

Teil I

Sozialstaat und Gesundheitswesen

1 Deutschland ist ein Sozialstaat

»Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.«

So lautet der Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes. Artikel 20 Grundgesetz genießt, ebenso wie Artikel 1, der die Wahrung der Menschenwürde fordert, **Ewigkeitsrecht**, d. h., er kann nie geändert werden, egal wie die Mehrheitsverhältnisse im Bundestag aussehen.

Der Satz ist kurz, gleichwohl enthält er die wichtigsten Prinzipien unseres Staates. Deutschland ist eine Demokratie, die Bürger bestimmen in freien und geheimen Wahlen ihre Parlamente, Deutschland ist in Bundesländer gegliedert und Deutschland ist ein Sozialstaat.

Wer sich mit dem Gesundheitswesen beschäftigt, dem wird der Sozialstaat in vielerlei Gestalt begegnen. Es gehört zum Wesen eines Sozialstaates, dass er Menschen mit gesundheitlichen Sorgen unterstützt.

Das soll nun nicht heißen, das Gesundheitswesen sei die einzige Aufgabe des Sozialstaats. Sozialpolitik ist ein sehr weites Feld, zu ihr gehört die Unterstützung von Familien mit Kindern durch Kindergeld, ebenso der Schutz von Arbeitnehmern durch Unfallverhütungsvorschriften, durch einen gesetzlichen Urlaubsanspruch, durch Kündigungsschutz. Ein sozialer Staat wird dafür sorgen, den Lebensstandard von Menschen, die z. B. durch geringe Einkommen benachteiligt sind, nicht unter eine bestimmte Grenze sinken zu lassen. Dafür gibt es die **Sozialhilfe**. Anliegen eines Sozialstaates ist es ebenso, den Menschen gleiche Bildungschancen einzuräumen, z. B. durch Bafög. Die Aufzählung ist noch lange nicht fertig; es soll dem Leser überlassen werden, weitere Beispiele für sozialstaatliches Handeln zu finden.

Sozialpolitik hat heutzutage zwei Hauptanliegen:

1. Zwischen den Menschen soll ein **sozialer Ausgleich** stattfinden: Wer gesund ist, durch seine Leistungsfähigkeit ein gutes Einkommen erzielt, der gibt einen Teil seines Einkommens ab für jene, die z. B. krank oder arbeitslos sind und kein Einkommen erzielen können.
2. Auch Menschen, die Sozialleistungen erhalten, sollen **an steigendem Wohlstand** einer Gesellschaft **teilhaben**. Aus diesem Grund sind z. B. die Renten dynamisiert; steigen die Arbeitsentgelte, so steigen mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung auch die Renten. Wäre dies nicht so, würden die Rentner von zunehmendem Wohlstand abgekoppelt. Dieses zweite Ziel der Sozialpolitik rückt allerdings im-

mer mehr in den Hintergrund. Wer über ein Jahr arbeitslos ist, erhält Arbeitslosengeld II (sogenanntes »Hartz-IV«), das nicht mehr wie noch vor 2005 vom früheren Arbeitsentgelt abhängt, sondern auf dem Sozialhilfeniveau liegt.

Im weiteren Sinne ist auch staatliches Handeln, das sich den Schutz der schwächeren Marktpartei zum Ziel setzt, der Sozialpolitik zuzurechnen. Zu diesem Politikfeld gehört z. B. der Kündigungsschutz für Arbeitnehmer und für Mieter sowie zahlreiche weitere Schutzrechte.

Die kurze Skizzierung sozialstaatlicher Anliegen soll nun nicht bedeuten, der Staat löse alle diese Aufgaben jederzeit zur Zufriedenheit aller – das weiß jeder, der sich täglich aus den Medien über Politik informiert. Und es soll auch nicht bedeuten, der Sozialstaat sei so etwas wie ein guter Vater, der sich treusorgend um die ihm Anvertrauten kümmert. **Sozialstaatliches Handeln bedeutet vielmehr: Der Staat organisiert die Solidarität der Menschen untereinander.**

2 Grundprinzipien der Sozialpolitik

Das **Solidarprinzip** (aus dem Franz.: *solidaire* – wechselseitig für das Ganze haften) ist einfach und es ist umfassend. Menschen leben in gegenseitiger Abhängigkeit. Jedem kann es passieren, auf Hilfe anderer angewiesen zu sein und umgekehrt kann jeder in eine Situation kommen, in der er in der Lage ist, anderen zu helfen.

Das kann in **personeller Hinsicht** interpretiert werden: Es gibt Menschen, die chronisch krank sind und deshalb dauerhaft, vielleicht sogar ihr Leben lang solidarischer Hilfe bedürfen. Und es gibt eben gleichzeitig Menschen, die nicht chronisch krank sind und deshalb solidarische Hilfe zu geben vermögen. Es kann auch im Hinblick auf die jeweilige **Lebenslage** interpretiert werden: Jemand ist vorübergehend arbeitslos; ohne solidarische Unterstützung hätte er kein Einkommen. Hat er wieder Arbeit gefunden, so kann er nun selbst andere, die jetzt arbeitslos sind, solidarisch unterstützen.

Das letzte Beispiel erinnert an das Zusammenleben einer Familie. Sind die Kinder klein, dann sorgen die Eltern für sie. Sind die Eltern alt und gebrechlich, wird ihnen von ihren nun erwachsenen Kindern geholfen. In einer kleinen Gruppe wie einer Familie funktioniert Solidarität meist (leider nicht immer) so, wie man es sich wünscht. Die Familienmitglieder lieben sich und gegenseitige Hilfe ist für sie selbstverständlich. Je größer und anonymer die Gruppe aber wird, desto schwieriger ist solidarisches Handeln: Solidarität zwischen den Bewohnern eines Wohnblocks, eines Stadtviertels, einer Stadt, gar der Bevölkerung eines ganzen Landes? – Solidarität stellt sich in den Beispielen mit abnehmender Wahrscheinlichkeit kaum von selbst ein und deshalb ist der Staat gefragt.

Wie und zwischen welchen Gruppen der Staat Solidarität organisiert, das kann recht unterschiedlich sein. In den Ländern der Europäischen Union existieren

verschiedene Organisationsformen der Solidarität (► Kap. XI). Hier soll nur gezeigt werden, wie Solidarität in Deutschland ausgestaltet ist.

Das Sozialsystem hierzulande wird dominiert von der **Sozialversicherung**. Für die großen Risiken des Lebens – Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfall und Pflegebedürftigkeit – gibt es Sozialversicherungen. Der Grundgedanke dabei ist, dass alle Mitglieder einer Solidargemeinschaft, also z. B. die Mitglieder der Gesetzlichen Rentenversicherung oder die Mitglieder einer Krankenkasse, **gegenwärtig** Beiträge zahlen, aus denen die Leistungen für diejenigen finanziert werden, die **gegenwärtig** Hilfe brauchen. Das nennt man **Umlageverfahren**. Jedes Mitglied einer solchen Solidargemeinschaft bzw. Sozialversicherung hat im Bedarfsfall Anspruch auf Hilfe aufgrund seiner Zugehörigkeit zur Sozialversicherung.

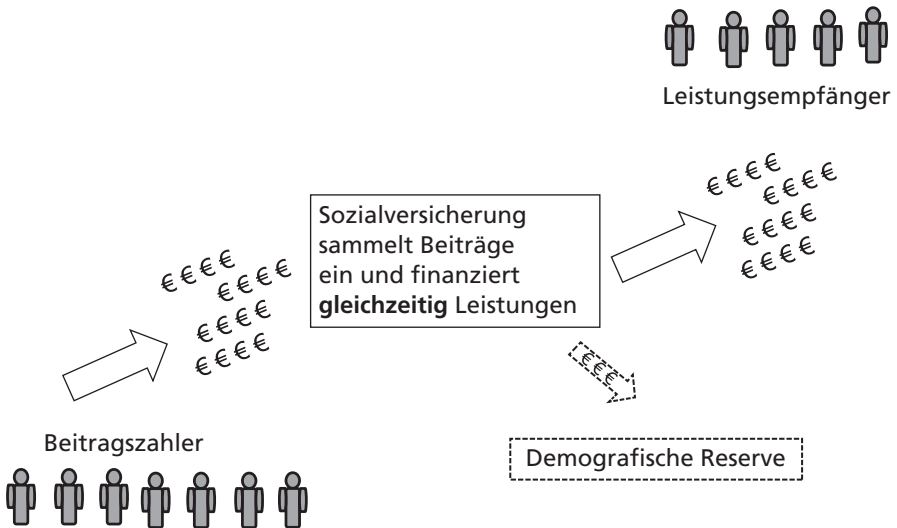


Abb. 1: Solidarität in der Sozialversicherung im Umlageverfahren

Kennzeichnend für das Umlageverfahren ist die **Gleichzeitigkeit von Beitragszahlung und Leistungsgewährung**; alle finanziellen Mittel, die gegenwärtig von den Versicherten eingesammelt werden, dienen der gegenwärtigen Bezahlung von Leistungen. Sie sind deshalb auf eine annähernd gleichgewichtige Entwicklung der Beitragszahlungen und der Leistungsausgaben angewiesen. Sinkt die Anzahl der Beitragszahler oder sinken die Einkommen aus denen sie Beiträge zahlen, während die Leistungen mehr oder teurer werden, so gibt es folgende Möglichkeiten:

- die Beitragssätze steigen oder
- die Leistungsausgaben werden gekürzt oder
- beide Maßnahmen werden kombiniert.

Zum 1.1.2015 hat der Gesetzgeber erstmals einen neuen Weg beschritten. Für die **Pflegeversicherung** wird aus den Beitragseinnahmen ein kleiner Teil abgezweigt und

einer demografischen Reserve zugeführt (in Abbildung 1 gestrichelt dargestellt). Diese Reserve soll dann aufgelöst werden und für Leistungsausgaben verwendet werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge das Alter erreichen, in welchem das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt (► Kap. II 1.2 sowie 4.4).

Typisch für eine Sozialversicherung ist die **Versicherungspflicht** für bestimmte Personengruppen, in erster Linie Arbeitnehmer bzw. ehemalige Arbeitnehmer. Der Staat überlässt es per Gesetz nicht dem einzelnen, ob er sich versichern möchte oder nicht. Als Begründung dafür kann man anführen, dass vor allem viele junge Menschen ohne Verpflichtung nicht bereit wären, sich gegen Lebensrisiken abzusichern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit erst im Alter auftreten. Man nennt dies »Minderschätzung künftiger Bedürfnisse«.

Das Solidarprinzip der Sozialversicherung wird durch ein weiteres wichtiges Prinzip der Sozialpolitik ergänzt: Die **Subsidiarität** (aus dem Lat.: subsidium = Reserve, Rückhalt).

Subsidiarität heißt, der Sozialstaat wird nur dann aktiv, wenn der Einzelne sich nicht selbst helfen kann. Das ist einerseits für den Staat eine Aufforderung sich nicht in die Belange der Menschen einzumischen, wenn diese des Staates und seiner Hilfe nicht bedürfen. Und es bedeutet andererseits für den Einzelnen, dass er Hilfe durch den Sozialstaat nicht verlangen kann, wenn er in der Lage ist sich selbst zu helfen oder wenn er einer solidarischen Gruppe wie seiner Familie, seiner Sozialversicherung angehört, die ihn unterstützen kann. Im § 2 des Sozialgesetzbuches XII – Sozialhilfe – findet sich unter der Überschrift »*Nachrang der Sozialhilfe*«, folgende **Definition des Subsidiaritätsprinzips**:

»Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.«

In der einschlägigen Literatur findet sich für subsidiäre Sozialleistungen häufig der Begriff **Fürsorgeleistung**.

Nach dem Subsidiaritätsprinzip sind neben den Leistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) XII (Sozialhilfe) das **Arbeitslosengeld II**, die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit**, das **BaFöG** und das **Wohngeld** organisiert: Diese Leistungen werden nach einer **Bedürftigkeitsprüfung** gewährt. Wenn jemand Sozialhilfe beantragt, dann prüft das Sozialamt zunächst, ob der Antragsteller Lohnersatzleistungen aus einer Sozialversicherung bekommen kann. Wer z. B. als Ersatz für sein Arbeitseinkommen Krankengeld erhält, hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe, weil die Krankenkasse als Solidargemeinschaft für ihn eintritt und er folglich den Rückhalt der Sozialhilfe nicht benötigt. Ist keine Sozialversicherung zuständig oder reichen deren Leistungen nicht aus, um den Lebensunterhalt zu sichern, muss der Antragsteller nachweisen, dass weder er selbst, noch seine nächsten Angehörigen ausreichend Einkommen erzielen oder Vermögen besitzen, bevor er Leistungen der Sozialhilfe erhält. Sozialhilfe und alle anderen subsidiären Hilfen sind somit **nachrangig**.

Subsidiäre Leistungen werden im Gegensatz zu Leistungen der Sozialversicherung aus **Steuern finanziert** und **nicht aus Beiträgen**. Wer Mitglied oder mitversicherter Angehöriger einer Sozialversicherung ist, hat aufgrund seiner Eigenschaft als Versicherter automatisch Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung.

Subsidiären Leistungen fehlt dieser Automatismus, sie beruhen nicht auf einer Zugehörigkeit zu einer Versicherung.

Nicht alle Sozialleistungen lassen sich unter die beiden Rubriken Solidarleistung und subsidiäre Leistung einordnen. Deshalb wird ein weiteres Prinzip definiert, das **Versorgungsprinzip**. Der Bezug von Kindergeld ist nicht an die Zugehörigkeit zu einer Sozialversicherung als Solidargemeinschaft gebunden und es wird ohne Bedürftigkeitsprüfung ausgezahlt. Der Leistungsanspruch ergibt sich aus einer Eigenschaft oder Situation. Im Fall des Kindergeldes ist der Leistungsbezug an die Eigenschaft, Eltern von minderjährigen bzw. in Ausbildung befindlichen Kindern zu sein, geknüpft. Dem Versorgungsprinzip werden auch Leistungen nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges zugeordnet. Ebenso gehören die Leistungen des Staates an Beamte, wie Beihilfen und Pensionen, zu den Versorgungsleistungen. Wie subsidiäre Sozialleistungen werden sie aus Steuern finanziert.

Übersicht 1: Solidarität, Subsidiarität, Versorgung

Solidarität	Subsidiarität/Fürsorge	Versorgung
Sozialversicherung	Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II	Kindergeld, Kriegsopferversorgung
Leistungsanspruch durch Versicherungszugehörigkeit	Leistungsanspruch nach Bedürftigkeitsprüfung; Nachrangigkeit	Leistungsanspruch nach Eigenschaft bzw. Situation
Finanzierung aus Beiträgen	Finanzierung aus Steuern	Finanzierung aus Steuern

Der Sozialstaat in Deutschland gleicht einem großen – mittlerweile über 130 Jahre alten – Gebäude mit vielen Etagen, vielen Eingängen, Anbauten, Umbauten. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, hat der Gesetzgeber vor ca. 45 Jahren begonnen, das Sozialrecht in **einem** Gesetzbuch, dem Sozialgesetzbuch (SGB) zusammenzufassen. Das SGB besteht aus derzeit zwölf einzelnen Büchern; als vorerst letzte wurden im Jahr 2005 im Buch II die Grundsicherung für Arbeitssuchende (sogenanntes »Hartz-IV-Gesetz«) und im Buch XII das Bundessozialhilfegesetz in das SGB eingefügt.

Übersicht 2: Aufbau des Sozialgesetzbuches

SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung

Übersicht 2: Aufbau des Sozialgesetzbuches – Fortsetzung

SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

3 Sozialstaat und Gesundheitswesen – ein kurzer Überblick in Zahlen

3.1 Sozialbudget

Das Sozialbudget wird vom Statistischen Bundesamt jährlich veröffentlicht. Es gibt die Sozialleistungen insgesamt, die Zusammensetzung der Sozialleistungen sowie die Sozialleistungsquote wieder. Die folgende Statistik zeigt das Sozialbudget insgesamt in Millionen Euro und die sogenannte Sozialleistungsquote, also den Anteil der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP).

Tab. 2: Sozialbudget, Sozialleistungsquote 2015

Sozialleistungen insgesamt	Mrd. €	885,4
Sozialleistungsquote	v.H. des BIP	29,2

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Sozialbericht 2017

Mit einem Anteil der Sozialleistungen von knapp einem Drittel des BIP gehört Deutschland zu den ausgeprägtesten Sozialstaaten weltweit. Die größten einzelnen Positionen im Sozialbudget nehmen die Rentenversicherung mit 32 % und die Krankenversicherung mit 24 % ein.

3.2 Gesundheitsquote, Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Berechnet man nun den Anteil aller Gesundheitsausgaben am BIP, so erhält man die sogenannte **Gesundheitsquote**. Sie betrug 2016 in Deutschland 11,3 % und ist wie folgt zu interpretieren: 11,3 % aller in Deutschland produzierten Waren und

Dienstleistungen sind dem Gesundheitswesen zuzurechnen – oder anders formuliert: 11,3 % aller Einkommen entstehen im Gesundheitswesen.

Im internationalen Vergleich ist dieser Wert hoch: Nach den USA und der Schweiz liegt Deutschland damit vor Frankreich auf Rang drei der Länder mit der höchsten Gesundheitsquote.

In den vergangenen 20 Jahren ist die Gesundheitsquote um ca. 1,6 Prozentpunkte angestiegen (von 9,6 % in 1992 auf 11,3 % in 2016). Ohne Gesundheitsreformen, mit denen in jeder Legislatur versucht wurde, die Ausgaben zu stabilisieren, wäre die Gesundheitsquote sicherlich stärker gestiegen – wie stark, ist allerdings ungewiss. Wissenschaftler sind sich weitgehend einig darin, Gesundheitsleistungen als sogenannte **superiore Güter** zu definieren. Superiore Güter werden mit steigendem Wohlstand – also steigendem BIP – überproportional nachgefragt.

Tabelle 3 ordnet die Gesundheitsausgaben den jeweiligen **institutionellen Ausgabenträgern** zu.

Tab. 3: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern – 2015

Ausgabenträger	In Mio. €	In % der Gesundheitsausgaben
Öffentliche Haushalte	15 230	4,4
Gesetzliche Krankenversicherung	200 032	58,1
Soziale Pflegeversicherung	27 995	8,1
Gesetzliche Rentenversicherung	4 439	1,3
Gesetzliche Unfallversicherung	5 366	1,6
Private Krankenversicherung ¹⁾	30 536	8,9
Arbeitgeber	14 464	4,2
Private Haushalte	46 091	13,4
Insgesamt	344 153	100,0

¹⁾ einschließlich private Pflegeversicherung

Quelle: Statistisches Bundesamt <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html>; eigene Berechnungen (Zugriffsdatum 11.7.2017)

Sozialversicherte Gesundheitsleistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und in Form von Rehabilitation von der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht. Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil zur Sozialversicherung werden vom Statistischen Bundesamt als **Bestandteil der Arbeitnehmereinkommen** und folglich der Lohnquote ausgewiesen. Tatsächlich kann der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung als Lohnbestandteil betrachtet werden; er ist an den Arbeitsvertrag gekoppelt und könnte ebenso als Lohn ausgezahlt und vom Arbeitnehmer an die Sozialversicherung abgeführt werden. Die **unselbstständig Beschäftigten** tragen also mit ihren

Sozialversicherungsbeiträgen den **weitaus größten Anteil an allen Sozialleistungen** und damit auch an den **Gesundheitsausgaben**.

Private Haushalte entrichten Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Krankenhausbehandlung etc.; sie erwerben nicht-verschreibungspflichtige Arzneien, die von den Kassen nicht erstattet werden, aus eigener Tasche. Mit 46 Mrd. € sind sie nach den Sozialversicherungsträgern der größte Finanzier von Gesundheitsleistungen.

Aus Steuern des Staates werden die subsidiären Leistungen der Sozialhilfe für Rehabilitation und die Sozialhilfe für Pflegebedürftige finanziert. Aufgabe des Staates ist ferner die Investitionsfinanzierung von Plankrankenhäusern und Universitätskliniken sowie der öffentliche Gesundheitsdienst. Für seine Beamten zahlt der Staat im Krankheitsfall Beihilfen. Insgesamt trug die öffentliche Hand 2015 ca. 15,2 Mrd. € zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei.

In die Ausgaben der privaten Krankenversicherung mit 30,5 Mrd. € sind neben den Krankheitsvollkostenversicherungen die private Pflegeversicherung und ebenso die privaten Zusatzversicherungen mit eingerechnet. Die ca. 14,5 Mrd. € der Arbeitgeber werden für die sechswöchige Entgeltfortzahlung und den betrieblichen Gesundheitsdienst verausgabt.

Sachleistungen überwiegen bei Weitem: Nur ein kleiner Teil der gesamten Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung fließt den Haushalten als Geldleistung (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld) zu.

3.3 Beschäftigte – das Gesundheitswesen als Arbeitgeber

Dem Gewicht, das dem Gesundheitswesen als Anteil am BIP zukommt, entspricht seine Bedeutung als Arbeitgeber: **11,9 % aller Erwerbstätigen**, das sind etwa 5,3 Mio. Menschen, **in Deutschland arbeiten im Gesundheitswesen. Anders ausgedrückt: Jeder 8. Erwerbstätige ist im Gesundheitssektor beschäftigt.** Vor allem für Frauen sind die Gesundheitsbranchen wichtige Arbeitgeber; etwa $\frac{3}{4}$ aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind Frauen.

Das Gesundheitswesen gehört überwiegend zum tertiären Sektor, also zum **Dienstleistungssektor** der Volkswirtschaft. Dieser Sektor steuert typischerweise in hoch entwickelten Volkswirtschaften den größten Anteil zum BIP bei und diesem Gewicht entsprechend sind die meisten Erwerbstätigen (in Deutschland 74 %) im Dienstleistungssektor tätig. Im Gesundheitswesen ist die Dominanz der Dienstleistungen noch stärker ausgeprägt: 95 % aller, die im Gesundheitswesen arbeiten, gehören Dienstleistungsberufen an. Nur 5 % sind in der Gesundheitsindustrie (pharmazeutische Industrie und Medizinprodukteindustrie) beschäftigt.

Übungsaufgaben zu Teil I**Aufgabe 1**

Zu den wichtigsten Zielen des Gesundheitswesens gehört es, die Morbidität und die Mortalität zu senken. Welche der folgenden Statistiken geben Auskunft über die Morbidität, welche über die Mortalität in der Bevölkerung?

	a) Morbidität	b) Mortalität
1. Jährliche Neu-Infektionen mit dem HIV-Virus		
2. Anteil der 4-6-jährigen Kinder mit Störungen der Feinmotorik		
3. Anteil der tödlichen Verkehrsunfälle an der gesamten Unfallsterblichkeit		
4. Entwicklung der Erkrankungsfälle an Brustkrebs bei Frauen zwischen 45 und 55 Jahren		
5. Anteil der 5 Jahre nach Diagnosestellung tödlich verlaufenen Brustkrebserkrankungen bei Frauen zwischen 45 und 55 Jahren		
6. Auswertung der Einschulungsuntersuchungen von Kindern nach der Häufigkeit von Seh- und Hörstörungen		

Aufgabe 2

Bitte ordnen Sie zu:

	a) Solidarleistung	b) Subsidiärleistung
1. Halbwaisenrente		
2. Arbeitslosengeld I		
3. Arbeitslosengeld II		
4. Übergangsgeld		
5. BaFöG		
6. Verletztengeld		
7. Sozialhilfe		
8. Krankengeld		
9. Wohngeld		
10. Altersrente		

Aufgabe 3

Was versteht man unter der

1. Sozialleistungsquote und der
2. Gesundheitsquote?