

Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Thema hatte schon einmal Konjunktur; die Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes 1996 stand unter dem Dachthema „Individualverantwortung im Sozialversicherungsschutz“. ¹ Auch der Sachstandsbericht 1994 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit dem Titel „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ enthielt den Untertitel „Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen“. Vorangegangen war eine Tagung der Konrad-Adenauer-Stiftung im Jahre 1981, die dem Gegenstand „Selbstverantwortung in der Solidargemeinschaft“ gewidmet war; die Referate sind in einem Tagungsband mit demselben Titel veröffentlicht. Auf der Jenaer Staatsrechtslehrertagung im Jahre 2003 schließlich war ein Beratungsthema „Sozialstaatlichkeit im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Fürsorge“. ² Es ist nicht bekannt, dass diese Beratungen und Stellungnahmen unter dem Aspekt der Eigenverantwortung erwähnenswerte praktische Folgen gezeitigt hätten.

■ Friedrich E. Schnapp

1. Allgemeines

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zunächst – und das hat sie mit den anderen Teilsystemen gemein –, dass keine Entscheidungsfreiheit in der Frage besteht, ob man einer Versicherungsgemeinschaft überhaupt angehören will: Wer die Tatbestandsmerkmale der §§ 5 und 10 SGB V erfüllt, der ist versichert. Freiwillig Versicherte, die „der Versicherung beitreten“ können (§ 9 SGB V), sind nur hierin frei, unterliegen danach aber – abgesehen von der alleinigen Tragung der Beiträge (§ 250 Abs. 2 SGB V) – den gleichen Konditionen wie die Pflichtversicherten. Mittlerweile stehen annähernd 90 v. H. der deutschen Wohnbevölkerung unter dem Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts dessen gelangen manche Beobachter zu dem Schluss, dass sich unser Krankenversicherungssystem bereits „auf dem Wege zur Volksversicherung“ befindet.³ Das wird durch die Entwicklung bestätigt: Während bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr als 10 % der Einwohner versichert waren, stieg der Anteil bis 1895 auf 14,4 %, im Jahre 1900 auf ca. 20 %, 1955 auf 48 %⁴. War die gesetzliche Krankenversicherung bei ihrer Einführung vornehmlich ein Instrument zur Armutsbekämpfung, so entwickelte sie sich alsbald zu einer Vollversicherung gegen das Krankheitskostenrisiko und gegen arbeitsunfähigkeitsbedingte Einkommensausfälle. Mittlerweile ist sie eine „Einrichtung der staatlich institutionalisierten, parafiskalisch organisierten Daseinsvorsorge, ein typisches Instrument des entwickelten Wohlfahrtsstaates.“⁵

Prof. (em.) Dr. Friedrich E. Schnapp, bis 2005 geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialrecht, Ruhr-Universität Bochum

Dem folgt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, das bislang noch jede Ausweitung des Personenkreises gutgeheißen hat. Schon in seiner Entscheidung zum Kindergeldgesetz aus dem Jahre 1960 hat es betont, dass die Beschränkung auf Arbeitnehmer und auf soziale Notlagen nicht zum „Wesen“ der Sozialversicherung gehört.⁶ Der tatsächlichen Entwicklung hat es offenbar entnommen, dass es auf eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit der zu Versicherten nicht (mehr) ankommt.⁷ In diesen Sog geraten dann auch Beitragsschuldner, die selbst nicht in die Versicherung einbezogen sind und auch sonst keine Vorteile hieraus ziehen.⁸ Nicht nur auf diese Weise ist die Sozialversicherung neben der Steuer zum zweiten Instrumentarium der Einkommens-Umverteilung geworden.⁹

2. Gesetzliche Aussagen zum Topos „Eigenverantwortung“

In § 1 SGB V mit der amtlichen Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“ heißt es in Satz 2: „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.“ Was hier so vollmundig daherkommt, ist ein sanktionsloser Programmsatz mit Appellcharakter,¹⁰ wie sich einer Sichtung des Gesetzes entnehmen lässt. So sind etwa Beitragsabstufungen nach dem versicherten Risiko in der gesetzlichen Krankenversicherung unzulässig.¹¹ Auch ist prinzipiell unerheblich, wie oft und wie kostenintensiv ein Versicherter Leistungen in Anspruch nimmt.¹²

Welche Beiträge zu entrichten sind und wie sie sich errechnen, ist abschließend in den §§ 241 bis 248 SGB V geregelt. Der Beitragssatz ist in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 226 ff. SGB V iVm §§ 14 ff. SGB IV) festgesetzt; die Höhe des Beitrags ist also im Normalfall¹³ ausschließlich einkommensabhängig.

Nur in wenigen Fallgruppen kommt es zur Leistungsbeschränkung oder -versagung. (1) Eine „angemessene Beteiligung“ an den Leistungskosten kann (!) die Krankenkasse vom Versicherten verlangen, wenn er sich die Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihm begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen hat (§ 52 SGB V).¹⁴ Während das Krankengeld versagt oder zurückgefordert werden kann, muss die Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) gewährt werden. (2) Des weiteren treffen die Versicherten die sog. Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I¹⁵, deren Nichterfüllung zur gänzlichen oder teilweisen Versagung oder Entziehung der Leistung führen kann.¹⁶ Allerdings finden die Mitwirkungs-„pflichten“ Grenzen (§ 65 SGB I), die ihren Grund letztlich im Übermaßverbot haben. Auch kann der Versicherte die Mitwirkung nachholen (§ 67 SGB I), die vermeintliche „Sanktion“ mutiert zu einem bloßen Zurückbehaltungsrecht.¹⁷ Im übrigen ist das, was so drohend als Mitwirkungspflicht daherkommt (Untersuchungen, Heilbehandlung), nichts anderes, als der Versicherte normalerweise begehrt. Will der Versicherungsträger die Leistung versagen oder entziehen, muss er überdies den in § 66 SGB I vorgeschriebenen „Dreierakt“ einhalten.¹⁸ Dieses Instrumentarium erweist sich in der Praxis nicht selten als stumpfes Schwert; erfindungsreiche Versicherte können die Verfahrensmodalitäten nutzen, um längere Zeit ungerechtfertigt Leistungen zu beziehen,¹⁹ zumal dann, wenn die Versicherungsträger Formfehler begehen.

Ansonsten sind dem Sozialrecht die Figuren des Verschuldens und des Mitverschuldens fremd. In der gesetzlichen Unfallversicherung schließt sogar verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht aus (§ 7 Abs. 2 SGB VII). In Ausnahmefällen kann allerdings das Verhalten in so hohem Maße unvernünftig sein, dass die Rechtsprechung in Grenzfällen den Versicherungsschutz versagt.²⁰ Das entlastet freilich nur den Träger der Unfallversicherung; die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt davon unberührt.²¹

3. Eigenverantwortung im „System“

Ansonsten stellt das „System“ keine sonderlichen Anforderungen an die Eigenverantwortung der Versicherten. Das beginnt bereits bei der Zahlung der Beiträge. Alle Sozialversicherungsbeiträge für einen versicherungspflichtig Beschäftigten werden als Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle (=Krankenkasse: § 28 i SGB IV) gezahlt (§ 28 d S. 1 SGB IV). Zahlungspflichtig ist allein der Arbeitgeber (§ 253 SGB V in Verbindung mit § 28 e Abs. 1 Satz 1 SGB IV), ihn trifft mithin die Zahlungsverpflichtung als originär eigene Schuld.²² Diese ist öffent-

lich-rechtlich ausgestaltet und keiner Disposition zugänglich, kann also nicht – wie dies im Zivilrecht möglich ist – vertraglich abbedungen und etwa auf den versicherten Arbeitnehmer abgewälzt werden.²³ Selbst für den Fall der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers kann die Entrichtung des Beitrags nicht dem Versicherten abverlangt werden.²⁴ Im Regelfall *zahlt* der Arbeitgeber allein; den auf ihn entfallenden hälftigen Teil hat er zu *tragen* (§ 249 Abs. 1 SGB V). Ein Einzelnachweis je Arbeitnehmer findet bei der Erstellung des Beitragsnachweises nicht statt;²⁵ damit aber lässt sich weder der Arbeitgeber noch der Arbeitnehmeranteil einem einzelnen Versicherten zuordnen.²⁶ Der Versicherte erleidet gleichwohl keinen Nachteil, wenn die Beiträge nicht abgeführt werden: Voraussetzung für Leistungsansprüche ist die Mitgliedschaft (arg. § 19 SGB V) oder die Versicherteneigenschaft. Meldung und Beitragsabführung sind für den Versicherungsschutz nicht konstitutiv.²⁷ Diese gesetzlichen Vorkehrungen dienen also dem Schutz des Versicherten für den Fall, dass sein Arbeitgeber die Beiträge nicht ordnungsgemäß entrichtet hat;²⁸ sie machen zugleich deutlich, dass der Versicherungsschutz insbesondere von der effektiven Beitragsentrichtung durch den Arbeitgeber unabhängig ist.²⁹ Um all das braucht sich der Versicherte aber nicht zu kümmern.

Auch Art und Weise der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hängen nicht von den Beiträgen ab;³⁰ vielmehr richten sie sich nach dem Behandlungsbedarf und sind standardisiert. Ausgangspunkt ist das die gesetzliche Krankenversicherung beherrschende Sach- oder Naturalleistungsprinzip.³¹ Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit „dieses Buch“ nichts Abweichendes vorsieht. Wichtige Anwendungsfälle sind ärztliche Behandlung und Krankenhausbehandlung, welche die Krankenkassen den Versicherten „zur Verfügung stellen“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Geldleistungen wie das Krankengeld (§ 44 SGB V) spielen nur eine marginale Rolle: Auf dieses entfallen nur ca. 6 % der Gesamtausgaben.³²

Im Bereich der Gesundheitsleistungen haben die Krankenkassen eine lediglich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot modifizierte umfassende Leistungspflicht.³³ Was die Versicherten erhalten „sollen“, wird durch ein detailliertes Regelwerk gesteuert. Ausgangspunkt ist das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dieser Rahmen wird ausgefüllt durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91, 92 SGB V).³⁴ Diese haben normkonkretisierende Funktion,³⁵ regeln also die Befugnisse und Verpflichtungen der Vertragsärzte bei der Leistungserbringung³⁶ und wirken im Arzt-Patientenverhältnis als „faktische Behandlungsgrenzen“. ³⁷ In Bezug auf die Versicherten haben sie „anspruchsgestaltende Wirkung“³⁸ und zeigen diesen, was das „System“ für sie bereithält.³⁹ Was über diesen Rahmen hinausgeht, können Versicherte nicht beanspruchen: Es gibt keinen unter Berufung auf ein

Grundrecht und mit der Verfassungsbeschwerde verfolgbarer Anspruch auf Bereitstellung bestimmter Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.⁴⁰ Damit hat das Bundesverfassungsgericht einer Erwartungshaltung nach dem Motto „Alles für alle“⁴¹ einen Riegel vorgeschoben.

Neben die Richtlinien tritt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM: § 87 SGB V), der ein Verzeichnis der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen enthält: Was in ihm nicht aufgeführt ist, darf der Vertragsarzt nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechnen.⁴² Den so abgesteckten Rahmen kann der Versicherte nicht von sich aus beeinflussen. Die Möglichkeit, durch höhere Beiträge ein Mehr an Leistungen „einzukaufen“, ist verschlossen, da Arten und Höhe der Beiträge in den §§ 241 ff. SGB V abschließend geregelt sind⁴³ und das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich dispositionsfeindlich ist.⁴⁴

4. Selbstbeteiligung und verwandte Erscheinungen

Das im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschende Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 SGB V) erfährt punktuelle Durchbrechungen durch Selbstbeteiligungen der Versicherten. Diese können unterschiedlich ausgestaltet sein; so kennt das Gesetz Zuzahlungen der Versicherten oder Zuschüsse der Krankenkassen.⁴⁵ Diese Erscheinungen werden gern – so in amtlichen Gesetzesbegründungen – als Ausdruck von Eigenverantwortung etikettiert.⁴⁶ Das freilich erweist sich als verbrämender Etikettenschwindel: (Eigen-)Verantwortung setzt Freiheit voraus, und zwar im Sinne eines Sich-Entscheiden-Könnens zwischen Handlungsalternativen.⁴⁷ Davon kann bei Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. aber nicht die Rede sein. Wer Zuzahlungen erbringt, betätigt sich nicht eigenverantwortlich, sondern tut dies eher zähneknirschend – eben wegen der Alternativlosigkeit, mit der ihn ein Gesetzgeber konfrontiert, der die Kostenentwicklung kontrollieren will. Man kann nachgerade von einer verräterischen Korrespondenz von (verbal beschworener) Verantwortlichkeit und (realer) Kostentragung sprechen.⁴⁸ Es geht allein darum, den beitragsatzwirksamen Anteil der Behandlungskosten abzusinken. Hier die Eigenverantwortung beschwören, heißt Sterne in Vorhöfe zerren.

5. Risikoträchtige Lebensführung

Mit einiger Regelmäßigkeit werden Forderungen erhoben, Versicherten, die einen gesundheitsgefährdenden Lebensstil pflegen oder sog. Risikosportarten (Ski-fahren, Drachenfliegen, Autorennen) betreiben, wegen dieser Selbstgefährdung einen erhöhten Beitrag aufzuerlegen oder gar den Versicherungsschutz zu versagen. Wäre dies ein gangbarer Weg, um Kosten im Gesundheitswesen zu beschränken – der Gesetzgeber hätte ihn längst beschritten. Wollte man diesen Gedanken umsetzen, stieße man auf kaum überwindbare Schwierigkeiten: Sind jene Verhaltensweisen nicht sogar sozialadä-

quat? Vielleicht hat „der Staat“ sogar ein Eigeninteresse an ihnen, weil ihm der Alkohol- und Tabakverzehr Steuern einbringt.⁴⁹ Schon die phänotypische Ambivalenz lässt Patentlösungen als illusorisch erscheinen: Ist nicht Sport gesund? Verringert Weingenuss (in Maßen) nicht das Infarktrisiko? Probleme ergäben sich ferner bei Kausalitätsfragen und bei der Aufgabe, hinreichend bestimmte und damit rechtsstaatlichen Anforderungen genügende Tatbestände auszuformulieren. Die notwendigen Kontrollen müssten bis in die private Lebensführung hineinreichen. Vielleicht hat man auch deshalb davon abgesehen, diesen Gedanken weiter zu verfolgen, weil ein Versicherter, der sich einer erhöhten Selbstgefährdung aussetzt, seine Lebensdauer verkürzt und „unter dem Strich“ die Solidargemeinschaft weniger belastet als jemand, der gesund lebt und hochbetagt sein Leben beschließt.

6. Wahlfreiheiten

Seit 1996 haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre Kasse – abgesehen von einigen, die unter „Artenschutz“⁵⁰ stehen – frei zu wählen (§§ 173-175 SGB V). Damit hat der Gesetzgeber das ursprüngliche System der gesetzlichen Klientelzuweisung aufgegeben.⁵¹ Regelfall ist seitdem nicht mehr die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, sondern die Mitgliedschaft durch Ausübung des Wahlrechts.⁵² Letztere könnte man als Betätigung von Eigenverantwortung ansehen. Die Installierung eines solchen Instrumentariums führt jedoch in einem System, das ansonsten der Eigenverantwortung keinen erwähnenswerten Raum zugesteht, sogleich zu unerwünschten Auswirkungen: Versicherte, die in nennenswertem Ausmaß⁵³ ihre Kasse wechseln, bewegen sich „gleichsam in der Rolle ‚zappender Fernseh Zuschauer‘ durch das Beitragsprogramm der wählbaren Krankenkassen, immer auf der Suche nach dem niedrigsten Beitrag.“⁵⁴ Das verhindert nicht nur eine vorausschauend planende und solide Haushaltspolitik; solange der Beitragssatz der einzige „Wettbewerbs“-Parameter ist, verleitet dies einzelne Kassen dazu, einen im Hinblick auf die Ausgaben unrealistischen oder gar unseriösen Beitragssatz in ihrer Satzung auszuweisen. Das wiederum führt zu – im Einzelfall nicht unbeträchtlichen – Schieflagen des Haushalts und zieht dann Phänomene wie den Risikostrukturungleich (§ 266 SGB V), finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen (§ 265a SGB V) und Unterstützungsfonds zur Erfüllung von Haftungsverpflichtungen (§ 155 Abs. 5 SGB V) nach sich. Installierung und Vorhaltung solcher Einrichtungen erfordern einen beträchtlichen Verwaltungs- und damit Finanzaufwand. Auch gewöhnt man sich an Kreditaufnahmen, die Fremdkörper im System darstellen.⁵⁵

7. Schlussbemerkung

Jede solidarisch organisierte und finanzierte Pflichtversicherung vergesellschaftet das individuelle Lebensrisiko. Je vollkommener solche Systeme ausgebaut sind, umso

unsichtbarer wird zwangsläufig das Element der Eigenverantwortung. Mit dem Aufbau öffentlich organisierter Solidarität wird zugleich private Solidarität ausgehöhlt.⁵⁶ Das zivilrechtliche *casum sentit dominus* verwandelt sich zum *casum sentit societas*. Die sozialen (Ver-) Sicherungssysteme sind selbst Ausdruck staatlicher „Fürsorge“.⁵⁷ Mit ihnen wurden vormals bestehende rechtliche Verpflichtungen der Arbeitgeber abgelöst⁵⁸ oder die sozialethisch begründete „werkstätige Fürsorge“⁵⁹ des Arbeitgebers für den Arbeiter in eine Beitragslast umgewandelt. Es ging darum, gesetzliche Bestimmungen „[f]ür die Pflege des Friedens zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern“ zu finden.⁶⁰ Mit ihnen übernahm der Staat die Fürsorge in seine eigene Regie.⁶¹ Dieses Regime wurde stetig ausgebaut;⁶² die monetären Leistungen weisen mittlerweile Einkommens- und Unterhaltersatzfunktion auf.

Erfolgt die gesetzgeberische Invokation von Eigenverantwortung heute im Text einer Kodifikation, entpuppt sie sich regelmäßig als folgenloser Appell; findet sie sich lediglich in der Begründung, kaschiert sie budgetäre Not. Eröffnet der Gesetzgeber bewusst Spielräume für eigenverantwortliche Betätigung (Bsp. Kassenwahlfreiheit), so führt das zu kontraproduktiven Auswirkungen, welche vermehrten Verwaltungsaufwand und zusätzlichen Finanzbedarf auslösen.

Fazit: Der eigenverantwortliche Mensch, von dem das Grundgesetz ausgeht⁶³ – im Sozialversicherungsrecht als öffentlich organisierter Zwangssolidarität hat er keine rechte Heimstatt. Hier erscheint er vielmehr als hilfebedürftiges Mängelwesen. Eigenverantwortliches Handeln ist grundsätzlich weder möglich noch nötig, hier und da sogar unerwünscht.

Fußnoten

- 1 Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Bd. 42 (1997).
- 2 Referate von Enders (2005: 7 ff.) und Wiederin (2005: 53 ff.).
- 3 So der Titel eines Aufsatzes von Wannagat (1973: 207) Das Bundesverfassungsgericht spricht denn auch im Hinblick auf die Pflegeversicherung von einer „im Grundsatz alle Bevölkerungskreise umfassende[n] Volksversicherung.“ BVerfGE 103, 197, LS 2.
- 4 Zahlen bei Schulin (1994: Rn. 39), Schnapp/Kaltenborn (2001: 9 f.), Wannagat (1965: 71) und Wasem (1994: Rn. 33) jeweils mwN.
- 5 Wasem (1994: Rn. 48). Zum Wandel der Zielsetzung in der gesetzlichen Krankenversicherung s. a. Kistorz (1998: 107 ff.).
- 6 BVerfGE 11, 105 (113).
- 7 Pestalozza (1996: Rn. 836), Ruland (1987: 136) und Schnapp/Kaltenborn (2001: 16 ff.). Diese Einschätzung gilt jedenfalls für den kompetenzrechtlichen Aspekt des Titels „Sozialversicherung“; damit ist über die Legitimation unter grundrechtlichen Aspekten nicht entschieden. Vgl. BVerfGE 75, 108 (149); Butzer (2001: 283), Rolfs (2000: 228 ff.) und Schnapp (2003: 346 f.).
- 8 Neben den Arbeitgebern sind dies z. B. die sog. Vermarkter nach dem KSVG. Dazu BVerfGE 75, 108 und die Kritik von Isensee (1992: 31).
- 9 Dazu Adam/Henke (1994: Rn. 24 ff.).
- 10 So auch Borchert (1995: 134 f.).
- 11 BSGE 56, 259; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr. 19.
- 12 Engelhard (1994: Rn. 223).
- 13 Hier und im folgenden kann immer nur der Normalfall des gegen Entgelt abhängig beschäftigten Pflichtversicherten zugrunde gelegt werden; ein Eingehen auf Sonderfälle und Ausnahmen würde nicht nur das Bild unübersichtlich werden lassen, sondern auch den zur Verfügung stehenden Raum überschreiten.
- 14 Zum Problem: Mihm (1995: 7 ff.), Zacher (1983: 171 ff.) und Eichenhofer (2004: 100 ff.), jeweils mwN. Weit ausgreifend: Faude (1983).
- 15 Rechtlich sind sie Obliegenheiten: Kreikebohm/von Koch (2003: Rn. 158 f.).
- 16 Daneben ist etwa noch die Regelung in § 51 SGB V zu erwähnen: Bei Versicherten, die trotz Aufforderung und Fristsetzung durch ihre Krankenkasse keinen Antrag auf Rehabilitationsleistungen stellen, obwohl ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, entfällt der Anspruch auf Krankengeld.
- 17 Wulfhorst (1982: 11).
- 18 Der Hinweis auf die Folgen fehlender Mitwirkung ist ein Verwaltungsakt, er unterliegt daher den Anforderungen des § 33 SGB X; dazu BSG SozR 2200 § 1243 Nr. 2 und 3.
- 19 S. a. den Hinweis bei Ecker (1982: 122 f.).
- 20 Überblick bei Schnapp (2000: Rn. 100); zu Alkoholeinwirkungen ebd. Rn. 112.
- 21 arg. § 11 Abs. 4 SGB V.
- 22 Ganz einhellige Meinung; siehe z. B. BSG SozR 3-2400 § 25 Nr. 6 S. 27; BSGE 64, 110 (113); 48, 195 (197); s. a. BGHZ 133, 370 (375); BGH, NJW 2000, 2993 (2995); BFHE 172, 467 (470); Gleitze (1992: Rn. 1), Sehnert (2005: Rn. 3), Minn (1994: Rn. 181), Schmalor (1999: 410) und Zweng, Scheerer, Buschmann, Dörr (1998: Rn. 4).
- 23 Gleitze (1992: Rn. 3) und Sehnert (2005: Rn. 4).
- 24 Minn (1994: Rn. 181).
- 25 BSGE 86, 262 (302 f.) und Seewald (1999: Rn. 15).
- 26 Wie sollte auch ein individualisierter Beitragsnachweis bei mehreren tausend versicherten Beschäftigten aussehen? Vgl. dazu den gemäß § 4 Abs. 1 der Beitragsüberwachungsverordnung erstellten bundeseinheitlichen Vordruck „Beitragsnachweis“, download unter: www.aok-business.de.
- 27 So schon RGSt 15, 414 (416); RGZ 56, 351 (353); Rosin (1908: 43 f.) mwN in Fn. 4. Für die jetzige Rechtslage: Bley/Kreikebohm/Marschner (2001: Rn. 328), Schulin und Igl (2002: 106), Kingreen (2003: 181) und Schnapp (2000: Rn. 23). S. a. BSG SozR 2600 § 121 RKG Nr. 4 S. 13; „Grundlage der Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung [sind] nicht die Beiträge, sondern die Mitgliedschaft.“
- 28 Schnapp (2000: Rn. 184).
- 29 Siehe auch BVerfGE 14, 312 (318): „Die Auffassung, ihre [scil. der Arbeitgeber] Verpflichtung, Sozialversicherungsbeiträge zu leisten, lasse sich auf das einzelne Arbeitsverhältnis und eine ihm entspringende Vertragspflicht gegenüber dem Arbeitnehmer zurückführen, ist mit dem System des Sozialversicherungsrechts nicht zu vereinbaren.“ Zustimmend BSGE 21, 57 (62); 22, 288 (290), ferner Schnapp (2005: 815 ff.). Kritisch Butzer (2001: 611).
- 30 Siehe auch Wulfhorst (1982: 3).
- 31 Dazu Schnapp (1991: 390 ff.) Dieses Prinzip, gerichtet auf die „Unmittelbarkeit der Bedarfsbefriedigung“ (BSGE 55, 188 [193]; Zacher und Friedrich-Marczyk [1980]: 28), ist eine der Ursachen dafür, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Marktgeschehen stattfindet: Preise für Güter und Leistungen sind nicht Gegenstand eines freien Wettbewerbs (so deutlich BVerfG [Kammer], DVBl. 2001, 979 [980]; s. a. BVerfGE 68, 193 [220 f.]; 103, 172 [185]), vielmehr sind sie administriert, und der Preis versagt als Knappheitsindikator. Beiträge und Leistungen sind entkoppelt. Das zieht dann zwangsläufig Wirtschaftlichkeitsprüfungen der unterschiedlichsten Art nach sich. Dazu etwa Steinhilper (2006: Rn. 41 ff.); Peikert (2006: § 20) und Schnapp (2002: 621 ff.).
- 32 S. Schulin (Fn. 4), § 6 Rn. 47.
- 33 S. § 27 SGB V und dazu BSGE 55, 188 (193 f.), Schulin (1994: Rn. 19 ff.).
- 34 Zu den Rechtsproblemen bei den Richtlinien, besonders zur Verweisungsproblematik und zur demokratischen Legitimation des (vormals) Bundesausschusses, vgl. Butzer/Kaltenborn (2001: 333 ff.), Hebel (2002: 936 ff.), Koch (2001: 109 ff., 166 ff.), Ossenbühl (1998: 65 ff.), Schimmelpfeng-Schütte (1999, 530 ff.), Schnapp (1997: 437 ff.), Schnapp (2004b) und Tempel-Kromminga (1994). Siehe auch die Literaturangaben bei Auktor (2003: 703).
- 35 Auktor (2003: Rn. 3).
- 36 Ebsen (1994: Rn. 161).
- 37 Steffen (2000: 491). Eine Ausnahme: BVerfG, JZ 2006, 463 mit krit. Anm. Huster, JZ 2006, 466.
- 38 Hänlein (2001: 482).
- 39 Dazu Schnapp (2004b: 508).
- 40 BVerfG, NJW 1997, 3085; BSGE 81, 73 (85). Zustimmend Heberlein (1999: 136), Koch (2001: 169), Schnapp (2004b: 513). Das wird im übrigen bestätigt durch eine Gegenprobe: Auch eine Herausnahme einzelner Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Dazu Sodan (2003: 393 ff.).
- 41 Zu den sozialethischen Aspekten eines derartigen Versorgungsmaximalismus' siehe Kersting (2002: 151 ff.).
- 42 Ausführlich zum EBM: Hess (2006: Rn. 27 ff.).
- 43 Engelhard (1994: Rn. 221).

- 44 Schnapp (2000: Rn. 5).
- 45 S. die Auflistung bei Boecken (1997: 11 f.); Schnapp (2000: Rn. 62).
- 46 S. etwa die amtl. Begründung zum GRG von 1988, BT-Drucks. 11/2237, S. 149 (150). Ähnlich auch Schulin (1994: Rn. 33).
- 47 Siehe nur Schwartländer (1974: 1579).
- 48 Borchert (1995: 136).
- 49 Siehe auch Eichenhofer (2004: 100 f.).
- 50 So Boecken (1997: 17).
- 51 Er hat damit das Diktum des Bundesverfassungsgerichts (E 89, 365) antizipiert, wonach unterschiedliche Beitragssätze nur bei Einaräumung eines Rechts, zwischen verschiedenen Kassen zu wählen, zu tolerieren sind.
- 52 Näher dazu Schnapp (2004a: 113-120).
- 53 Immerhin haben die Betriebskrankenkassen ihren Mitgliederbestand seit Einführung der Wahlfreiheit bis zum 1.4.2004 um 98,1% steigern können, das entspricht einer Veränderung von ca. 5 auf etwa 10 Mio. Versicherte. Nachweise unter www.bkk.de. Dagegen gehören Orts- und Ersatzkassen für Angestellte zu den „Verlierern“.
- 54 Boecken (1997: 19).
- 55 Vgl. § 21 SGB IV, § 220 Abs. 1 SGB V; zum Grundsatz der Eigenfinanzierung vgl. Brandts und Wirth (1999), 210 § 69 Rn. 16. Ausführlich zum Verbot der Kreditaufnahme: Schnapp und Rixen (2006).
- 56 Vgl. Becker (2001: 47 ff.).
- 57 So ausdrücklich die Kaiserliche Botschaft vom 17. 11. 1881, wiedergegeben in ZSR 1981, 731 (hier: 733).
- 58 So das Reichshaftpflichtgesetz durch die gesetzliche Unfallversicherung: Kleemann (1998: 160). Zum Ganzen auch BSGE 86, 262 (313 ff.) und Bönnemann (1967: 5 ff.).
- 59 RT-Drucks. zu Nr. 340, 12. Leg.-Periode, II. Session 1909/10, S. 373.
- 60 So ein Erlass Wilhelms II. vom 4.2.1890, wiedergegeben bei Peters (1978: 50).
- 61 „Fürsorge“ ist hier nicht im rechtstechnischen Sinne gemeint. Natürlich sind sozialversicherungsrechtliche Ansprüche kein „Geschenk der Allgemeinheit“. So zutreffend BVerfGE 54, 11 (26); 76, 256 (299).
- 62 Schnapp (1983: 883 f.).
- 63 BVerfGE 4, 7 (15 f.); 5, 85 (204); 30, 1 (20); 35, 202 (225); 45, 187 (228); 50, 290 (339); 79, 256 (278); dazu Dürig (1952: 259 ff.); zuletzt Butzer (2001: 455 ff.).

Literatur

- Adam, Hans; Henke, Klaus-Dirk (1994): Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 4 (S. 113-144).
- Auktor, Christian (2003): Kommentierung von § 92 SGB V, in: Kruse/Hänlein (Hrsg.), Gesetzliche Krankenversicherung – Lehr- und Praxiskommentar, 2. Aufl. Baden-Baden, S. 698-716.
- Becker, Christoph (2001): Verantwortung und Verantwortungsbewusstsein. Über Solidarität zwischen Generationen, Köln/Berlin/Bonn/München.
- Bley, Helmar; Kreikebohm, Ralf; Marschner, Andreas (2001): Sozialrecht, 8. Aufl., Neuwied und Kriftel.
- Boecken, Winfried (1997): Formen der Individualverantwortung in der Sozialversicherung, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Band 42, Wiesbaden, S. 7-33.
- Bönnemann, Heinrich (1967): Die Rechtsnatur der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, Diss. iur. Köln.
- Borchert, Günter (1995): Die Rolle der Patienten und Versicherten im neustrukturierten GKV-System, Festschrift für Wolfgang Gitter, Wiesbaden, S. 133-144.
- Brandts, Hubert; Wirth, Rüdiger (1999): Haushaltsrecht der Sozialversicherung (Loseblatt), 24. Lfg. 1/99.
- Butzer, Hermann (2001): Fremdlasten in der Sozialversicherung, Zugleich ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung, Tübingen.
- Butzer, Hermann; Kaltenborn, Markus (2001): Die demokratische Legitimation des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Medizinrecht 19. Jg., S. 333-342.
- Dürig, Günter (1952): Die Menschauffassung des Grundgesetzes, Juristische Rundschau 1952, S. 259-263.
- Ebsen, Ingwer (1994): Rechtsquellen, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 7 (S. 249-289).
- Ecker, Walther (1981): Das schadenstiftende Verschulden gegen sich selbst und die soziale Sicherung, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Selbstverantwortung in der Solidargemeinschaft, Baden-Baden, S. 55 ff.
- Eichenhofer, Eberhard (2004): Eigentum – Verschulden – Vertrag: Privatrechtsbegriffe als Sozialrechtskonstrukte? Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2004, S. 93-114.
- Enders, Christoph (2005): Sozialstaatlichkeit im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Fürsorge, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer Band 64, Berlin, S. 7-52.
- Engelhard, Wolfgang (1994): Beitragsrecht, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 54 (S. 1332-1389).
- Faude, Michael (1983): Selbstverantwortung und Solidarverantwortung im Sozialrecht. Strukturen und Funktionen der sozialrechtlichen Relevanz des Selbstverschuldens des Leistungsberechtigten, Bonn.
- Gleitze, Wilfried (1992): Kommentierung von § 28e SGB IV, in: Gleitze/Krause/von Maydell/Merten, Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, Neuwied und Frankfurt/M., S. 394-396.
- Hänlein, Andreas (2001): Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, Berlin/Heidelberg/New York.
- Hebeler, Timo (2002): Verfassungsrechtliche Probleme „besonderer“ Rechtssetzungsformen funktionaler Selbstverwaltung – Die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen, Die Öffentliche Verwaltung, 55. Jg., S. 936-943.
- Hess, Rainer (2006): Die Honorargestaltung im Vertragsarztrecht, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. München, § 16 (S. 449-496).
- Isensee, Josef (1992): Finanzverfassung und Sozialrecht, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Band 35, S. 7-40.
- Kersting, Wolfgang (2002): Kritik der Gleichheit, Weilerswist.
- Kingreen, Thorsten (2003): Das Sozialstaatsprinzip im europäischen Verfassungsverbund, Tübingen.
- Kleemann, Georg (1998): Verfassungsrechtliche Probleme der sozialen Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung, Berlin.
- Koch, Thorsten (2001): Normsetzung durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen?, Die Sozialgerichtsbarkeit 48. Jg., S. 109-116, 166-174.
- Kostorz, Peter (1998): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine sozialpolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der historischen Entwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a. M. et. al.
- Kreikebohm, Ralf; von Koch, Friedrich (2003), Das Verhältnis zwischen Sozialleistungsempfängern und Sozialleistungsträgern, in: von Maydell/Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 3. Aufl., Baden-Baden, S. 248-320.
- Mihm, Katja (1985): Die Verschuldensrelevanz im Sozialleistungsrecht, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 2. Jg., S. 7-12.
- Minn, Norbert (1994), Melde- und Einzugswesen, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 51 (S. 1232-1288).
- Ossenbühl, Fritz (1998): Die Richtlinien im Vertragsarztrecht, in: Schnapp (Hrsg.), Probleme der Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, Teil I, Frankfurt a. M., S. 65-84.
- Peikert, Peter (2006): Wirtschaftlichkeitsprüfung, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. München, § 20 (S. 593-619).
- Pestalozza, Christian (1996): Kommentierung von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz, in: von Mangoldt/Klein/Starck, Das Bonner Grundgesetz, 3. Aufl., München, S. 767-796.
- Peters, Horst (1978): Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Auflage, Sankt Augustin.
- Rolfs, Christian (2000): Das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht, München.
- Rosin, Heinrich (1908): Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung, in: Festgabe für Paul Laband zum fünfzigsten Jahrestage der Doktor-Promotion, Tübingen, Zweiter Band, S. 41-111.
- Ruland, Franz (1987): Der Sozialversicherungsbeitrag zwischen Versicherungsprinzip und sozialem Ausgleich – Zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. 12. 1985 – 12 RK 38/83, Die Sozialgerichtsbarkeit, 34. Jg., S. 133-138.
- Schimmelpfeng-Schütte, Ruth (1999): Richtlinienggebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation, Neue Zeitschrift für Sozialrecht; 8. Jg., S. 530-537.
- Schmalor, Michael (1999): Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag, 7. Aufl., Sankt Augustin.
- Schnapp, Friedrich E. (1983): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Selbstverwaltung in der Industriegesellschaft, Festschrift für Georg Christoph von Unruh, Heidelberg, S. 881-899.
- Schnapp, Friedrich E. (1991): Sachleistung und Kostenersatzung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dogmatischer und rechtspolitischer Sicht, Die Ersatzkasse 1991, S. 390-393.

Schnapp, Friedrich E. (1997): Die Richtlinien im Kassenarztrecht (92 SGB V) auf dem verfassungsrechtlichen Prüfstand, in: Gitter/Schulin/Zacher (Hrsg.), Festschrift für Otto Ernst Krasney, München, S. 437-462.

Schnapp, Friedrich E. (2000): Sozialversicherungsrecht, in: Achterberg/Püttner/Würtenberger (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht, Band II, 2. Aufl., Heidelberg, S. 798-879.

Schnapp, Friedrich E. (2002): Der Haushaltsgrundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit – im Sozialrecht und in anderen Rechtsgebieten, in: Boecken/Ruland/Steinmeyer (Hrsg.), Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, Neuwied/Kriftel, S. 621-632.

Schnapp, Friedrich E. (2003): Der Apothekenrabatt – eine Sonderabgabe sui generis? Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2003, S. 343-362.

Schnapp, Friedrich E. (2004a): Die Rechtsstellung geöffneter und „virtueller“ Krankenkassen, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2004, S. 113-120.

Schnapp, Friedrich E. (2004b): Untergesetzliche Rechtsquellen im Vertragsarztrecht am Beispiel der Richtlinien, in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, Köln/Berlin/München, S. 497-515.

Schnapp, Friedrich E. (2005): Die arbeitsrechtliche Fürsorgepflicht – Legitimation für den Arbeitgeberanteil in der gesetzlichen Rentenversicherung?, in: Söllner/Gitter/Waltermann/Giesen/Ricken (Hrsg.), Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze, München, S. 815-829.

Schnapp, Friedrich E.; Kaltenborn, Markus (2001): Verfassungsrechtliche Fragen der „Friedensgrenze“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, Berlin.

Schnapp, Friedrich E.; Rixen, Stephan (2006): Die Unzulässigkeit der Aufnahme von Krediten durch die gesetzlichen Krankenkassen, Bank- und Kapitalmarktrecht, 6. Jg., 360-366.

Schulin, Bertram (1994): Rechtliche Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Probleme, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 6 (S. 177-248).

Schulin, Bertram; Igl, Gerhard (2002): Sozialrecht, 7. Aufl., Düsseldorf.

Schwartländer, Johannes (1974): Stichwort „Verantwortung“, in: Krings et al. (Hrsg.), Handbuch philosophischer Grundbegriffe, Band 4, Berlin, S. 1577-1582.

Seewald, Otfried (1999): Kommentierung von § 28f SGB IV, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht (Loseblatt), München, Stand: April 1999.

Sehnert, Gerhard (2005): Kommentierung von § 28e SGB IV, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB IV (Loseblatt), 41. Lfg. I/05.

Sodan, Helge (2003): Zur Verfassungsmäßigkeit der Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 12. Jg., S. 393-401.

Steffen, Erich (2000): Die Arzthaftung im Spannungsfeld zu den Anspruchsbegrenzungen des Sozialrechts für die Kassenpatienten, in: Festschrift für Karlmann Geiß, Köln/Berlin/Bonn/München, S. 487-502.

Steinhilper, Gernot (2006): Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch die KV, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. München, § 16 (S. 497-520).

Tempel-Kromminga, Helke (1994): Die Problematik der Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach dem neuen Recht des SGB V, Frankfurt am Main.

Wannagat, Georg (1965): Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Tübingen.

Wannagat, Georg (1973): Auf dem Wege zur Volksversicherung in: Wannagat/Gitter (Hrsg.), Festschrift für Erich Fechner, Tübingen, S. 207-221.

Wasem, Jürgen (1994): Sozialpolitische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, München, § 3 (S. 80-112).

Wiederin, Ewald (2005): Sozialstaatlichkeit im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Fürsorge, Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer Band 64, Berlin, S. S. 53-84.

Wulffhorst, Traugott (1982): Leistungssteuerndes Verhalten der Berechtigten im Sozialrecht, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 1982, S. 1-18.

Zacher, Hans F. (1983): Verschulden im Sozialrecht – eine Skizze, Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung, 37. Jg., S. 171-178.

Zacher, Hans F.; Friedrich-Marczyk, Marion (1980): Krankenkassen oder nationaler Gesundheitsdienst?, Heidelberg.

Zweng, Johann; Scheerer, Reinhard; Buschmann, Gerhard; Dörr, Gernot (1998): Kommentierung von § 28 e SGB IV, Handbuch der Rentenversicherung, 3. Aufl. (Loseblatt), Stuttgart, Stand: März 1998.

Die Rolle des Bürgers als Patient



Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur?

Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem

Herausgegeben von Prof. Dr. Winand Gellner, Universität Passau und

Dr. Andreas Wilhelm, Universität Passau

2006, 130 S., brosch., 25,- €, ISBN 3-8329-1702-0

Im Mittelpunkt der Diskussionen um die Gesundheitspolitik steht seit Jahren der Reformbedarf des Gesundheitswesens. Welche Rolle spielt dabei der Patient? Wie stark ist die Stimme des Patienten? Was sind seine Erwartungen und Einstellungen? Die vorliegende politikwissenschaftliche Analyse versucht, anhand einer Patiententypologie ein umfassendes Bild vom Bürger als Patienten zu entwickeln, in Bezug auf seine Interessen, Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie Forderungen im Bereich der Gesundheitspolitik.



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei: Nomos Verlagsgesellschaft | 76520 Baden-Baden | www.nomos.de