

Krankheitsprävention bei Überschuldung als Kassenleistung?

Den Wechselbeziehungen zwischen Krankheit und Schulden wird in der Rechts- und Sozialordnung nur unzureichend Beachtung geschenkt. Gleichwohl sind die Zusammenhänge unübersehbar, wie einschlägige empirische Untersuchungen belegen. So selbstverständlich die Prävention in Bezug auf Krankheiten eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsfürsorge spielt, so wenig wird darüber nachgedacht, inwieweit der Faktor Schulden dabei Berücksichtigung erfahren muss.

I. Überschuldung und Gesundheit

Überschuldung und Gesundheit stehen in einer engen Wechselbeziehung. Diese Erkenntnis mag auf den ersten Blick überraschen. Bedenkt man jedoch, dass Erkrankungen zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit führen können, werden die Zusammenhänge schnell offenbar. Kommt es in Folge des prekären Gesundheitszustandes zu einer Minderung des verfügbaren Einkommens, vermag die finanzielle Situation schnell außer Kontrolle zu geraten. Umgekehrt bleibt es vielfach nicht aus, dass die Belastung mit Schulden Krankheiten nach sich zieht. Dies leuchtet ein, wenn man sich vor Augen führt, dass die ökonomische Zwangslage regelmäßig in eine psychosoziale Destabilisierung des Schuldners mündet.¹ Sichere und eindeutige Aussagen zu den verschiedenen Krankheitsbildern und deren Relation zu der finanziellen Krise lassen sich erfahrungsgemäß erst nach einer Auswertung der empirischen Datenquellen wissenschaftsbasierter Sozialberichterstattung tätigen. Zum Vorteil gereicht in diesem Zusammenhang, dass die Überschuldung deutscher Privathaushalte als sozialpolitisches Phänomen im letzten Jahrzehnt zunehmend in den Fokus gesellschaftlicher Aufmerksamkeit gerückt ist. Gründe, Ausmaß und Folgen der Zahlungsunfähigkeit weiter Kreise der Bevölkerung haben eine statistische Aufarbeitung erfahren. Zur Erfassung der Ursachen und wichtiger Begleitumstände einer Überschuldungssituation beauftragt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend seit dem Ende der 80er Jahre Expertengruppen, die in Ermangelung einer empirisch ermittelbaren Richtgröße auf ein Indikatorenmodell² zurückgreifen, das anhand der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen, der Konsumentenkredite und deren Kündigungen, der Eidesstattlichen Versicherungen, der Mietschulden und der Klientenstatistiken der Schuldnerberatungsstellen³ die Zahl der überschuldeten Haushalte ermitteln.⁴ In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt macht sich das Bundesministerium außerdem seit 2006 verstärkt die Erfahrungen aus der Praxis der Schuldnerberatungsstellen der einzelnen Bundesländer zunutze,⁵ da diese Institutionen über die umfassendsten Angaben in Bezug auf sozioökonomische Strukturdaten und psychosoziale Rahmenbedingungen überschuldungsgefährdeter und überschuldeter Haushalte verfügen.⁶ Wichtige Datensammlungen existieren zudem beim Verband der Vereine Creditreform (SchuldnerAtlas Deutschland),⁷ der Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung Schufa (Kredit-Kompass)⁸ sowie beim Institut für Finanzdienstleistungen (iff-Überschuldungsreport).⁹

II. Wechselbeziehungen von Krankheit und Schulden als statistische Realität

1. Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Mitursache privater Überschuldung

Krankheit und Sucht fallen in den Untersuchungen seit langem als veränderungsresistente Faktoren auf. Aussagekräftig können diesen Umstand die Schuldnerberatungsstellen¹⁰ belegen, die durch ihren direkten Kontakt mit überschuldeten Personen über empirisch wertvolle Informationen verfügen.¹¹ Für das Jahr 2009 lieferten 236 von etwa 1.000 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet belastbare Aussagen zur Ver- und Überschuldungssituation deutscher Bürger.¹² Im Datenausgleich erfuhren soziökonomische Merkmale einer finanziellen Situation von insgesamt 74.413 Personen statistische Beachtung.¹³ Krankheit als Ursache für die finanzielle Notlage wird als ein stabiler Faktor registriert. Natürlich sind es zumeist mehrere Faktoren, die in die Schuldenspirale führen, insbesondere wenn bei ohnehin niedrigem Einkommen gravierende Änderungen der Lebensumstände die bisherige Lebensführung beeinträchtigen. Die Arbeitslosigkeit und die hiermit verbundenen Einkommenseinbußen waren im Jahr 2009¹⁴ für rund 28 % der beratenen Personen der wichtigste Grund für die finanzielle Misere. Als weitere Ursache traten persönliche Lebensveränderungen in der Form einer Trennung bzw. Scheidung mit 14 % zu Tage. An dritter Stelle folgen gesundheitliche Beeinträchtigungen: In etwa 11 % der Fälle hatten eine Erkrankung, eine Sucht oder ein Unfall mit negativen Folgen für die Gesundheit die finanzielle Krise herbeigeführt. Erst danach tauchen selbstverschuldete Zahlungsschwierigkeiten wie etwa die unwirtschaftliche Haushaltsführung mit circa 10 % oder eine gescheiterte Immobilienfinanzierung mit 4 % in der Statistik auf. Bei rund 9 % der beratenen Personen war die gescheiterte Selbstständigkeit der Hauptauslöser der Schuldenkrise gewesen. Betrachtet man einen längeren Zeitraum und vergleicht das für das Jahr 2009 beim Statistischen Bundesamt zusammengestellte Datenmaterial der Schuldnerberatungsstellen mit demjenigen der Jahre 2006,¹⁵ 2007¹⁶ und 2008,¹⁷ wird die Bedeutung einer Erkrankung für den Eintritt von Zahlungsunfähigkeit offensichtlich. Es handelt sich statistisch gesehen um eine konstante Größe. Lediglich der unfreiwillige Verlust des Arbeitsplatzes, der in rd. 30 % der Fälle die Hauptursache der Ver- und Überschuldung bei Privatpersonen ausmacht, und das Auseinanderbrechen einer Partnerschaft mit rd. 14 % schlagen von allen in Frage kommenden Ursachen häufiger zu Buche. Der Faktor Gesundheit gewinnt zudem zunehmend an Bedeutung. Stand die persönliche Schuldenbiographie mit einer Erkrankung, einem Unfall oder einer Suchtdiagnose im Zusammenhang, ist seit dem Jahr 2006 eine Steigerung von 8,3 auf bis zu 11 % im Jahre 2009 festzustellen. Ein Blick auf andere Erhebungen im selben Zeitraum bestätigt das aufgezeigte Ursachenspektrum. In der Landesstatistik Rheinland-Pfalz standen Krankheit und Sucht in den Jahren 2006 bis 2010 jeweils an dritter Stelle der Gründe für eine eingetretene Überschuldung.¹⁸ Auch die seit dem Jahre 2005 geführte Entwicklungsanalyse des iff-Überschuldungsreports¹⁹ weist vergleichbare Ergebnisse auf, der Faktor Krankheit hat seit dem Jahre 2005 prozentual im Verlauf deutlich an Gewicht gewonnen, wobei bei der Auswertung der benannten Überschuldungsstatistik darauf zu achten ist, dass bei den Gründen für die private Finanzkrise Mehrfachnennungen sowie die Angabe des Hauptauslösers erwünscht waren. Krankheit und Sucht sind neben Arbeitslosigkeit, Trennung oder Scheidung, einer unwirtschaftlichen Haushaltsführung sowie der gescheiterten Selbstständigkeit auch hier die wichtigsten Gründe für den Einstieg in den Überschuldungsprozess.

2. Krankheit als Auslöser sowie als Folge finanzieller Krisen

Die auffällige Bedeutungszunahme des Faktors Gesundheit als eine der Ursachen für den Weg in die Überschuldung in den relevanten Untersuchungen der letzten Jahre springt ins

Auge. In Bezug auf psychische Erkrankungen wie Depression oder Burnout geht diese Entwicklung Hand in Hand mit den Beobachtungen der gesetzlichen Krankenkassen, die bei der jährlichen Aufstellung des Fehlzeitenreports feststellen, dass sich seit den 90er Jahren die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt hat und inzwischen nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer knapp 11 % aller Fehltag auf psychische Störungen zurückgehen.²⁰ Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen einem desolaten Gesundheitszustand und einer Überschuldungssituation sicherlich noch in höheren Prozentzahlen anzunehmen, wenn man bedenkt, dass die Überschuldungsstatistiken aufgrund ihrer Fragestellung mit dem Ressort Krankheit und Sucht nur diejenigen Fälle erfasst wissen wollen, bei denen eine bereits bestehende Erkrankung den Überschuldungsprozess begünstigt hat.

In den genannten Statistiken nicht erfasst sind die Fälle, in denen die finanzielle Krise erst in die Krankheit oder Sucht führte. Aber auch diese Entwicklung des Gesundheitszustands als Reaktion auf die desolante Finanzlage bedarf der Beachtung, wenn man sich vorstellt, wie leicht zugänglich und verständlich der Gedanke ist, dass finanzieller Stress zu physischen und psychischen Schädigungen führen, soziale Beziehungen zerstören und negative Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Betroffenen haben kann.²¹ Vertiefte Untersuchungen zur psychosozialen Genese von Überschuldung bestehen im deutschsprachigen Raum nicht. Die bisherigen Erkenntnisse hierzu zeugen jedoch davon, dass Überschuldung nicht nur ein rein finanzielles Problem darstellt, sondern alle zentralen Lebensbereiche der von einer Zahlungsenge betroffenen Person erfasst und die wirtschaftliche Destabilisierung der Lebenslage regelmäßig mit einer psychosozialen Belastung einhergeht, die nicht zu unterschätzen ist.²² Dieser Umstand wird gleichfalls aus folgender Definition des Phänomens deutlich, die von der Bundesregierung selbst in ihrem ersten Armuts- und Reichtumsbericht verwendet worden war:

„Überschuldung ist die Nichterfüllung von Zahlungsverpflichtungen, die zu einer ökonomischen und psycho-sozialen Destabilisierung von Schuldnern führt. Überschuldung bedeutet daher nicht allein, dass nach Abzug der fixen Lebenshaltungskosten der verbleibende Rest des monatlichen Einkommens für zu zahlende Raten nicht mehr ausreicht, sondern birgt massive soziale und psychische Konsequenzen in sich.“²³

Außer Frage steht nach alledem, dass dem Gesundheitszustand der Betroffenen für eine Entschuldung sowie die Wiedereingliederung und Anteilnahme am gesellschaftlichen Leben grundlegende Bedeutung zukommt.

III. Erkenntnisse der sozialmedizinischen Studie „Armut, Schulden und Gesundheit“

1. Krankheit und Schulden im wechselseitigen Ursachenzusammenhang

Spielten Erkrankungen bei der Ursachenforschung in Bezug auf den Eintritt privater Überschuldung eine Rolle, wurden diese bisher nur als ein relevanter Faktor unter vielen geführt. Der Bedeutungsgrad dieses Themenfeldes wurde erst durch eine Studie des sozialmedizinischen Teilprojekts des Forschungsclusters „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ des Landes Rheinland-Pfalz gewahrt, das die gesundheitliche Lage überschuldeter Privatpersonen genauer in den Blick nahm.²⁴ Im Rahmen des sozialmedizinischen Forschungsschwerpunkts „Netzwerke der Gesundheitsprävention bei Schulden und Armut“²⁵ des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz wurde die sozialmedizinische Studie „Armut, Schulden und Gesundheit“ – kurz ASG-Studie genannt – initiiert.²⁶ In der Befragungsstudie wurden insgesamt 666 Klienten und Klientinnen der Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz schriftlich unter anderem um Auskünfte über ihren Gesundheitszustand, ihre

Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und ihre sozioökonomische Lage ersucht.²⁷ Für manchen im tatsächlichen Ausmaß sicherlich überraschend lautet eines der wichtigsten Ergebnisse der ASG-Studie, dass für von Überschuldung betroffene Personen im Vergleich zu nicht überschuldeten Bevölkerungskreisen ein zwei- bis dreifach höheres Risiko besteht, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch bestimmte Krankheiten hinnehmen zu müssen.²⁸ Dies gilt für jedermann nachvollziehbar zuvorderst für eine psychische Destabilisierung,²⁹ betrifft aber auch andere Krankheiten wie Rückenleiden.³⁰ Zu dem defizitären Gesundheitszustand der Überschuldeten kommt hinzu, dass die Mehrzahl der befragten Probanden angibt,³¹ einen Arztbesuch unterlassen zu haben, um die quartalsweise notwendig aufzubringende Praxisgebühr zu meiden sowie schon mindestens einmal ärztlich verordnete Medikamente aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen in der Apotheke nicht abgeholt zu haben.³² Mehr als die Hälfte der befragten Schuldner gab an, sich weniger gesund zu ernähren und in einem geringeren Maße sportlich aktiv zu sein, als dies vor dem Eintritt der Überschuldung der Fall gewesen war.³³ Jeder fünfte Betroffene nahm im Vergleich zum Zeitraum vor der Überschuldung vermehrt Beruhigungsmittel ein.³⁴ Die ASG-Studie widmete sich zudem auch dem Zusammenhang zwischen der Ursache und der Wirkung von Überschuldung und Krankheit. Die Teilnehmenden wurden gezielt danach befragt, ob eine Krankheit dazu geführt hatte, dass die betroffene Person in die Überschuldung geraten war oder ob die starke Verschuldung den Menschen in die Krankheit geführt hatte. Ein Drittel der Befragten führte als Hauptgrund der Überschuldung das Bestehen einer Krankheit oder einer Suchterkrankung an. Nahezu 38 % des Kollektivs bejahte den umgekehrten Mechanismus, der besagt, dass bei diesen Personen die Überschuldung eine Ursache für den verschlechterten Gesundheitszustand darstellt.³⁵

2. Verbraucherinsolvenz und Restschuldbefreiung als unzureichende legislative Reaktion auf ein gesellschaftliches Problem

Die Ergebnisse der ASG-Studie belegen die hohe Krankheitsrate und eine erhöhte Prävalenz physischer und psychischer Erkrankungen bei überschuldeten Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Sowohl der Mechanismus „Krankheit führt zur Überschuldung“ als auch der spiegelbildliche Tatbestand „Überschuldung macht krank“ spiegeln die Schuldenrealität wider. Die finanzielle Belastungssituation erschwert für die Mehrheit der Betroffenen den Zugang zu einer vergleichbar gleichwertigen Teilhabe an Leistungen des Gesundheits- und Vorsorgesystems. Es besteht eine hohe Gefahr, den Umgang mit der eigenen Gesundheit in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu verschlechtern. Solche Ergebnisse der Studie belegen die Dringlichkeit sozialmedizinischer und psychosozialer Betreuung aller mit einer Überschuldungssituation konfrontierten Menschen.³⁶ Es lässt sich ableiten, dass mit der finanziellen Krise einer Privatperson nicht nur die ökonomische Problemlage zu assoziieren ist, sondern dass gerade der gesundheitliche Aspekt eine wichtige Rolle einnimmt.

Bisher reagiert der deutsche Gesetzgeber auf das Phänomen der Überschuldung in erster Linie in einem juristischen Sinne mit der Verbraucherinsolvenz und der damit einhergehenden Restschuldbefreiung. Es geht darum, die zahlungsunfähige Person zu entschulden und ökonomisch wieder handlungsfähig zu machen. Das sozialpolitische Ziel des Verbraucherinsolvenzverfahrens besteht darin, dem Schuldner den Weg zurück zur ökonomischen Anteilnahme zu ebnen und ihn bei bestehender Erwerbslosigkeit zu einer erneuten handlungsfähigen Teilhabe am Erwerbsleben zu motivieren.³⁷ Hält man sich das durch die benannten Studien aufgezeigte Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigungen überschuldeter Personen vor Augen, wird deutlich, dass Verbraucherinsolvenz und Restschuldbefreiung als legislative Reaktion auf die Überschuldung der Privathaushalte nicht ausreichen können, um dem multifaktoriellen Charakter der Zahlungsunfähigkeit gerecht zu

werden.³⁸ Die rechtliche Analyse monetärer Faktoren ist lediglich ein Teilaspekt zur Überwindung der individuellen Überschuldungskrise. Die sozialpolitisch erwünschte Reintegration der Betroffenen in das gesellschaftliche Leben und die Wiedererlangung der wirtschaftlichen Handlungsfähigkeit wird nicht gelingen, wenn der Schuldner zwar der legislativen Konzeption zufolge das notwendige Maß an Selbstdisziplin, Eigenverantwortung und Eigeninitiative aufbringt, um die sechsjährige Wohlverhaltensperiode redlich hinter sich zu bringen, jedoch infolge der langjährigen Überschuldungsbiographie aufgrund der gesundheitlichen Folgeschäden trotz Restschuldbefreiung nicht mehr am Erwerbsleben teilzuhaben vermag.³⁹

3. Krankheitsprävention bei Überschuldung als Konsequenz der ASG-Studie

Gemäß den Erkenntnissen aus der quantitativen Studie „Armut, Schulden und Gesundheit“ (ASG-Studie) und aufbauend auf den Erfahrungen der Schuldnerberatungsstellen darf eine zielgerichtet aktivierende Sozialpolitik den gesundheitlichen Aspekt nicht unterschätzen. Es bedarf eines Angebots an gesundheitlichen Unterstützungsleistungen, um Teilhabechancen überschuldeter Personen an Leistungen des Gesundheitssystems zu gewährleisten. Den Handlungsempfehlungen⁴⁰ aus der ASG-Studie entsprechend wird nachfolgend dem rechtlichen Anspruch eines überschuldeten gesetzlich Krankenversicherten auf ein präventives Gesundheitsangebot nachgegangen. Dieses durch das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entwickelte auf den speziellen Kreis der Schuldner abgestimmte Präventionsprogramm erstrebt gesundheitsrelevantes Handeln der Teilnehmenden positiv zu beeinflussen, indem unter Hinweis auf riskante Verhaltensweisen die Förderung individueller Bewältigungsstrategien sowie eine Stabilisierung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen erzielt wird.⁴¹ In dieser Form kann gruppenbezogen das selbstverantwortliche Gesundheitsverhalten durch Wissensvermittlung und praktische Übungen gestärkt werden. Eine besondere Rolle darf der Bewältigung von Stress und dessen Abbau zukommen, um dem hohen psychischen Belastungspegel einer Überschuldungssituation Rechnung zu tragen. Mit Modulen zu gesunder und gleichsam kostengünstiger Ernährung sowie zum alltäglichen Bewegungsverhalten soll das Angebot vervollständigt sein.

IV. Präventionsleistungen der Krankenkassen als Gesundheitsvorsorge

1. Präventionsauftrag des § 20 SGB V

Der durch das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für die Schuldnergemeinschaft entwickelte multimodale Stresspräventionskurs verfolgt das Ziel, die besonders belastete gesellschaftliche Gruppe finanziell überforderter Versicherter mit einem auf deren gesundheitliche Situation konzentrierten Beratungsangebot zu erreichen. Sozialrechtlich fällt die Handlungsempfehlung mit den Modulen Stressabbau, gesunde Ernährung und Bewegung in den Bereich der Gesundheitsvorsorge⁴² und kann sowohl nach den in der wissenschaftlichen Literatur⁴³ vertretenen Dreiteilung präventiver Leistungen als auch nach der Abgrenzung im Sinne des Bundessozialgerichts⁴⁴ unproblematisch unter den Begriff der primären Prävention⁴⁵ subsumiert werden, da die einzelnen Elemente im Stadium vor einer Erkrankung ansetzen und auf die Vermeidung des Eintritts einer Krankheit gerichtet sind. Als einschlägige Anspruchsnorm im Hinblick auf einen gesundheitsfördernden Präventionskurs für überschuldete Privatpersonen kommt § 20 SGB V in Betracht.⁴⁶ In der Norm wird in ihrem Absatz 1 Satz 3 ein Auftrag an den Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“⁴⁷ formuliert,

vorrangige Handlungsfelder und Leistungskriterien der Primärprävention zu beschließen. Diesem Auftrag ist der Spitzenverband im „Leitfaden Prävention“ nachgekommen, dessen gegenwärtig rechtsverbindliche Fassung vom 27.8.2010 stammt.⁴⁸ Der Beschluss zielt in der Form der Allgemeinverfügung in seiner Rechtswirkung⁴⁹ auf Verbindlichkeit gegenüber den Krankenkassen und Versicherten und ist somit als untergesetzliche Rechtsnorm für die Anspruchsprüfung beachtlich.

§ 20 SGB V setzt den rechtlichen Rahmen für Leistungen der Krankenkassen im Bereich der Primärprävention. Die Norm beherbergt einen gesetzlichen an die Krankenkassen adressierten Auftrag, gemeinsame Konzepte und Qualitätsanforderungen für derartige Maßnahmen zu entwickeln und Prioritätskriterien für deren Vergabe festzulegen. Im Rahmen eines begrenzten Budgets sollen die Krankenkassen ihren Beitrag zur Chancengleichheit bei der Gesundheit erbringen und gerade denjenigen Versicherten Leistungen zur Entwicklung oder dem Ausbau gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Verfügung stellen, die unter Dringlichkeitsgesichtspunkten besonders bedürftig sind. Der Hintergrund dieses gesetzlichen Auftrags gründet in der Einschätzung, dass einerseits zahlreiche Krankheiten verhaltensabhängig sind und andererseits die Vorteile von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gerade von solchen Versicherten nicht oder in geringerem Maße genutzt werden (können), die hierauf besonders angewiesen wären. Die Regelung ermöglicht den Krankenkassen, auf diejenigen Umstände in der persönlichen Lebensführung ihrer Versicherten positiven Einfluss zu nehmen, die für die Entstehung von Krankheiten erhebliche Bedeutung haben können, jedoch grundsätzlich außerhalb des Verantwortungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen würden.⁵⁰

2. Anspruchsposition des überschuldeten Versicherten

§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V vermittelt einem Versicherten keinen unmittelbaren subjektiven Rechtsanspruch⁵¹ auf eine primäre gesundheitliche Prävention. Dies liegt zunächst an dem Umstand, dass Leistungen zur primären gesundheitlichen Prävention nach der gegenwärtigen Rechtslage Satzungsleistungen der Krankenkassen darstellen und ein Leistungsanspruch von einer Verankerung in der Satzung einer Krankenkasse abhängig ist. Der Wortlaut der Norm „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen“ gibt Auskunft über den rechtlichen Charakter der Vorschrift. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V ermächtigt eine Krankenkasse, bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Leistungsanspruchs in ihre Satzung nach ihrem Ermessen zu handeln. Ist die Gewährung einer Sozialleistung in das Ermessen eines Leistungsträgers gestellt, hat dieser sein Ermessen pflichtgemäß⁵² auszuüben.⁵³ Das Ermessen ist dem Zweck der jeweiligen Ermächtigungsgrundlage entsprechend auszuüben. Die möglichst effektive Verwirklichung des Normzieles muss erstrebt werden.⁵⁴ Insoweit ist zu ermitteln, in welchem Maße der Gesetzgeber in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V einer Krankenkasse die verbindliche Feststellung der Gesetzesfolge übertragen wollte.

Die Gesetzesmaterialien zu § 20 SGB V betonen die stark verpflichtende Wirkung der Norm.⁵⁵ Soll-Vorschriften werden heute allgemein dahin gehend verstanden, dass die Leistung im Regelfall zu gewähren ist, der Rechtsträger aber ermächtigt ist, unter besonderen, gesetzlich nicht näher konkretisierten Umständen (sog. atypischer Fall) von dieser Regel abzuweichen.⁵⁶ Der überschuldete Personenkreis stellt als Leistungsgruppe keinen atypischen Einzelfall dar, der von der Zweckbestimmung des § 20 SGB V, gerade besonders Benachteiligten Zugang zu einer speziell an ihre Umstände angepassten Gesundheitsprävention zu eröffnen, nicht erfasst wäre. In diesem Zusammenhang hat auch der Richtwert in § 20 Abs. 2 SGB V – mehr noch als die Vorgabe, Leistungen zur primären Prävention vorzusehen – einen erheblich verpflichtenden Charakter. Aus alledem folgt, dass die gesetzliche Krankenkasse im Regelfall verpflichtet ist, Leistungen zur primären

Prävention in ihre Satzung aufzunehmen und den aktuell angepassten Ausgabenbetrag im Haushalt vorzusehen hat und nur ausnahmsweise Gründe gegeben sein dürften, hiervon abzusehen. Klarzustellen ist jedoch, dass die Leistungserbringung nach wie vor in ihr Ermessen gestellt ist und die Aufnahme von Leistungen zur primären Prävention in die Satzung lediglich bewirkt, dass die Krankenkasse diese Leistungen dem Grunde nach zu erbringen hat. Die Schwerpunkte und die Auswahl bezüglich der Leistungsgruppe und den Formen der Leistungserbringung darf jede einzelne Krankenkasse unter Zuziehung der Vorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen im Leitfaden Prävention selbstständig ausformen.⁵⁷ Versicherte haben jedoch bei der Ausfüllung des Ermessens der Krankenkasse einen Anspruch auf Teilhabe an den Leistungen der primären gesundheitlichen Prävention nach der Maßgabe des Grundsatzes der Gleichbehandlung und der Selbstbindung der Verwaltung. Nachfolgend soll überprüft werden, ob der durch das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entwickelte multimodale Stresspräventionskurs in seiner Konzeption den besonderen Voraussetzungen des § 20 SGB V und allgemeinen sozialrechtlichen Leistungsgrundsätzen entspricht.

V. Kriterien für Leistungen zur primären gesundheitlichen Prävention

1. Gegenstand der primären Prävention

Im Wortlaut des Gesetzes in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V kommt lediglich zum Ausdruck, dass die Krankenkasse in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen soll. Der spezifisch krankensicherungsrechtlich bedeutsame Anteil ist in der Norm des § 20 SGB V nicht präzisiert. Zu dessen Bestimmung muss auf systematische Grundsätze und auf die Allgemeinverfügung „Leitfaden Prävention“ der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27.8.2010⁵⁸ zurückgegriffen werden. Das Bundessozialgericht formuliert Kriterien für die Abgrenzung einer gesundheitsförderlichen Lebensführung und einer Krankenbehandlung, die vorliegend als Maßstab dienen können. Nach der Auffassung des höchsten deutschen Sozialgerichts ist eine Leistung nur dann als Krankenbehandlung zu qualifizieren, wenn sie sich durch objektiv im Vordergrund stehende gesundheitliche oder pflegerische Belange und besondere Qualitätsanforderungen bei der Leistungserbringung deutlich von der allgemeinen Lebensführung abhebt.⁵⁹ Übertragen auf den Bereich der primären Prävention sind Krankenkassen nur für diejenigen Leistungen zuständig, die durch besondere Leistungsziele und besondere Leistungsqualität von einem der allgemeinen Lebensführung zuzurechnenden gesundheitsförderlichen Verhalten unterschieden werden können. Eine der Primärprävention i.S.d. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V unterfallende Maßnahme hebt sich hiernach dann von der eigenen selbstverantwortlichen Lebensführung ab, wenn sie zum einen kognitive, motivatorische oder andere bei dem Versicherten selbst bestehende Hindernisse für eine gesundheitsförderliche Lebensweise ausräumen soll und zum anderen befähigen oder motivieren soll, zukünftig eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise an den Tag zu legen.⁶⁰

Das zur Rede stehende vorgeschlagene Kurskonzept eröffnet Hilfestellungen zu einem verbesserten Umgang mit der Stressbelastung einer Überschuldungssituation und deckt zudem die Gesundheitsfelder „gesunde und doch kostengünstige Ernährung“ und „Bewegung im Alltag“ ab; ein solches Gesundheitsprogramm ist als ein Leistungsangebot anzusehen, das gemäß dem Unterstützungsauftrag der Krankenkassen aus § 1 Satz 3 SGB V und entsprechend der Auffassung des Bundessozialgerichts ein besonderes Leistungsangebot mit einem spezifischen Leistungsziel darstellt und sich von einer selbstverantwortlichen Lebensführung abhebt sowie insbesondere wichtige motivierende Elemente in Bezug auf eine zukünftige physisch und psychisch gesunde Lebensweise in sich birgt. Das Leistungsangebot ist auf die spezifische Situation überschuldeter Personen zugeschnitten. Erkenntnissen des

sozialmedizinischen Projekts „Armut, Schulden und Gesundheit“ (ASG-Studie) zufolge leiden überschuldete Personen nicht nur häufiger an Krankheiten, sondern weisen ein bis zu dreifach erhöhtes Risiko auf zu erkranken. Durch die Situation der Finanzknappheit sind sie einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt, die eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen von Schuldnern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bewirkt. Der besondere Stressfaktor bestätigt sich in dem Umstand, dass jeder fünfte Schuldner vermehrt Beruhigungsmittel einnimmt. Insgesamt wirkt demnach nicht nur der Mechanismus „Krankheit führt zur Überschuldung“, sondern es besteht auch in umgekehrter Form eine erhöhte Gefahr, dass Überschuldung in die Krankheit führt. Fehlende finanzielle Mittel können ein schlechteres Ernährungsverhalten nach sich ziehen und einen Rückzug aus der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten verursachen. Ein auf Stressabbau, gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten hin konzipiertes Programm visiert mithin problembehaftete Elemente einer Überschuldungslage an, die in die Krankheit führen können. Es zeigt Wege zu einer Eingliederung dieser Gesundheitsfelder in den Alltag eines Schuldners auf und enthält insbesondere durch die breit angelegte auf Selbsthilfe gerichtete psychische Unterstützungsplattform wichtige motivierende Bestandteile für eine zukünftig gesündere Lebensweise.

2. Leistungsziele der primären Prävention

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Alt. 1 SGB V setzt als Ziel einer Präventionsmaßnahme die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands fest. Diese Zielvorgabe spricht dafür, dass die Leistungen zur primären gesundheitlichen Prävention mehr auf die Senkung von allgemeinen Gesundheitsrisiken und weniger auf die Vermeidung speziell herausgehobener Erkrankungen ausgerichtet sein sollen. Dagegen spricht jedoch, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch Kriterien für die Bestimmung des Bedarfs für Präventionsleistungen zu beschließen hat. Diese Zuweisung verweist eher auf ein krankheitsbezogenes Konzept, weil sich ein Bedarf eher bei spezifischen Krankheitsrisiken als unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen Gesundheitszustands ermitteln lassen dürfte. Dem widerspricht wiederum die Zuweisung an die Interessenvertretung der Krankenkassen, ebenfalls prioritäre Handlungsfelder für primärpräventive Leistungen festzulegen. Handlungsfelder können durch Gegenstand, Anlass oder Ziel umschriebene Aufgaben auf sehr unterschiedlichen Abstraktions- oder Konkretisierungsebenen sein. Für sich betrachtet können Handlungsfelder demnach sowohl Ansätze zur Bewältigung spezieller Krankheitsrisiken als auch zur Minderung allgemeiner Gesundheitsrisiken als Folge von gesundheitsschädlichem Verhalten sein wie etwa der Bewegungsmangel ein Risikofaktor für mehrere chronische Erkrankungen sein kann. Mithin kann davon ausgegangen werden, dass die gesetzliche Regelung in § 20 SGB V die Krankheits- oder Verhaltensbezogenheit der Leistungen zur primären Prävention und deren Konkretisierungsgrad in weitem Umfang der Präzisierung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen überlassen hat. Im „Leitfaden Prävention“ haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen bei den prioritären Handlungsfeldern für die Bereiche „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/Entspannung“ und „Suchtmittelkonsum“ entschieden und somit einen eher allgemeinen Verhaltensansatz gewählt. Der in § 20 SGB V gesetzte gesetzliche Rahmen ist mit dieser Auswahl eingehalten worden. Der vorgeschlagene Präventionskurs für die spezielle Gruppe der Überschuldeten berührt die ersten drei gewählten Handlungsfelder und lässt sich unproblematisch in den untergesetzlich festgelegten Rahmen einordnen.

3. Leistungsadressat der primären Prävention

Gem. § 20 Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 SGB V sollen Leistungen zur primären Prävention insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.⁶¹ Mit dieser Regelung soll gemäß den Gesetzesmaterialien⁶² zu § 20 SGB V dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Angebote der gesundheitlichen primären Prävention von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur in geringem Maße in Anspruch genommen werden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei ihrer Auswahl der Zielgruppe diejenigen Versicherten besonders im Auge zu haben, die für die Einübung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen aus eigenem Bestreben keine oder nur geringe Initiativen entwickeln und die nach gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen höhere Krankheitsrisiken als andere Gruppen von Versicherten aufweisen. Das sozialmedizinische Projekt „Armut, Schulden und Gesundheit“ belegt, dass überschuldete Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen. Die finanzielle Belastungssituation und die Angst vor einer Stigmatisierung vermindert für die Mehrheit der Betroffenen den Zugang zu einer sinnvollen und vergleichbar gleichwertigen Teilhabe an Leistungen des Gesundheits- und Vorsorgesystems. Es besteht zudem eine hohe Gefahr, den Umgang mit der eigenen Gesundheit in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu verschlechtern. All diese Fakten belegen, dass Schuldner einem Personenkreis angehören, der i.S.d. § 20 Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 SGB V als sozial benachteiligt gilt und somit als förderungswürdig anzusehen ist.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien zu beurteilen sein wird, ob eine Person zu der benachteiligten überschuldeten Bevölkerungsschicht zu rechnen ist. Verschuldung und Überschuldung werden ganz generell aus sechs verschiedenen Perspektiven betrachtet, die sich in die semantisch-ethymologische, religiös-philosophische, psychologische, soziologische, juristische sowie makro- und mikroökonomische einteilen lassen.⁶³ Betrachtet man den rein juristischen Begriff, der einer betroffenen Privatperson die Eröffnung eines Verbraucherinsolvenzverfahrens ermöglicht, findet sich in § 17 Abs. 2 InsO eine Definition, die den Schuldner als zahlungsunfähig kategorisiert, wenn er nicht in der Lage ist, die fälligen Zahlungspflichten zu erfüllen. Im Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wurde auf einen Überschuldungsbegriff zurückgegriffen, der neben der ökonomischen Zwangslage auch die mit dem Prozess der Überschuldung einhergehende psychosoziale Destabilisierung berücksichtigt.⁶⁴ All diese Komponenten werden aktuell auf der gemeinsamen Ratgeberseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland) berücksichtigt.⁶⁵ Bei einem Vergleich der aufgeführten Definitionen fällt auf, dass diese sich in drei Komponenten aufteilen lassen. Neben die administrativ-juristische Tatsache der Zahlungsunfähigkeit und der objektiv-quantitativen Lebenshaltungs-Einkommens-Relation, die die wirtschaftliche Destabilisierung in den Vordergrund rücken, tritt der subjektiv-qualitative psychosoziale Prozess, in dem sich in Zahlungsnot geratene Personen befinden. Im Sinne des Gesamtkonzepts des vorgeschlagenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramms ist es sinnvoll, aus dem multifaktoriellen Charakter der Zahlungsunfähigkeit auf den psychosozialen Belastungsgrad einer von Überschuldung betroffenen Person besonderes Augenmerk zu legen. Bereits derjenige, der sich seiner inneren Wahrnehmung nach momentan und in der nahen Zukunft nicht in der Lage sieht, finanzielle Verbindlichkeiten zu begleichen, befindet sich in einer inneren Zwangslage, deren Stressfaktor Auswirkungen auf sein Gesundheitsverhalten haben kann und mit Blick auf die Ergebnisse der ASG-Studie mit großer Wahrscheinlichkeit auch haben wird. Die sozialmedizinische Betreuung sollte demnach mit Blick auf den Prozess der Überschuldung so früh wie möglich ansetzen, um einen möglichst großen Kreis an betroffenen Schuldnern zu erreichen.

4. Leistungsbedarf für primäre Prävention

Maßnahmen zur primären gesundheitlichen Prävention sind von den gesetzlichen Krankenkassen nur zu erbringen, wenn für sie ein Bedarf besteht. Dieser Umstand ergibt sich zum einen aus § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V, der dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch den Beschluss über Kriterien bezüglich des Bedarfs für Leistungen zur gesundheitlichen Prävention zuweist. Zum anderen unterliegen auch Präventions- bzw.

Gesundheitsförderungsangebote wie alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gem. § 12 Abs. 1 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot.⁶⁶ Verfassungsrechtlich ist es nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenkasse den versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs nur unter der Beachtung eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt.⁶⁷ Ungeachtet dessen sind die grundrechtlich geschützten Interessen der Leistungsbegehrenden mit den an die Aufrechterhaltung des Systems gekoppelten Erfordernissen in Ausgleich zu bringen.

Das vorgeschlagene Präventionsprogramm für überschuldete Personen muss mithin dem allgemeinen Leistungsgrundsatz der Notwendigkeit entsprechen. Kriterien des Bedarfs hat der Gesetzgeber für Leistungen der primären Prävention nicht vorgegeben. Eine Krankenbehandlung ist notwendig, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand die körperlichen oder geistigen Funktionen in so erheblichem Maße beeinträchtigen würde, dass ihre vollständige oder teilweise Wiederherstellung der ärztlichen Behandlung bedürfte.⁶⁸ Auf die primäre Prävention lässt sich diese Abgrenzung nicht unmittelbar übertragen. Im Vorfeld von Erkrankungen sind die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend.

Infolgedessen ist in der Gesundheitswissenschaft umstritten, ob primäre Prävention eher auf Personen mit einem hohen Erkrankungsrisiko oder auf die allgemeine Bevölkerung ausgerichtet sein sollte.⁶⁹ Im rechtlichen Sinne dürfte hieraus zu folgern sein, dass die Krankenkassen im Wesentlichen auf Umstände der Dringlichkeit zu achten haben, so dass besonders bedürftige Bevölkerungsgruppen ins Visier zu nehmen sind. Das besondere Bedürfnis überschuldeter Personen nach präventiver Betreuung wurde bereits beschrieben. Für diese Personengruppe besteht ein besonderer Leistungsbedarf.

Im „Leitfaden Prävention“ stellt die Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der Präventionsangebote bei der Bedarfsermittlung auf die Häufigkeit, medizinische Relevanz und volkswirtschaftliche Bedeutung bestimmter Erkrankungen ab und stellt Krankheitsbilder von epidemiologischer Bedeutung vor.⁷⁰ Es werden Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychische und psychosomatische Krankheiten benannt. Als Zielvorgabe wird die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Erkrankungen durch präventive Leistungen der Krankenkassen anvisiert. Gemäß den Erkenntnissen der ASG-Studie leidet das Kollektiv überschuldeter Personen beispielsweise besonders häufig an psychischen Erkrankungen wie Angstzuständen, Depressionen oder Psychosen sowie an Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen. Überschuldete Privatpersonen weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein zwei- bis dreifaches Erkrankungsrisiko auf. Ein Präventionskurs würde in diesem Bereich auf die Vermeidung bestimmter Ursachen der im „Leitfaden Prävention“ aufgeführten Krankheitsbilder reagieren, da die Kombination Stressabbau, gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten die Faktoren Übergewicht, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, schwache Muskulatur sowie schlechte Belastungsverarbeitung im positiven Sinne zu beeinflussen vermag.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschreibt in ihren Kriterien für eine gute Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten⁷¹ im Glossar zu der Kosten-Nutzen-Relation die Problematik, die bei der Aufstellung einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung im Präventionsbereich auftritt. Ob der nachgewiesene Nutzen die entstandenen Kosten aufwiegt bzw. übertrifft, lässt sich im Bereich der Gesundheitsförderung kaum feststellen, da sowohl Kosten als auch Nutzen unterschiedlich

quantifiziert und nur zu unterschiedlichen Zeitpunkten wie etwa mit einer Steigerung der Lebenserwartung gemessen werden können. Für die Evaluierung von Angeboten der primären Prävention wird daher sinnvollerweise auf eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse zurückgegriffen, die auch nicht-monetäre Effekte einbezieht, indem die Erreichung von gesteckten Zielen gemessen und den Kosten gegenübergestellt wird.⁷² Auch der „Leitfaden Prävention“ macht einen Anspruch auf die Gewährung von Leistungen für eine primäre Prävention von der Wirksamkeit der Intervention abhängig, die sich in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat.⁷³ Als gesicherte Präventionsprinzipien sieht die Interessenvertretung der Krankenkassen die Reduktion von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, die Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, die Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, die Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken, die Förderung des Nichtrauchens und den gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol an.⁷⁴ Der vorgeschlagene Präventionskurs deckt einen Großteil dieser bereits erprobten Anwendungsfelder ab und verknüpft überdies die verschiedenen Handlungsbereiche, so dass von einem sinnvollen ganzheitlichen Ansatz ausgegangen werden kann, der den allgemeinen Gesundheitszustand der überschuldeten Person anvisiert.

VI. Ergebnis

Angesichts aktueller Statistiken wissenschaftsbasierter Sozialberichtserstattung und gemäß den Erkenntnissen der quantitativen Studie „Armut, Schulden und Gesundheit“ (ASG-Studie) des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz weisen Schuldner im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Prävalenz physischer und psychischer Erkrankungen auf. Die finanzielle Krise vermindert zudem für die Mehrheit der Betroffenen den Zugang zu einer gleichwertigen Teilhabe an Leistungen des Gesundheits- und Vorsorgesystems und birgt die Gefahr in sich, den Umgang mit der eigenen Gesundheit zu verschlechtern. Eine Handlungsempfehlung aus der ASG-Studie fokussiert die Durchführung eines multimodalen Stresspräventionskurses für die besonders belastete Gruppe überschuldeter Menschen. Ein unmittelbarer Anspruch eines überschuldeten gesetzlich Krankenversicherten auf das Angebot eines solchen Präventionskurses besteht nicht. Jedoch steht den Mitgliedern dieser sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes und der Selbstbindung der Verwaltung ein Teilhabeanspruch an Leistungen zur primären Prävention zu. Die jeweilige gesetzliche Krankenkasse ist im Regelfall verpflichtet, ein solches Angebot in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Auf diesen Umstand sollte sozialpolitisch reagiert werden.

*

Dr. iur., LL.M. (Mainz), Wiss. Mitarbeiterin im Forschungscluster „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ der Universitäten Mainz und Trier

1

Umfassende Befunde in den Materialien zur Familienpolitik: Lebenslagen von Familien und Kindern – Überschuldung privater Haushalte; Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Nr. 22/2008, S. 129 ff.; im Internet abrufbar unter:
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/armutsbericht-materialien,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>.

2

Die Methode einer solchen Art der Datenermittlung beruht auf der Grundannahme, dass jeder Überschuldete früher oder später bei einem Indikator auffällig werden wird.

3

Zur Schuldnerberatung als Institution grundlegend Homann, Praxis und Recht der Schuldnerberatung, 2009.

4

Vgl. etwa Korczak, Überschuldung in Deutschland zwischen 1988 und 1999, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 198, S. 105 f.; Korczak, Überschuldungsexpertise für den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2004, im Internet abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/materialien-zur-familienpolitik-nr.-19-2004,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>; Zimmermann, Ermittlung der Anzahl überschuldeter Privathaushalte in Deutschland, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Materialien zur Familienpolitik – Lebenslagen von Familien und Kindern – Überschuldung privater Haushalte, Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung, Nr. 22/2008, 2008.

5

Die Überschuldungsstatistik wird gem. § 7 Abs. 1 des Bundesstatistikgesetzes (BStatG) als freiwillige Erhebung bei denjenigen Schuldnerberatungsstellen durchgeführt, die unter der Trägerschaft der Wohlfahrts- und Verbraucherverbände oder der Kommunen stehen. Die Schuldnerberater leiten das Datenmaterial ihrer Klienten mit deren Zustimmung anonymisiert an das Statistische Bundesamt weiter, das die Daten in einem jährlichen Bericht zusammenfasst. Die Erhebung liefert Aussagen über die Zusammensetzung des verschuldeten Personenkreises, über die Ursachen und die Höhe der Schulden, über Einkünfte sowie die wichtigsten Gläubiger. Zum Ablauf und Umfang der Erhebung vgl. etwa Angele, Wirtschaft und Statistik 2007, S. 948, 949 ff.; Angele, Wirtschaft und Statistik 2008, S. 963 ff. Zur aktuellsten Überschuldungsstatistik siehe Statistisches Bundesamt, Statistik zur Überschuldung privater Personen 2009, im Internet abrufbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/UnternehmenGewerbeInsolvenzen/Insolvenzen/Ueberschuldung5691101097004,property=file.pdf>.

6

Die Teilnahme der Schuldnerberatungsstellen an der Erhebung nach § 7 Abs. 1 BStatG ist allerdings von Bundesland zu Bundesland äußerst unterschiedlich, hierzu und zu den Gründen Hergenröder, DZWIR 2009, 221, 222; Hergenröder, in: Hadding/Hopt/Schimansky, Verbraucherschutz im Kreditgeschäft. Compliance in der Kreditwirtschaft (Schriftenreihe der Bankrechtlichen Vereinigung, Bd. 29), 2009, S. 39, 45 f.

7

SchuldnerAtlas 2011, im Internet abrufbar unter: http://www.creditreform.de/Deutsch/Creditreform/Presse/Archiv/SchuldnerAtlas_Deutschland/2011/Analyse_SchuldnerAtlas_Deutschland_2011.pdf.

8

SCHUFA Kredit-Kompass 2011, im Internet abrufbar unter: http://www.schufa-kredit-kompass.de/media/download/downloadsgesamt2011/schufa_kreditkompass2011.pdf.

9

iff-Überschuldungsreport 2011, im Internet zu finden unter: <http://www.iff-ueberschuldungsreport.de/media.php?id=4364>.

10

Die Schuldnerberatungsstellen dienen den betroffenen Schuldnern als psychosoziale Auffangstationen, bewähren sich als wichtige Partner in der Verhandlung mit

Gläubigern in der Vorbereitung und während der Durchführung des Insolvenzverfahrens und können aus ihrem anonymisierten statistischen Datenpool hinreichend zuverlässige Aussagen zu den Ursachen und dem Ausmaß privater Überschuldung, der Zusammensetzung des überschuldeten Personenkreises und Angaben zu den Gläubigern tätigen.

11

Zum Selbstverständnis und zur Arbeitsweise der Schuldnerberatungsstellen Hergenröder, [ZVI 2003, 577, 578](#) ff.; Hergenröder, [ZVI 2007, 448](#). Eingehend Ebli, Pädagogisierung, Entpolitisierung und Verwaltung eines gesellschaftlichen Problems. Die Institutionalisierung des Arbeitsfeldes „Schuldnerberatung“, 2003, S. 141 ff.; Homann (Fußn. 3), Rz. 25 ff., 85 ff., 116 ff.

12

Zahlenmaterial zur Teilnahme der Schuldnerberatungsstellen in den einzelnen Bundesländern bei Hergenröder, DZWIR 2009, 221, 222; Hergenröder (Fußn. 6), S. 39, 45 f.

13

Statistisches Bundesamt, Statistik zur Überschuldung privater Personen 2009, im Internet abrufbar unter:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/UnternehmenGewerbeInsolvenzen/Insolvenzen/Ueberschuldung__1,property=file.pdf.; vgl. ebenfalls Statistisches Bundesamt, Datenreport 2011, Kap. 6.1.6, Überschuldung und Privatinsolvenz, im Internet abrufbar unter:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011Kap6,property=file.pdf>., S. 148 ff.

14

Zu früheren Jahren vgl. Hergenröder, DZWIR 2009, 221, 222 f.; Hergenröder, DZWIR 2001, 397, 399 ff.; Hergenröder/Kokott, ZVI-Sonderheft 2009, S. 27, 28 f.

15

Statistisches Bundesamt, Datenreport 2008, im Internet abrufbar unter:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008,property=file.pdf>, S. 160.; das Tabellenband zur Überschuldungsstatistik 2008 ist abrufbar unter:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/UnternehmenGewerbeInsolvenzen/Insolvenzen/UeberschuldungPDF,property=file.pdf>.

16

Statistisches Bundesamt, Überschuldung privater Personen und Verbraucherinsolvenzen – Begleitmaterial zur Pressekonferenz v. 21.10.2008 in Berlin, im Internet abrufbar unter:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Ueberschuldung/Pressebrochure_ueberschuldung,property=file.pdf, S. 13 f.; vgl. auch die Pressemitteilung v. 21.10.2008, im Internet abrufbar unter:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/10/PD08__393__52411,templateId=renderPrint.psml.

17

Vgl. die Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes v. 26.11.2009, im Internet abrufbar unter:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/11/PD09__454__52411.psml.

18

Die Landesstatistik Rheinland-Pfalz beruht auf Angaben der nach § 305 Abs. 1 Nr. 1 InsO anerkannten Schuldnerberatungsstellen; im Internet abrufbar unter: http://www.sfz.uni-mainz.de/Dateien/Langfassung_Statistik_RLP_2000-2010.pdf.

19

iff-Überschuldungsreport 2011, im Internet zu finden unter: <http://www.iff-ueberschuldungsreport.de/media.php?id=4364>, S. 20 ff. in Bezug auf selbstständige und nichtselbstständige Schuldner; nur die nichtselbstständigen Schuldner behandelt die Übersicht der Überschuldeten 2006 bis 2010 auf S. 85 des Überschuldungsreports.

20

Vgl. etwa die Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer zur Woche der seelischen Gesundheit 2010, im Internet abrufbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20101001_pm_bptk_psychische_krankheiten_zahlen_fakten.pdf; umfassend die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt, im Internet zu finden unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20100518_psychische_erkrankungen_in_der_arbeitswelt.pdf.

21

Zum Zusammenhang zwischen Krankheit und Armut Korczak, Überschuldungsexpertise für den 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Fußn. 4), S. 15, 17 ff.; aus der zumeist englischsprachigen Literatur zu diesem Themenkomplex und zum Umstand, dass Verarmung mit starkem psychischen Stress einhergeht Davis/Mantler, The consequences of financial stress for individuals, families and society. Centre for research on stress, Coping and Well-being. Carleton University 2004.

22

Den Forschungsstand aufzeigend Oesterreich, Psychische und soziale Folgen von Überschuldung für Betroffene und ihr soziales Umfeld, Expertise für das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2007 – im 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 129 ff., abrufbar im Internet unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile.

23

Korczak/Pfefferkorn, Überschuldungssituation und Schuldnerberatung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 3, 1992, S. XXI.

24

Der Untersuchung des Phänomens der Verschuldung und Überschuldung widmen sich verschiedene Teilnehmer des Forschungsclusters „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ im Rahmen der Forschungsinitiative des Landes Rheinland-Pfalz. Informationen zu diesem Forschungsprojekt sind abrufbar unter www.netzwerk-exzellenz.uni-trier.de/?site_id=111. Einen Überblick über die einzelnen Projekte geben Bock/Breuer/Clemens/Gestrich/Hergenröder/Hermann-Otto/Irsigler/Münster/Schnabel-Schüle/Schwappe, [ZVI 2007, 515](#).

25

Informationen zu diesem sozialmedizinischen Forschungsprojekt sind im Internet zu finden unter: www.netzwerk-exzellenz.uni-trier.de/?site_id=111.

26

Zum Verlauf und den Ergebnissen der Studie siehe etwa Münster/Rüger/Ochsmann/Alsmann/Letzel, Überschuldung und Gesundheit –

Sozialmedizinische Erkenntnisse für die Versorgungsforschung, in: Arbeitsmedizin/Sozialmedizin/Umweltmedizin 2007, S. 628 ff.; Münster/Letzel, Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke. Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Materialien zur Familienpolitik: Lebenslagen von Familien und Kindern. Überschuldung privater Haushalte Nr. 22/2008, S. 55 ff.; Münster/Letzel, ZVI-Sonderheft 2009, S. 50 ff.; Münster/Letzel, Auswirkungen von Überschuldung auf die Gesundheit, in: Bundesverband der Wohlfahrtsverbände (Hrsg.), Schuldenreport 2009, S. 62 ff.; Münster/Rüger/Ochsmann/Alsmann/Letzel, Überschuldung und Zuzahlung im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, in: Gesundheitswesen 2009, S. 67 ff.; im Internet ist der Bericht zu finden unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,,did=111808.html>.

27

Ausführlich zur Methodik und den Ergebnissen Münster/Rüger/Ochsmann/Alsmann/Letzel, Überschuldung und Zuzahlung im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, in: Gesundheitswesen 2009, S. 67 ff.; Münster/Letzel, ZVI-Sonderheft 2009, S. 50 ff.

28

Münster/Letzel, ZVI-Sonderheft 2009, S. 50, 52; Münster/Rüger, Überschuldung von Privatpersonen und die medizinischen Konsequenzen in Deutschland. Studie beweist: Überschuldete Menschen sind häufiger krank, in: ASB-Informationen (Zeitschrift der Schuldnerberatungsstellen in Österreich) 2008, 18 ff.; ausführlich zur Studie Münster/Letzel, Auswirkungen von Überschuldung auf die Gesundheit, in: Bundesverband der Wohlfahrtsverbände (Hrsg.), Schuldenreport 2009, S. 62 ff.

29

Im Vergleich zur sozial am schlechtesten gestellten Gruppe der Gesamtbevölkerung besteht eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen des Personenkreises der Überschuldeten. Vgl. Rüger/Löffler/Ochsmann/Alsmann/Letzel/Münster, Psychische Erkrankung und Überschuldung – Psychische Erkrankung, soziale Netzwerke und finanzielle Notsituation bei Überschuldung, in: Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie (Psychother Psych Med), DOI: 10.1055/s-0029-1202364, Online-Publikation (2009); im Internet abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/ppmp/doi/10.1055/s-0029-1202364.pdf>.; bzgl. Krebserkrankungen vgl. Münster/Rüger, Überschuldung bei Krebspatienten – Finanzielle Not, ein Thema für das medizinische Versorgungssystem, in: FORUM (Mitgliederzeitschrift der Deutschen Krebsgesellschaft) 2008, S. 42 ff.

30

Münster/Letzel, ZVI-Sonderheft 2009, S. 50, 52 mit ausführlichen Angaben zu Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen.

31

Ausführlich hierzu Münster/Rüger/Ochsmann/Alsmann/Letzel, Überschuldung und Zuzahlung im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, in: Gesundheitswesen 2009, S. 67 ff.; Münster/Letzel, Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke. Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Materialien zur Familienpolitik: Lebenslagen von Familien und Kindern. Überschuldung privater Haushalte Nr. 22/2008, S. 55, 93 ff.

32

Zu den Konsequenzen im Hinblick auf die Zuzahlungspflichten nach dem SGB V Hergenröder, [ZVI 2012, 169](#) ff.

[33](#)

Nachweise bei Münster/Letzel, Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke. Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Materialien zur Familienpolitik: Lebenslagen von Familien und Kindern. Überschuldung privater Haushalte Nr. 22/2008, 55, 103 ff.

[34](#)

Münster/Letzel, Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke. Expertisen zur Erarbeitung des dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Materialien zur Familienpolitik: Lebenslagen von Familien und Kindern. Überschuldung privater Haushalte Nr. 22/2008, S. 55, 107.

[35](#)

Die Selbstangaben der an der ASG-Studie teilgenommen haben den Schuldner und Schuldnerinnen konnten mittlerweile durch Experteninterviews mit 16 Schuldner- und Insolvenzberatern aus Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern bestätigt werden. Siehe hierzu in aller Ausführlichkeit den Abschlussbericht „Entwicklung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bei überschuldeten Privatpersonen“; Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

[36](#)

Vgl. zu den Zusammenhängen von Armut, psychischer Erkrankung und Überschuldung aus betreuungsrechtlicher Sicht Herzog, *Betreuungsrechtliche Praxis* 2008, 7 ff.

[37](#)

Ausführlich zu den rechtlichen Besonderheiten des Verbraucherinsolvenzverfahrens und den bisherigen Reformüberlegungen zur Entschuldung zahlungsunfähiger Personen Hergenröder, *DZWIR* 2001, 401; Hergenröder, *DZWIR* 2006, 265 ff.; Hergenröder, *DZWIR* 2006, 441 ff.; Hergenröder, in: *Festschrift Konzen*, 2006, S. 287 ff.; Hergenröder (Fußn. 6), S. 39 ff.; Hergenröder, *DZWIR* 2009, 221 ff.

[38](#)

Zu den vielfältigen Aspekten der Überschuldung Hergenröder/Kokott, *ZVI-Sonderheft* 2009, S. 27 ff.

[39](#)

Zu gesundheitlichen Aspekten in der Wohlverhaltensphase Lechner, *Eine Chance für alle gescheiterten Schuldner?*, Längsschnittstudie zur Evaluation des Verbraucherinsolvenzverfahrens, im Internet abrufbar unter: http://www.schufa-verbraucherbeirat.de/media/themenundprojekte/downloads/wirkungsstudie_verbraucherinsolvenzverfahren_final.pdf, S. 52, 62, 74.

[40](#)

Multimodaler Stresspräventionskurs „Wir gehn's an – Stressfaktor Schulden“, Einzelheiten bei Zier/Bellwinkel/Faryn-Wewel/Letzel/Münster, Zielgruppenorientierte Präventionsangebote am Standort Schuldner- und Insolvenzberatung als neuer Weg der Stärkung gesundheitlicher Teilhabe überschuldeter Menschen, in: Forschungscluster „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ (Hrsg.), *Gesellschaftliche Teilhabe trotz Schulden? Perspektiven interdisziplinären Wissenstransfers*, 2012, S. 201 ff.; siehe auch Letzel/Münster, *Auswirkungen von Überschuldung auf die Gesundheit*, in: Bundesverband der Wohlfahrtsverbände (Hrsg.), *Schuldenreport 2009*, S. 62, 68 ff.;

Münster/Rüger/Ochsmann/Alsmann/Letzel, Überschuldung und Zuzahlung im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, in: Gesundheitswesen 2009, S. 67 ff.; im Internet zu finden unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=111808.html>.

41

Letzel/Münster, Auswirkungen von Überschuldung auf die Gesundheit, in: Bundesverband der Wohlfahrtsverbände (Hrsg.), Schuldenreport 2009, S. 62, 68 ff.

42

Umfassend zum Entwicklungsbedarf der gesundheitlichen Präventionspolitik Kliche, Bundesgesundheitsblatt 2011, 194 ff.

43

Im gesundheitswissenschaftlichen Sprachgebrauch steht die gesundheitliche Prävention für die Gesamtheit aller Maßnahmen und Aktivitäten, die eine gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern sollen. Der ungenauen Begriffsbestimmung begegnet das wissenschaftliche Schrifttum mit einer Dreiteilung nach Interventionszeitpunkten in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Ausführliche Definitionen etwa bei Adelt, in: Kruse/Hänlein, Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl., 2009, § 20 Rz. 8, 9 ff.; Kaltenborn, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Beck'scher Online Kommentar zum SGB V, Edition 17/2010, § 20 Rz. 4; Schütze, in: Schlegel/Voelzke, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, JurisPraxisKommentar, 2008, § 20 Rz. 14 sowie bei Seewald, Prävention im Sozialrecht, in: 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S. 289 ff.

44

Das Bundessozialgericht schließt sich der in der Literatur entwickelten Dreiteilung grundsätzlich nicht an. Es orientiert sich daran, dass bei der primären Prävention in der Abgrenzung zur Früherkennung von Krankheiten die Krankheit, deren Eintritt verhütet werden soll, noch nicht vorliegen darf, da Präventionsleistungen den noch nicht kranken Menschen betreffen. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten hingegen seien in Abgrenzung zu Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten rein diagnostischer Natur und als solche nicht auf die Änderung des festgestellten Zustandes des Versicherten gerichtet. Vgl. BSGE 51, 115, 118; BSGE 50, 44; BSGE 51, 115, 117.

45

Insgesamt liegt ein Nebeneinander verschiedener Begriffe zur Prävention in den einzelnen Sozialgesetzbüchern vor, eine durchgängige und einheitliche Bezeichnung fehlt. Ausführlich hierzu Seewald (Fußn. 43), S. 289 ff.; Walter, Babylon im SGB? – Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern, in: Sozialer Fortschritt 10/2003, 253 ff.

46

Die maßgeblichen Gesetzesmaterialien zu § 20 SGB V finden sich in den BT-Drucks. 11/2237, 11/3320, 11/3480, 12/3608, 13/4615, 13/5099, 14/1245, 14/1977 sowie 16/3100.

47

Die Errichtung des Spitzenverbandes Bund, seine Organisation und seine Aufgaben sind in §§ 217a ff. SGB V geregelt.

48

„Leitfaden Prävention“ – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V v. 21.6.2000 in der Fassung v. 27.8.2010, im Internet zu finden unter: <http://www.gkv->

spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Prävention_RZ_web4_2011_15702.pdf; vgl. auch die vorherige Fassung „Leitfaden Prävention“ – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V v. 21.6.2000 in der Fassung v. 2.6.2008; abrufbar im Internet unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention.gkvet>.

49

Kritisch hierzu Schütze (Fußn. 43), § 20 Rz. 39. Die einzelne Krankenkasse selbst besitzt folglich keinerlei Regelungsbefugnis zur Konkretisierung des Präventionsauftrags aus § 20 SGB V. Sie muss sich bei der Gestaltung ihrer Leistungen an den im „Leitfaden Prävention“ vorgegebenen Rahmen halten, innerhalb dessen sie ihr Leistungsangebot jedoch frei gestalten darf.

50

Der Bereich der primären Prävention berührt ein den Krankenkassen grundsätzlich nicht zugewiesenes Feld vor dem Eintritt eines Versicherungsfalles. Aus dem zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten bestehenden Versicherungsverhältnis ergibt sich, dass Gegenstand von Krankenkassenleistungen zur primären Prävention nur Maßnahmen zur Unterstützung von Versicherten bei der Entwicklung oder dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sein können. Die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen gehören grundsätzlich der Sphäre der Versicherten an und fallen in deren Eigenverantwortung. Der Solidargemeinschaft ist jedoch ein Unterstützungsauftrag zugewiesen, der in § 1 Satz 3 SGB V dahin gehend formuliert ist, dass die Krankenkassen den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken haben. Mithin ist der Unterstützungsauftrag der Krankenkasse von der gesundheitsförderlichen Lebensführung eines jeden Versicherten abzugrenzen. Zur prinzipiellen Trennung zwischen Eigenverantwortung vor dem Versicherungsfall und Einstandspflicht der Solidargemeinschaft nach dem Eintritt des Versicherungsfalles vgl. Schütze (Fußn. 43), § 20 Rz. 9 ff.

51

Unter einem Anspruch ist das subjektive öffentliche Recht dessen zu verstehen, der die Tatbestandsvoraussetzungen für die Gewährung einer Sozialleistung erfüllt (des Sozialleistungsberechtigten), von einem anderen (dem zuständigen Leistungsträger) zu verlangen, dass dieser die Sozialleistung (nach näherer Maßgabe eventuell weiterer gesetzlicher Vorschriften) erbringt. Vgl. etwa Lilge, in: Berliner Kommentar zum Sozialrecht – Sozialgesetzbuch, Bd. I, 2. Aufl., 2006, § 38 SGB I Rz. 9.

52

In diesem Sinne bedeutet „pflichtgemäß“ fehlerfrei. Ausführlich zur Ermessensfehlerlehre Alexy, JZ 1986, 701 ff.

53

Der Gesetzgeber hat die ungeschriebenen Grundsätze des Verwaltungsrechts über die rechtmäßige Betätigung des Verwaltungsermessens in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I niedergelegt. Ermessen meint mithin die Pflicht des Leistungsträgers, eine vom Gesetz offengelassene Rechtsfolge gemäß dem Zweck der Ermächtigung und aufgrund pflichtgemäßer Abwägung aller sachlich und fachlich maßgebenden Gesichtspunkte und unter Beachtung der rechtlichen Grenzen im Einzelfall zu bestimmen. Das Ermessen ist mit der Rechtsfolgenseite einer gesetzlichen Vorschrift verknüpft. Es liegt vor, wenn sich aus dem Gesetzestext erschließen lässt, dass der Leistungsträger bei der Verwirklichung eines gesetzlichen Tatbestandes zwischen verschiedenen Verhaltensweisen wählen kann. Das Gesetz knüpft an den Tatbestand nicht eine bestimmte Rechtsfolge (wie bei der gesetzlich gebundenen Verwaltung), sondern

ermächtigt den Leistungsträger, die Rechtsfolge selbst zu bestimmen, wobei entweder zwei oder mehrere Möglichkeiten angeboten werden oder ein gewisser Handlungsbereich zugewiesen ist. Ein Ermessen kann sich darauf beziehen, „ob“ der Leistungsträger überhaupt tätig werden soll (Entschließungsermessen), oder darauf, „welche“ der möglichen und zulässigen Maßnahmen im konkreten Fall getroffen werden sollen (Auswahlermessen). Ausführlich zu der rechtstheoretischen Seite des Ermessens Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 16. Aufl., 2006, § 7 Rz. 7 ff.; lehrreich ebenso Just, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch – Gesamtkommentar, SGB I, Allgemeiner Teil, § 39 Rz. 4 ff. Das Bundessozialgericht versteht unter Ermessen das rechtlich begründete Vermögen, bei Ausübung hoheitlicher Befugnisse zwischen mehreren Verhaltensweisen nach eigenem Abwägen zu wählen. Vgl. BSGE 26, 146, 153; BSGE 47, 3, 6; BSGE 54, 14, 18.

54

Vgl. auch BVerfGE 18, 353, 363.

55

BT-Drucks. 14/1977, S. 160.

56

Herrschende Meinung in der Rechtsprechung und wissenschaftlichen Literatur, vgl. etwa BSGE 35, 267, 270 f.; BSGE 54, 14, 18; BSGE 74, 287, 293; BSGE 86, 10, 16; BSGE 87, 31, 39; Just (Fußn. 53), § 39 Rz. 8; Kraher, in: Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil, Lehr- und Praxiskommentar, 2003, § 39 Rz. 6; Lilge (Fußn. 51), § 39 SGB I Rz. 15; Mrozynski, in: Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil, SGB I, 3. Aufl., 2003, § 38 Rz. 4 und § 39 Rz. 7.

57

Vgl. etwa Becker, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 64. Aufl., 2010, § 20 SGB V Rz. 5; Schütze (Fußn. 43), § 20 Rz. 44 f.

58

„Leitfaden Prävention“ – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V v. 21.6.2000 in der Fassung v. 27.8.2010, im Internet zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Prävention_RZ_web4_2011_15702.pdf.

59

BSGE 85, 132 m.w.N.

60

Nähere Überlegungen hierzu bei Metzinger, KrV 2006, 167 ff.

61

Umfassend Rosenstock/Kümpers, in: Richter/Hurrelmann, Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., 2009, S. 385 ff.

62

Vgl. BT-Drucks. 14/1977, S. 160.

63

Einen ausführlichen Überblick bietet Korczak, Definitionen der Verschuldung und Überschuldung im europäischen Raum – Literaturrecherche im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003.

64

„Überschuldung ist die Nichterfüllung von Zahlungsverpflichtungen, die zu einer ökonomischen und psychosozialen Destabilisierung von Schuldern führt. Überschuldung bedeutet daher nicht allein, dass nach Abzug der fixen Lebenshaltungskosten der verbleibende Rest des monatlichen Einkommens für zu zahlende Raten nicht mehr ausreicht, sondern birgt massive soziale und psychische Konsequenzen in sich.“

65

„Wenn Ihr monatliches Einkommen über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung Ihres Lebensstandards nicht ausreicht, die Lebenshaltungskosten sowie fällige Raten und Rechnungen zu bezahlen, sind Sie überschuldet. Überschuldung löst Existenzängste aus – Angst vor Gläubigern, Angst vor dem Verlust der Wohnung, Angst vor Stigmatisierung als Versager. Angst macht viele Menschen handlungsunfähig und einige sogar krank.“ Im Internet zu finden unter http://www.meine-schulden.de/ueberschuldung/was_ist_ueberschuldung.

66

§ 12 Abs. 1 SGB V definiert den leistungsrechtlichen Anspruchsrahmen wie folgt: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungsträger nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

67

BVerfG v. 6.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5.

68

Umfassend hierzu Engelhard, in: Schlegel/Voelzke, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, JurisPraxisKommentar, 2008, § 12 Rz. 79 ff.

69

Vgl. hierzu den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, in: BT-Drs. 15/5670, S. 105.

70

„Leitfaden Prävention“ – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, S. 14 ff.; im Internet zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf.

71

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, 3. Auflage 2007.

72

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, 3. Aufl., 2007, S. 354 f.

73

„Leitfaden Prävention“ – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.6.2000 in der Fassung vom 27.8.2010, S. 14 ff.; im Internet zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf.

74

„Leitfaden Prävention“ – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, S. 35 ff.; im Internet zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf