen mit denen der Versichertengemeinschaft abwägen müssen.⁵² Dies geschieht durch Verwaltungsakt der Krankenkassen.⁵³

Gleichwohl läuft der Anwendungsbereich des Absatzes 1 wegen Beweisschwierigkeiten faktisch leer: Denn die Norm setzt Vorsatz zwischen der konkreten Handlung sowie dem Erfolgseintritt (Krankheit) als auch Kausalität zwischen Handlung und Erfolg voraus. Dies wird aber meistens selbst bei außergewöhnlich gesundheitsgefährdendem Verhalten fehlen, da auch dort der Betroffene auf das Ausbleiben des Erfolges vertrauen wird.⁵⁴ Hinzu kommt, dass womöglich bei einem Unfall ein Kausalzusammenhang zu den damit eintretenden Gesundheitsfolgen besteht, ansonsten sind Krankheiten jedoch multifaktoriell, eine genaue Ursache ist zwischen Umweltfaktoren, genetischer Veranlagung, Gesundheitsverhalten des Betroffenen und Wechselwirkungen nicht auszumachen.⁵⁵ Ein Nachweis jahrelanger, mitunter wechselnder Ursachenzusammenhänge ist kaum möglich und würde für die Krankenkassen einen enormen Verwaltungsaufwand bedeuten, der mit einem Nachweis- und Kontrollregime arbeiten müsste, das erhebliche rechtliche und ethische Bedenken schüren würde.⁵⁶

bb. § 52 Abs. 2 SGB V

Abs. 2 der Norm greift bei den abschließend aufgezählten Maßnahmen.⁵⁷ Voraussetzung ist, dass diese medizinisch nicht indiziert sind.⁵⁸ Gemeint sind einige Beispiele der „wunscherfüllenden Medizin“. Dieser Begriff umfasst sämtliche nicht medizinisch indizierte Maßnahmen am menschlichen Körper mit dem Ziel der Optimierung; d. h. es geht nicht darum, Krankheiten zu vermeiden, sondern den menschlichen Körper zu einem ver-

52 Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 6.

53 Prehn, NZS 2010, 260, 264.

54 Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 2; Huster, Ethik Med 2010, 289, 293; Berry, in: Ammann u. a., Verantwortung und Recht, 2022, S. 377, 384.

55 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 187.

56 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 187 f.

57 Zum abschließenden Charakter: Prehn, NZS 2010, 260, 262; Schifferdecker, in: Rolfs u. a., BeckOGK-SGB, Stand: 15.05.2023, SGB V § 52 Rn. 32.

58 Dafür, dass es dieser Einschränkung bei Piercings und Tätowierungen nicht bedarf, da diese in der Regel nicht medizinisch indiziert sind: Prehn, NZS 2010, 260, 264.

meintlichen Idealbild zu formen.⁵⁹ Da Piercings und Tätowierungen keine Krankheiten darstellen, sind sie nur über Abs. 2 zu erfassen.⁶⁰ Gemeinsam ist der medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, dem Piercing und der Tätowierung, dass diese wesentliche Bedingung für die behandlungsbedürftige Krankheit sein müssen.⁶¹

Bei der Sanktionierung dieser enumerativ aufgezählten drei Maßnahmen besteht nicht nur die Gefahr der Entsolidarisierung, sondern zudem ein Gleichheitsproblem mit Art. 3 Abs. 1 GG, da es zahlreiche, stellenweise gravierendere Körpermodifikationen gibt als die aufgezählten Varianten.⁶² Dabei hat die Krankenkasse hier kein Entschließungsermessen, sondern muss bei Vorliegen der Voraussetzungen Leistungskürzungen oder Rückforderungen durchführen – nur hinsichtlich der Höhe besteht ein Auswahlermessen. Diese gebundene Entscheidung steht im starken Widerspruch zu den im Unwertgehalt deutlich intensiveren Fällen aus Abs. 1, bei denen die Krankenkasse zugleich Entschließungsermessen hat.⁶³

cc. Fazit de lege lata

Bei § 52 SGB V ist Eigenverantwortung als Euphemismus für eine Kostenbeteiligung zu verstehen.⁶⁴ Hintergrund ist, dass sich die Solidargemeinschaft dem Gedanken nach grundsätzlich selbst finanzieren soll und der

59 Prehn, NZS 2010, 260, 260.

60 Heberlein, in: Rolfs u. a., BeckOK-SozR, 76. Ed. 2025, SGB V § 52 Rn. 5. Krankheit ist dabei als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

61 BSG, Urt. v. 27.08.2019 – B 1 KR 37/18 R, NJW 2020, 708, 709, Rn. 10.

62 Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 8a; Pernice-Warnke, NZS 2023, 441, 444; aA Schifferdecker, in: Rolfs u. a., BeckOGK-SGB, Stand: 15.05.2023, SGB V § 52 Rn. 35 f. Zwar handele es sich bei den nur drei aufgezählten Maßnahmen um eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Körpermodifikationen, gleichwohl sei die Ungleichbehandlung sachlich gerechtfertigt, denn diese stellen die am häufigsten verkommenen Erscheinungsformen dar.

63 Ebenso Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 52 Rn. 8a; Prehn, NZS 2010, 260, 266; aA Schifferdecker, in: Rolfs u. a., BeckOGK-SGB, Stand: 15.05.2023, SGB V § 52 Rn. 40.

64 Ähnlich im Ergebnis Wolf, Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, 2010, S.163, wonach die Änderungen im SGB V hin zu mehr Eigenverantwortung in der schlichten Finanzmittelbeschaffung der GKV zu sehen sei.

Staat sich nicht nach Belieben verschulden darf.⁶⁵ Dabei explodierten die Kosten der GKV in den vergangenen Jahren angesichts des demografischen Wandels, technologischen Fortschritts und eines Einnahmewegbruchs infolge der Zunahme nicht regulärer Beschäftigungsformen, weshalb sie bereits mit Milliarden aus Bundeszuschüssen unterstützt werden muss.⁶⁶

Keinesfalls darf mangelndes Selbstverschulden als Zugangsvoraussetzung für die Behandlung avancieren – es darf weiterhin nicht einmal zu einem Priorisierungskriterium in Bezug auf die Behandlung bestimmt werden.⁶⁷ Dies liegt einerseits daran, dass in einem akuten Notfall die Beweislage nicht voll ausgewertet werden kann, andererseits darf kein Leben dem anderen vorgezogen werden.⁶⁸ Zwar sind von Art. 2 Abs. 1 GG auch selbst gefährdende Handlungen umfasst, jedoch können aus den Folgen Lasten für das Gemeinwesen wie den Sozialversicherungen resultieren, sodass Einschränkungen nicht grundsätzlich verwehrt sind, auch wenn Dritte nicht unmittelbar gefährdet werden.⁶⁹ Wegen dieses Rechtes auf selbstschädigendes und damit gesundheitsschädliches Verhalten, ist der Gesetzgeber gehalten, hinsichtlich der Lebensstile und -entscheidungen der Einzelnen Neutralität walten zu lassen, solange nicht die Interessen Dritter oder der Allgemeinheit betroffen werden.⁷⁰ § 52 SGB V wahrt zwar diese verfassungsrechtlichen Grenzen noch, ist aber wegen seines engen Anwendungsbereiches und der Verpflichtung des Arztes zur Weitergabe der Informationen an die Krankenkasse (§ 294a SGB V) unter Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht zu hinterfragen und ggf. komplett zu streichen.

65 Berry, GesR 2022, 205, 206.

66 Berry, GesR 2022, 205; Remmers, in: *Bittingmayer/Sahrai/Schnabel*, Normativität und Public Health, 2009, S. III.

67 Pernice-Warnke, NZS 2023, 441, 443 plädiert dafür, die Beiträge der GKV zu modifizieren und die Höhe der übernommenen Behandlungskosten von risikobehaftetem Verhalten abhängig zu machen. Zum medizinethischen Konsens keiner „Bestrafung“ von Gesundheitsverhaltens durch Vorenthaltung von Behandlungen: *Buyx*, Ethik Med (2010), 22, 221, 222.

68 Pernice-Warnke, NZS 2023, 441, 443; BVerfG, Urt. v. 25.02.1975 – 1 BvF 1/74 u.a., BVerfGE 39, 1, 59.

69 *Di Fabio*, in: *Dürig/Herzog/Scholz*, GG-Kommentar, 106. EL: 2024, Art. 2 Abs. 1 Rn. 50.

70 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 180.

b. Verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten de lege ferenda

„Eigenverantwortung“ ist Teil der Idee eines neuen Sozialmodells und bedeutet einen Rückzug des Staates aus den sozialen Sicherungssystemen, wohingegen „Solidarität“ und „soziale Verantwortung“ für den Erhalt sozialstaatlicher Ansprüche stehen und damit Symbole des „alten“ Sozialsystems sind.⁷¹ Nach dieser Logik geht die Zunahme der Eigenverantwortung zwingend mit der Abnahme der Solidarität einher. Beide Prinzipien scheinen einander auszuschließen.

Es gibt zahlreiche verschiedene Ansatzpunkte, wie Eigenverantwortung in Zukunft ausgestaltet werden könnte. Unabhängig von der jetzigen rechtlichen Ausgestaltung sollen drei Grundströmungen knapp vorgestellt und ein konkreter Vorschlag von *Buyx* dargelegt werden.

Beim *Glücksegalitarismus* wird Eigenverantwortung im Sinne von Selbstverschulden als einziges Zuteilungskriterium im Gesundheitswesen benannt. Selbstverschuldete Krankheiten sind vom Betroffenen selbst zu tragen, nur für unverschuldete Defizite soll die Gemeinschaft aufkommen.⁷² Hintergrund ist, dass niemand durch reines Glück oder Pech, das er nicht zu verantworten hat, besser oder schlechter gestellt werden soll.⁷³ Die Bewältigung der Folgen von selbstbestimmt gewähltem Handeln obliegt allein dem Individuum, wie die Kosten der Versorgung nach Unfallfolgen nach riskantem Fahrverhalten.⁷⁴ Diese Theorie ist indes zu einseitig, indem sie andere Verteilungskriterien wie einen medizinischen Bedarf schlicht ignoriert und damit zu ungerechten Ergebnissen führt.⁷⁵

Liberal-libertäre Ansätze orientieren sich zu sehr am Markt, indem sie nur eine Minimalversorgung finanzieren wollen und für alle anderen Bereiche die Betroffenen in die Eigenverantwortung entlassen. Dies entzieht denjenigen die Chance auf medizinische Versorgung, die wenige oder gar keine Mittel besitzen.⁷⁶

Schließlich führen auch *kommunitaristische* Ansätze, die Kosten bei einem gemeinsam finanzierten Gesundheitssystem einsparen wollen, indem man sich von teuren Behandlungen abwendet, die nur wenigen nut-

71 Weyers, in: *Dollinger/Raithel*, Aktivierende Sozialpädagogik, 2006, S. 218.

72 Schmidt-Petri, Glücksegalitarismus im Gesundheitswesen, 2011, S. 1, 5; *Buyx*, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512.

73 Schmidt-Petri, Glücksegalitarismus im Gesundheitswesen, 2011, S. 1, 5.

74 *Buyx*, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512.

75 *Buyx*, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512, 1513.

76 *Buyx*, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512 f.

zen, hin zur Versorgung von „Volkskrankheiten“ nicht weiter.⁷⁷ Denn damit erhalten Personen mit seltenen Erkrankungen keine Behandlungschancen, da sie eine große Belastung für die Solidargemeinschaft darstellen. Das Allgemeinwohl hat hier Vorrang, Eigenverantwortung kann sich in individuellem gesundheitsförderndem Verhalten zeigen.

Keiner der Ansätze stärkt die Eigenverantwortung in der Weise, dass er sinnvollerweise auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar wäre. Differenzierter ist der Ansatz, wonach ein *zweistufiges Versorgungssystem* etabliert wird. Dabei wird eine Liste mit Krankheiten erstellt, die in kausal relevanter Weise auf dem Verhalten des Einzelnen beruhen. Die Betroffenen bekämen beim Vorliegen einer solchen Krankheit nur eine Basisbehandlung; teure diagnostische Verfahren würden dort nicht zur Verfügung stehen.⁷⁸ Alle bekämen dann noch eine Behandlung, unabhängig vom Verhalten; nur teure Verfahren würden nicht mehr von der Solidargemeinschaft finanziert. Dies kann nur solche Krankheiten umfassen, bei denen die Krankheitsursache nachvollziehbar ist und nicht auf multifaktoriellen Ursachen beruht. Dabei wird jedoch keine Krankheit als Beispiel genannt. Auch die vermeintlich naheliegenden Fälle wie Adipositas, Lungenkrebs durch starkes Rauchen oder das maligne Melanom durch zu viel Sonneninstrahlung können multifaktorielle Ursachen (z. B. genetische) haben und dienen nicht zur Etablierung eines zweistufigen Versorgungssystems.

4. Soziale Ungleichheit

Es ist unklar, inwieweit der Einzelne für sein Verhalten und seine gesundheitlichen Lebensgewohnheiten verantwortlich gemacht werden kann. Ernährungsangewohnheiten und Bewegungsverhalten weisen häufig Suchtcharakter auf und werden durch Ursachen wie Armut in der Kindheit gelegt, auf die der Einzelne keinen Einfluss ausüben kann.⁷⁹ Elementares Problem der Verbindung beider Prinzipien sind die tatsächlichen Gegebenheiten in Form von sozialen Ungleichheiten. Nicht alle Personen sind in der Lage, eigenverantwortliche Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Menschen aus sozial benachteiligten Schichten leiden häufiger unter

77 Buyx, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, 1512 f.

78 Buyx, in: Rauprich/Marckmann/Vollmann, Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, 2005, 332.

79 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 185 f.

schlechten Arbeitsbedingungen, die sie nicht kontrollieren können. Hinzu kommen geringere Bildungsniveaus und fehlender Zugang zu gesunden Lebensmitteln. Damit bestehen nicht nur rechtliche Herausforderungen, ab wann etwas als grob fahrlässig oder vorsätzlich einzuordnen ist. Vielmehr kommen hier ethische und soziale Herausforderungen hinzu.

Aktuelle politische Forderungen nach Eigenverantwortung ignorieren bekannte Tatsachen, wonach nicht die persönliche Leistung, sondern die soziale Lage den individuellen Gesundheitszustand bestimmt.⁸⁰ Benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden doppelt bestraft: Einerseits werden sie überdurchschnittlich häufig krank, andererseits werden sie auch selten in Entscheidungsprozesse miteinbezogen.⁸¹ Eine Beteiligung an den Kosten der Krankenbehandlung könnte dazu führen, dass sinnvolle oder sogar notwendige Leistungen nicht oder zu spät durchgeführt werden, was das Gesundheitssystem später auch mittelbar belasten würde; zudem würden soziale Ungleichheiten verstärkt, da solche unterbliebenen Behandlungen hauptsächlich bei den ärmeren Bevölkerungsschichten anzutreffen wären.⁸²

Eigenverantwortung zu fordern und durchzusetzen, ohne soziale Ungleichheiten zu beseitigen, kann zur Aushöhlung der Solidargemeinschaft führen und damit zu einer Vertiefung bestehender Ungleichheiten. Konsequent zu Ende gedacht, würde mit der umso größeren Betonung der Eigenverantwortung das Gesundheitssystem Gefahr laufen, sich abzuschaffen: Nur die gesunden Leistungserbringer dürfen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, bedürfen dieser aber nicht, und die Kranken benötigen diese, haben jedoch ihre Rechte darauf verwirkt.⁸³

Konsens ist, dass Personen wegen individueller Unterschiede bzgl. Veranlagung, Risikoverhalten und persönlicher Entwicklung keinen gleichen Gesundheitszustand aufweisen können, dass aber jede Person die gleichen Gesundheitschancen besitzen sollte.⁸⁴

Gesundheit und Krankheit hängen in hohem Maße vom sozialen Status der Personen ab. Dies wird als ungerecht wahrgenommen, denn Morbidität

⁸⁰ Schmidt, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 2010 (46), 51.

⁸¹ Schmidt, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 2010 (46), 51.

⁸² Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 168 f.

⁸³ Schmidt, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 2010 (46), 51, 53.

⁸⁴ Ahrens, Das Gesundheitswesen 2004 (66), 213, 215.

und Mortalität aufgrund sozialer Faktoren gilt als vermeidbar.⁸⁵ Die Bevölkerungsgruppe mit dem größten Erkrankungsrisiko, frühzeitig chronisch eingeschränkt zu sein und zu sterben, verfügt über die geringsten Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung.⁸⁶ Das Beharren auf Eigenverantwortung macht den Einzelnen für „Faktoren verantwortlich, die sich in seinem Lebenslauf zu günstigen oder ungünstigen Einflüssen kumulieren“⁸⁷

a. Verantwortungszuweisungen (noch) unsachgemäß

Das Gesundheitswesen ist – anders als etwa das Rechtswesen – ein weniger formalisiertes System, indem erst noch im gesellschaftlichen Diskurs ausgehandelt werden muss, wem Verantwortung zugewiesen werden kann.⁸⁸ Die Diskursmacht entscheidet über den Aushandlungsprozess, an dem benachteiligte Gruppen nicht partizipieren. Es ist ein Elitediskurs, den diejenigen dominieren, die über ausreichende ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen verfügen und bereits ihre Gesundheit ausreichend managen können.⁸⁹

Die benachteiligte Bevölkerungsgruppe gilt als gesundheitliche Risiko-gruppe, die künftig mehr Eigenleistung erbringen soll und ihr Verhalten hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Suchtmitteln anpassen müssen.⁹⁰

Beispielsweise sind viele der gefährdenden Gesundheitsverhalten unter Männern verbreitet, gleichwohl wird nicht diskutiert, ob diese einen Risikoauftschlag tragen sollen.⁹¹ Es ist ungerecht, Einzelne für etwas verantwortlich zu machen, für das sie nichts können.⁹² Es werden überdies immer dieselben Verhaltensweisen herausgegriffen, nicht aber etwa die Arbeitsbelastung, die man sich zumutet.⁹³ Zwar mag die eigene Gesundheit

85 Ahrens, Das Gesundheitswesen 2004 (66), 213, 215.

86 Ahrens, Das Gesundheitswesen 2004 (66), 213, 216.

87 Goertz, *Ethica* 13 (2005), 339, 344.

88 Schmidt, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 2010 (46), 51, 54.

89 Schmidt, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 2010 (46), 51, 54.

90 Schmidt, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 2010 (46), 51, 55.

91 Männer sind nach wie vor Verantwortungszuweiser und bekommen keine Verantwortung zugewiesen: Schmidt, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 2010 (46), 51, 55.

92 Goertz, *Ethica* 13 (2005), 339, 344.

93 Goertz, *Ethica* 13 (2005), 339, 344.

in Grenzen beeinflussbar sein, aber die notwendige Selbstkompetenz zur Befähigung im Umgang mit Gesundheit oder Krankheit sind nicht allein im Einzelnen verankert.⁹⁴

b. Neues Begriffsverständnis

Nicht jedes gesundheitsschädliche Verhalten kann als unsolidarisch angesehen werden. Es wird regelmäßig an einer Schädigungsabsicht der Solidargemeinschaft fehlen, zumal dringendere Fragen in den Vordergrund rücken müssen, etwa inwieweit das gesundheitsschädigende Verhalten frei gewählt und zurechenbar ist.⁹⁵ Die Begriffe der „Solidarität“ und „sozialen Gerechtigkeit“ werden zunehmend durch Leitideen der „Leistungsbereitschaft“ und „Eigenverantwortung“ abgelöst.⁹⁶

Verantwortung und Verantwortlichkeit werden bisweilen synonym genutzt, meinen aber Verschiedenes: Während sich „Verantwortung“ auf die Zuschreibung der Zuständigkeit für Handlungen bzw. Aufgaben bezieht, bezeichnet „Verantwortlichkeit“ demgegenüber die Zuschreibung an eine Person, die Fähigkeit zu besitzen, bestimmten Verantwortungen gerecht zu werden.⁹⁷ Während sich Verantwortung auf Handlungen bzw. Aufgaben bezieht, stellt Verantwortlichkeit auf Eigenschaften bzw. Fähigkeiten einer Person ab.⁹⁸ Erst eine Eigenmächtigkeit unter solidarischer Absicherung statt Eigenverantwortung ermöglicht ein sozial gerechtes sowie subjektiv definiertes Wohlbefinden.⁹⁹ Auf dem Weg zur Eigenverantwortlichkeit kann der Staat versuchen, die Einzelnen in die richtige Richtung zu „schubsen“ (engl. „nudging“). Für die Zulässigkeit muss von einer Rechtfertigung ausgegangen werden, dass menschliches Verhalten so beeinflusst werden darf, dass die daraus resultierenden Entscheidungen das menschliche Wohlergehen (hier: Gesundheit) fördern werden.¹⁰⁰

94 Goertz, *Ethica* 13 (2005), 339, 345.

95 Süß, *Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin*, 2014, S. 198.

96 Weyers, in: *Dollinger/Raithel*, *Aktivierende Sozialpädagogik*, 1. Aufl. 2006, S. 217.

97 Weyers, in: *Dollinger/Raithel*, *Aktivierende Sozialpädagogik*, 1. Aufl. 2006, S. 217, 219.

98 Weyers, in: *Dollinger/Raithel*, *Aktivierende Sozialpädagogik*, 1. Aufl. 2006, S. 217, 219 f.

99 Schmidt, *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 2010 (46), 51.

100 Zu den Vor- und Nachteilen eines solchen libertären Paternalismus: *Buyx, Ethik Med* (2010) 22, 221, 226 ff.

5. Fazit

Eigenverantwortung ist derzeit ein noch zahnloser Tiger, der bei Zusitzungen in Zukunft soziale Ungleichheiten verschärfen könnte. Denn die Fähigkeiten für eigenverantwortliches Handeln sind sozial ungerecht verteilt: Ungesunde Lebensstile und ungesunde Lebensweisen sind in einkommensschwachen Milieus überrepräsentiert.¹⁰¹ Dass noch immer Forderungen nach Eigenverantwortung erhoben werden, geschieht gegen jede empirische Beweiskraft.¹⁰²

Nicht nur aus rechtlicher Sicht sind Leistungsbeschränkungen oder Ausschlüsse von Krankenbehandlungen abzulehnen, denn sie verstößen gegen das verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Selbstschädigung, sind unverhältnismäßig und können gegen das Gleichheitsgebot aus Art. 3 Abs. 1 GG verstößen.¹⁰³ Auch aus ethischer Sicht sollte kein Gesundheitsverhalten derart sanktioniert werden, dass nur noch eine schlechtere oder gar keine Behandlung erfolgt. Auch die derzeitige Möglichkeit der Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V ist wegen des geringen Anwendungsfeldes und der in Absatz 2 „herausgepickten“ drei Varianten problematisch. Auch die Einnahmen bei Selbstverschulden durch § 52 SGB V i. H. v. knapp unter 1 Mio. Euro im Jahr 2021 bei allen gesetzlichen Krankenversicherungen¹⁰⁴, erscheinen angesichts der jährlich anfallenden Kosten (2024: rund 327 Mrd. Euro)¹⁰⁵ vernachlässigbar.

Der Ruf nach Eigenverantwortung führt mittelbar zur Schwächung des Solidarprinzips, indem nicht mehr alle Krankheiten solidarisch von der Versichertengemeinschaft getragen werden. Eine solche undifferenzierte und unspezifische Forderung nach Eigenverantwortung verkennt, dass

101 Berry, in: Ammann u. a., Verantwortung und Recht, 2022, S. 377, 390.

102 Schmidt, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 2010 (46), 51, 52.

103 Süß, Die Eigenverantwortung gesetzlich Krankenversicherter unter besonderer Berücksichtigung wunscherfüllender Medizin, 2014, S. 198.

104 BMG-Statistik „Gesetzliche Krankenversicherung, Endgültige Rechnungsergebnisse 2021“, S. 4, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2021_KA_bf.pdf (zuletzt abgerufen am 1.8.2025). In den darauffolgenden Jahren finden sich dazu keine ausgewiesenen Zahlen mehr in den Rechnungsergebnissen.

105 BMG-Statistik „Gesetzliche Krankenversicherung, Vorläufige Rechnungsergebnisse 2024“, S. 16: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4._Quartal_2024_Internet.pdf (zuletzt abgerufen am 1.8.2025).

Kompetenzen und Ressourcen ungerecht verteilt sind. Bevor eine solche Eigenverantwortung gefordert wird, muss Eigenverantwortlichkeit überhaupt ermöglicht werden.¹⁰⁶ Dafür muss der Staat sorgen, dessen Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger in § 1 SGB V keinerlei Erwähnung findet.¹⁰⁷ Nur mit dem Verständnis von Solidarität und Eigenverantwortung, die zunächst Eigenverantwortlichkeit voraussetzt, könnten sich beide Prinzipien eines Tages ergänzen. Dann können Diskussionen starten, wie Eigenverantwortung in der GKV so genutzt werden kann, wie „andernorts risikoäquivalente Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse und Obliegenheiten“¹⁰⁸. Denn sowohl die Solidarität als auch die Eigenverantwortung sind nicht-statische Gestaltungsprinzipien der GKV, die anhalten den Reformprozessen und Gesetzespielräumen unterliegen, die ein anderes Mischverhältnis beider Prinzipien aushandeln können.¹⁰⁹

106 Goertz, *Ethica* 13 (2005), 339, 350. Mit dem Hinweis, dass wenn Eigenverantwortlichkeit nicht gestärkt wird, Eigenverantwortung Gefahr läuft zum Matthäus-Prinzip zu werden: „Denn wer hat, dem wird gegeben, und er wird im Überfluss haben; wer aber nicht hat, dem wird auch noch weggenommen, was er hat.“ (Mt. 25, 29).

107 Ohne Wertung feststellend: Beck, in BeckOGK, Stand Mai 2025, SGB V, § 1 Rn. 9.

108 Zitat nach Wolf, *Das moralische Risiko der GKV im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung*, 2010, S. 276.

109 Börner, in Betzelt/Fehmel, *Deformation oder Transformation*, 2022, S. 59.

