

Virtueller Kurs Grundlagen der Sozialpolitik

Prof. Dr. Rüdiger Akhotmee
Hochschule Deggendorf

Kapitel 5: Soziale Sicherung I: Leistungen nach dem Versicherungsprinzip

Inhaltsverzeichnis

- 1 Lerninhalt
- 2 Das staatliche Sozialversicherungssystem in Deutschland
 - 2.1 Zur Versicherungsfähigkeit der Lebensrisiken
 - 2.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung
 - 2.3 Die gesetzliche Unfallversicherung
 - 2.4 Die gesetzliche Rentenversicherung
 - 2.5 Die gesetzliche Arbeitslosenversicherung
 - 2.6 Die gesetzliche Pflegeversicherung
- 3 Probleme des staatlichen Sozialversicherungssystems

1 Lerninhalt

In diesem Kapitel wird mit dem staatlichen Sozialversicherungssystem ein zentrales Element der deutschen Sozialpolitik vorgestellt, das von den Anfängen bis heute zu einer „Kernmarke“ der sozialen Marktwirtschaft deutscher Prägung geworden ist und mit dem nahezu die gesamte Bevölkerung im Laufe des Lebens irgendwann und in irgendeiner Form in Berührung kommt.

Die Studierenden werden u. a. erfahren, wie das System in seinen Grundzügen konzipiert ist, wie die einzelnen Versicherungszweige aufgebaut sind und welche immensen Finanzvolumina im Rahmen des Systems bewegt werden.

2 Das staatliche Sozialversicherungssystem in Deutschland

Das staatliche Sozialversicherungssystem beruht im Wesentlichen auf den fünf Säulen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung. Während die drei erstgenannten bereits Ende des 19. Jahrhunderts unter dem damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck initiiert wurden und die Anfänge der Arbeitslosenversicherung auf das Jahr 1927 datiert werden können, kam der jüngste Zweig des Sozialversicherungssystems, die Pflegeversicherung, erst in den 1990er Jahren hinzu¹.

Bevor wir zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung kommen, erscheint eine kurze Erläuterung zum Stichwort „Versicherungsfähigkeit der allgemeinen Lebensrisiken“ sinnvoll.

2.1 Zur Versicherungsfähigkeit der Lebensrisiken

Neben Arbeitslosigkeit und Alter zählen schwere Erkrankungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu den typischen Lebensrisiken der Menschen, die hinsichtlich der Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder Dauer kaum oder gar nicht kalkulierbar sind und die letztlich jeden treffen können. Ohne entsprechende Vorsorgemaßnahmen bedeuten bspw. krankheitsbedingte Arbeitsausfälle für betroffene Erwerbstätige im Regelfall eine doppelte Belastung: Auf der einen Seite entfallen für einen unbestimmten Zeitraum Einkünfte, und auf der anderen Seite entstehen Zusatzkosten, die je nach Art und Dauer der Erkrankung erhebliche Ausmaße annehmen können.

¹ Zur historischen Entwicklung und dem jeweiligen historischen Kontext vgl. Kap. 2

Insbesondere hinsichtlich der Risiken „Arbeitslosigkeit“, „Unfall“, „Krankheit“ und „Pflegebedürftigkeit“ finden wir eine Konstellation vor mit

- einem großen Kreis potenziell Betroffener,
- einem individuell unkalkulierbaren Risiko, das den Einzelnen im Eintrittsfall leicht überfordern kann,
- und einer großen Wahrscheinlichkeit, dass die Anzahl der tatsächlich Betroffenen deutlich kleiner ist als die Zahl der potenziell Betroffenen.

Eine solche Konstellation signalisiert die grundsätzliche Versicherungsfähigkeit des Risikos.

Beim Lebensrisiko „Alter“ ist die Ausgangslage etwas anders. Die Unterschiede beziehen sich in erster Linie auf die Unwägbarkeiten und Unsicherheiten bezüglich der Eintrittswahrscheinlichkeiten, da das Alter naturgemäß wesentlich vorhersehbarer und damit planbarer ist als etwa eine Erkrankung, ein Unfall oder der Jobverlust, und auf die konträre Erwartungshaltung der Betroffenen hinsichtlich des konkreten Eintrittsfall: Bei Krankheiten, Unfällen, Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit handelt es sich um unerwünschte Szenarien, während die meisten Menschen für sich selbst ein hohes Alter bei bester Gesundheit anstreben dürften.

Die verbindende Gemeinsamkeit besteht insbesondere im Verlust der Einkommenserzielungsmöglichkeit während des Eintritts des Risikofalles und der daraus resultierenden Gefahr, ohne entsprechende Vorsorge irgendwann völlig mittellos da zustehen. Das Lebensrisiko besteht folglich nicht im Alter an sich, sondern in der Altersarmut. Hier greifen zwar nicht alle oben beschriebenen Kriterien einer klassischen Risikoversicherung, da im Prinzip ein Kapitalaufbau erforderlich ist. Dennoch ist ein Versicherungsschutz grundsätzlich auch gegen Altersarmut möglich. Hinsichtlich der Frage, auf welche Weise der Schutz gegen die skizzierten Risiken organisatorisch umzusetzen ist, sind als Extreme eine rein marktwirtschaftliche und eine rein staatliche Variante denkbar:

Bei der rein marktwirtschaftlichen Variante bieten ausschließlich private Unternehmen einen Versicherungsschutz an, wobei die Anbieter über ihr jeweiliges Angebot (Preise, Umfang der versicherbaren Leistungen, etc.) frei entscheiden und die einzelnen Bürger ohne staatlichen Druck bestimmen können, ob sie sich überhaupt versichern, bei welchem Versicherungsunternehmen sie sich ggf. versichern und welchen Leistungsumfang zu welchen Konditionen sie vereinbaren. Bei der rein staatlichen Variante richtet der Staat Einheitsversicherungen ein, zu deren Beitritt er die gesamte Bevölkerung per Gesetz verpflichtet und deren Bedingungen er einseitig festlegt.

Gegen eine vollständige Umsetzung der marktwirtschaftlichen Variante wurden und werden stets insbesondere die folgenden Argumente angeführt:

- Viele Individuen unterschätzen die persönlichen Risiken, verzichten aus welchen Gründen auch immer auf ausreichende Vorsorgemaßnahmen und sind im Schadensfall oder im Alter plötzlich mittellos bzw. müssen staatlich alimentiert werden.
- Private Unternehmen kalkulieren ihre Preise (Versicherungsbeiträge) nicht nach sozialen Gesichtspunkten, sondern nach der Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikofalles. Folge: Einkommensschwächere und/oder kinderreiche Familien können sich die Versicherungsprämien privater Unternehmen finanziell oft nicht leisten und müssen notgedrungen auf den nötigen Schutz verzichten.
- Private Unternehmen behalten sich vor, die Gewährung von Versicherungsschutz für Personen mit hohem individuellem Risiko (bspw. chronisch Kranke) entweder ganz abzulehnen oder mit weit überdurchschnittlichen Beiträgen zu belegen, so dass möglicherweise gerade die Bevölkerungsgruppe, die den Versicherungsschutz am Dringendsten bräuchte, bei der rein privaten Variante gänzlich leer ausginge.

Gegen die Umsetzung der rein staatlichen Variante wurden und werden dagegen in erster Linie ordnungspolitische Bedenken sowie Effizienzgesichtspunkte angeführt.

Angesichts der erheblichen Nachteile, die eine rein privatwirtschaftliche Organisation des Versicherungsschutzes für große Teile der Bevölkerung mit sich bringen würde, hat man sich in Deutschland für ein staatlich dominiertes Sozialversicherungssystem entschieden – ohne dabei privatwirtschaftliche Komponenten völlig außer Acht zu lassen. Dass dieser Weg keinesfalls selbstverständlich ist, mögen bspw. die erbitterten Diskussionen belegen, die in den USA seit etlichen Jahren um die Einführung einer staatlichen Gesundheitsvorsorge geführt werden.

2.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Der Kreis der Versicherten

Hinsichtlich der Frage, ob und wie sich jemand versichern muss, wurde die Bevölkerung in Deutschland bis in die Gegenwart hinein traditionell unterschiedlich behandelt: Der größere Teil der Bevölkerung muss sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern, der kleinere Teil kann sich freiwillig in der Gesetzlichen versichern oder aber für eine Private Krankenversicherung (PKV) ent-

scheiden. Dabei bestehen in der PKV im Regelfall wesentlich größere Wahlmöglichkeiten, welche konkreten Risiken auf welche Weise versichert werden sollen (Beispiele: Wahltarife, Selbstbehalte, Chefarztbehandlung, etc.). Damit stehen so genannten Privatpatienten oftmals Leistungsangebote offen, die gesetzlich Versicherten („Kassenpatienten“) ohne entsprechende private Zusatzversicherung weitgehend verwehrt bleiben. Deshalb spricht man in diesem Zusammenhang häufig auch von einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

Erst im Zuge der Gesundheitsreform von 2007 wurde die schrittweise Einführung der generellen Versicherungspflicht für alle beschlossen. Zuvor nicht versicherte Personen, die dem Bereich der GKV zuzurechnen waren, müssen sich seit dem 1. April 2007 bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern. Für Personen, die in den Bereich der PKV fallen, gilt dagegen die Versicherungspflicht erst seit 2009. In welche dieser beiden Gruppen jemand fällt, hängt ausschließlich vom beruflichen Status und der Höhe des Einkommens ab.

a) Erwerbstätige

Alle abhängig beschäftigten Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte) müssen sich in der GKV versichern, wenn ihr Jahreseinkommen unterhalb der so genannten Versicherungspflichtgrenze bleibt. Diese Versicherungspflichtgrenze wird jährlich angepasst und liegt im Jahr 2012 bei einem (Brutto)Jahreseinkommen von 50.850,- Euro. Arbeitnehmer, deren Jahreseinkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, sowie Selbstständige haben die Wahl, sich freiwillig in der GKV oder aber als „Privatpatient“ in der PKV zu versichern. Ausnahme: Existenzgründer, die Leistungen von der Agentur für Arbeit beziehen (Gründungszuschuss), müssen sich ebenfalls in der GKV versichern.

Durch die Anknüpfung der Alternative „Pflicht oder Wahl“ an das Unter- bzw. Überschreiten eines bestimmten Einkommens unterstellt der Gesetzgeber faktisch die Existenz einer positiven Korrelation zwischen Verdiensthöhe und Vorsorgebereitschaft (oder auch Mündigkeit): Bei Beziehern geringer oder durchschnittlicher Einkommen bestanden und bestehen bei den politischen Verantwortlichen bislang offensichtlich erheblich größere Zweifel, ob sie zu ausreichender Vorsorge bereit sind, als bei den Beziehern höherer Einkommen.

b) Personen ohne Erwerbstätigkeit

Hier ist zunächst zu unterscheiden zwischen Personen, die Leistungen aus einer anderen Sozialversicherung oder Sozialkasse beziehen (bspw. Arbeitslose, Rentner, Sozialhilfeempfänger), und Personen, auf die dieses Kriterium nicht zutrifft. Leistungsbezieher sind stets in der GKV versichert, wobei die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit bzw. die Sozialhilfeträger für die Betroffenen regelmäßige Beiträge an die GKV abführen. Die meisten Personen, die keinen Leistungsanspruch an einen öffentlichen Sozialleistungsträger haben, sind dennoch ebenfalls in der GKV versichert – und zwar im Zuge der Familienmitversicherung, die eine Besonderheit der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellt: Alle Versicherten einer GKV können unabhängig davon, ob sie pflicht- oder freiwillig versichert sind, ihre Ehepartner und Kinder ohne Zusatzkosten mitversichern – sofern diese keine eigenen Einkünfte oberhalb einer gesetzlich festgelegten Geringfügigkeitsgrenze erzielen.

Je nach familiärer Konstellation – insbesondere bei verheirateten Alleinverdienern mit Kindern – führt die zusatzkostenfreie Familienmitversicherung dazu, dass die GKV trotz mancher Leistungsnachteile auch für Erwerbstätige oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und für Selbstständige zur günstigeren Alternative im Vergleich zur PKV, die ihre Beiträge pro Kopf berechnet, werden kann. In Deutschland sind auf diese Weise rund 20 Mio. Personen kostenlos in der GKV mitversichert.

Träger: Die Krankenkassen

Es ist zwar – wie oben gezeigt – für einen großen Teil der Erwerbstätigen gesetzlich vorgeschrieben, dass sie sich gegen Krankheit versichern müssen, es existieren jedoch seit 1996 keine rechtlichen Vorgaben mehr, bei wem man sich versichern muss. Mit anderen Worten: Hinsichtlich der Wahl der Krankenkasse besteht in Deutschland Wahlfreiheit.

Zur Auswahl stehen aktuell (Stand: Oktober 2012) insgesamt 144 gesetzliche Krankenkassen², von denen die meisten allen Interessenten offen stehen („offene Kassen“) und an die Pflicht- und freiwillig Versicherte ihre Aufnahmeanträge richten können. Neben den offenen Kassen gibt es andere Krankenkassen, die ihre Leistungen nur einem räumlich und/oder beruflich abgegrenzten Personenkreis und damit nicht der Allgemeinheit anbieten („geschlossene Kassen“). Anfang der 90er Jahre gab es in Deutschland insgesamt noch rund 1.200 gesetzliche Krankenkassen. Seither hat sich deren Anzahl insbesondere durch Fusionen kontinuierlich auf die heutige Größenordnung verringert.

² Quelle: GKV-Spitzenverband, Krankenkassenliste

Zu den – gemessen an ihren Mitgliederzahlen – größten gesetzlichen Krankenkassen zählen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) sowie die so genannten Ersatzkassen (ein im historischen Kontext entstandener Begriff) wie beispielsweise die BARMER GEK, die DAK und die TK. Die – gemessen an der Anzahl der Kassen – weitaus meisten gesetzlichen Krankenkassen gehören zu den Betriebskrankenkassen (BKK), die nicht nur den Beschäftigten des eigenen Betriebes, sondern allen Versicherungsnehmern offen stehen. Hinzu kommen noch einige Innungskassen sowie „Spezialkassen“ für bestimmte Branchen.

Seitens der gesetzlichen Kassen besteht ein so genannter Kontrahierungszwang, das heißt: Kein GKV-Träger kann einen Antrag auf Mitgliedschaft ablehnen, nur weil ihm etwa das individuelle Kostenrisiko eines Antragstellers zu hoch ist. Seit 2009 sind die Träger der PKV gesetzlich dazu verpflichtet, allen berechtigten Interessenten einen so genannten Basistarif anzubieten, dessen Leistungen und Beitragshöhe sich am GKV-Niveau orientieren, und von dem niemand aus gesundheitlichen Gründen ausgeschlossen werden darf. Damit besteht erstmals nun auch in der PKV zumindest ein partieller Kontrahierungszwang.

Einnahmeseite: Das Beitragswesen

Bei der Berechnung der zu zahlenden Beiträge gelten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die Kriterien Einkommensbezogenheit und paritätische Finanzierung. Der Beitragssatz spiegelt den Prozentsatz wider, den die Versicherten regelmäßig von ihrem Bruttoeinkommen als Beitragszahlung leisten müssen. Ähnlich wie in der Rentenversicherung gibt es auch in der GKV eine Kappungsgrenze („Beitragsbemessungsgrenze“), oberhalb derer die Einkommen nicht mehr zur Beitragsberechnung herangezogen werden. Im Jahr 2012 liegt der für die GKV relevante Schwellenwert, der nicht mit der Versicherungspflichtgrenze identisch ist und deshalb auch nicht mit dieser verwechselt werden darf, bei einem monatlichen Bruttoeinkommen in Höhe von 3.825,- Euro bzw. bei einem Jahreseinkommen von 45.900,- Euro.

Seit 2009 fließen die Beiträge nicht mehr in individuell unterschiedlicher Höhe direkt an die einzelnen Kassen, sondern in den neu geschaffenen „Gesundheitsfonds“. Dieser ist als primäre Sammel- und Verteilstelle aller Beiträge konzipiert. Von dort wird das Geld dann an die einzelnen Kassen weiter geleitet. Für jedes nachgewiesene Mitglied erhalten die Kassen aus dem Fonds einen einheitlichen Geldbetrag, wobei es für chronisch kranke Mitglieder jeweils einen Aufschlag gibt. Für den politisch durchaus einkalkulierten Fall, dass die Kassen mit den ihnen zugewiesenen Beiträgen nicht auskom-

men, hat der Gesetzgeber die Option zur Erhebung eines kassenspezifischen Zusatzbeitrags vorgesehen. Bereits kurz nach Einführung des Gesundheitsfonds sahen sich viele Kassen gezwungen, von dieser Möglichkeit auch Gebrauch zu machen.

Die Beitragssätze wurden bis Mitte 2005 jeweils hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht. Mit Wirkung zum 1. Juli 2005 schlug der Gesetzgeber mit der Einführung eines einseitig von den Versicherten zu erbringenden Zusatzbeitrages in Höhe von 0,9 % erstmals den Weg ein, die jahrzehntelang praktizierte paritätische Finanzierung zumindest ansatzweise aufzuweichen: Im Gegenzug zur Einführung des Zusatzbeitrags wurde damals eine generelle Beitragssenkung ebenfalls in Höhe von 0,9 % verfügt, die Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen zu Gute kam. Mit dieser etwas kompliziert anmutenden Vorgehensweise sollte nichts anderes bewirkt werden als die Arbeitgeberbeiträge faktisch zu senken (um 0,45 Prozentpunkte) und – da das Ganze aufkommensneutral geschehen sollte – die Arbeitnehmerbeiträge im selben Ausmaß zu erhöhen. Hintergrund ist die Tatsache, dass Sozialversicherungsbeiträge aus Arbeitgebersicht Arbeitskosten darstellen und dass steigende Krankenversicherungsbeiträge tendenziell den Faktor „Arbeit“ verteuern.

In den letzten Jahren setzt der Gesetzgeber den Weg der Aufweichung der paritätischen Finanzierung in der Gesundheitspolitik sukzessive fort:

- Die Zusatzbeiträge, die die Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds von ihren Mitgliedern erheben können, werden ausschließlich diesen aufgebürdet.
- Alle zukünftigen Erhöhungen des Beitragssatzes gehen nicht mehr hälftig, sondern vollständig zu Lasten der Versicherten, da der Kostenanteil der Arbeitgeber im Zuge der Gesundheitsreform von 2011 auf dem derzeitigen Niveau „eingefroren“ wurde.

Hinsichtlich der Höhe der Beitragssätze war deren Festlegung in der GKV bis 2008 anders als in den anderen Sozialversicherungen geregelt: Jede einzelne Kasse hatte das Recht, auf satzungsrechtlichem Wege ihren kassenspezifischen Beitragssatz selbst festzulegen.

Gesetzlich weitgehend reglementiert war dagegen, welche Leistungen die Kassen ihren Mitgliedern zu erstatten bzw. zu bewilligen hatten. Rund 95 % des so genannten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen basierten auf zwingenden rechtlichen Vorgaben, so dass den einzelnen Kassen nur relativ geringe Handlungsspielräume zur jeweiligen Profilierung blieben. Dennoch kam es in der Praxis teilweise zu erheblichen Abweichungen zwischen den verschiedenen Beitragssätzen. Der Unterschied zwischen der günstigsten und der teuersten Kasse lag vor der Neugestaltung des Bei-

tragswesens zuletzt bei rund vier Prozentpunkten. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen beruhte folglich eindeutig stärker auf Preis- als auf Leistungsdifferenzierung.

Die Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 ging mit der weitgehenden Abschaffung der Beitragsautonomie der Krankenkassen einher. Seither dürfen die Kassen nicht mehr selbst über ihre Beitragssätze entscheiden, sondern diese Entscheidung bleibt – wie bei den anderen Sozialversicherungen auch – der Politik vorbehalten. An Stelle eines breiten Spektrums unterschiedlicher Beitragssätze gilt nun ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz, der seit dem 1. Januar 2011 bei 15,5% liegt³. Für die gesetzlichen Krankenkassen bedeutete dies zunächst, dass der bisher zwischen ihnen herrschende Preiswettbewerb nunmehr obsolet war. Im Gegenzug für diese Wettbewerbsbeschränkung haben die Kassen allerdings mehr Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der Leistungsgestaltung erhalten, so dass sich der Wettbewerb zwischen den Kassen tendenziell vom Preis- zum Leistungswettbewerb wandeln sollte. Je größer allerdings der vom Gesetzgeber für die Kassen geschaffene Spielraum zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zukünftig wird und je unterschiedlicher die Kassen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, desto stärker schlägt das Pendel wieder zurück in Richtung des früheren Preiswettbewerbs – allerdings für die Versicherten auf einem spürbar höheren Kostenniveau.

Ausgabenseite: „Milliardenmarkt Gesundheitsleistungen“

Jährliche Gesamtausgaben in Höhe von dreistelligen Milliardenbeträgen dokumentieren, dass der Gesundheitssektor in Deutschland nicht nur gesellschaftliche Relevanz aufweist, sondern auch einen erheblichen Wirtschaftsfaktor darstellt.

Allein die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2010 Ausgaben in einer Gesamthöhe von rund 175 Mrd. Euro ausgewiesen (vgl. dazu Tab. 1). Damit ist aber nur ein Teil der tatsächlichen Gesundheitsausgaben erfasst. Die Aufwendungen der PKV und nicht zuletzt auch die von der Bevölkerung privat getätigten, d. h. von keiner Kasse übernommenen, Ausgaben für freiwillige Gesundheitsleistungen müssen selbstverständlich noch hinzu addiert werden, wenn man das gesamte Finanzvolumen des Gesundheitssektors ermitteln will.

³ Von diesen 15,5 % entfallen 8,2 % auf die Versicherten und 7,3 % auf die Arbeitgeber. Zur Erläuterung vgl. im Text weiter oben

Tab.: Höhe und Struktur der GKV-Ausgaben in Deutschland (2010)

Ausgabenart	in Mrd. Euro	in %
Krankenhausbehandlung	58,1	33,0
Arzneimittel	30,2	17,2
Ärztliche Behandlung	27,1	15,4
Zahnärzte (incl. Zahnersatz)	11,4	6,5
Heil- u. Hilfsmittel	10,6	6,0
Netto-Verwaltungskosten	9,5	5,4
Krankengeld	7,8	4,4
Fahrkosten	3,6	2,0
Häusliche Krankenpflege	3,2	1,8
Vorsorge- u. Reha-Leistungen	2,4	1,4
sonstiges	12,1	6,9
Gesamtausgaben 2010 insgesamt	176,0	100,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; eigene Berechnungen

2.3 Die gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (UV) fällt vordergründig insofern aus dem üblichen Rahmen des Sozialversicherungssystems, als sie die einzige Sozialversicherung ist, die nicht paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wird. Pflichtversichert sind zwar sämtliche abhängig Beschäftigten einschließlich bspw. aller Auszubildenden, Praktikanten, Werkstudenten und Mini-Jobbern. Die Beitragsleistungen erfolgen jedoch ausschließlich durch die Arbeitgeber. Hinsichtlich der Beitragshöhe zeigt sich ein weiterer Unterschied zu den anderen Sozialversicherungszweigen: In der UV gibt es keinen einheitlichen Beitragssatz, der vom Gesetzgeber vorgegeben wird. Stattdessen werden die Unternehmen je nach Branche und konkreter Tätigkeit in so genannte Gefahrklassen eingeteilt, wobei die Tendenz gilt: Je höher das Unfall- oder Erkrankungsrisiko, desto höher der Beitrag.

Der zu zahlende Beitrag wird auf der Grundlage der unternehmensspezifischen Lohn- und Gehaltssumme sowie der jeweiligen Gefahrklasseneinteilung jährlich neu berechnet. Dabei wird – wie bspw. aus der privaten Kfz-Versicherung bekannt – in Abhängigkeit von tatsächlichen Schadensverläufen regelmäßig eine Überprüfung der Klasseneinteilung und -zugehörigkeit vorgenommen. Warum dieser „Systembruch“ bei der UV? Das wird deutlich, wenn man sich die zentralen Aufgaben dieses Sozialversicherungszweiges näher ansieht: Sie soll berufsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen vorbeugen und deren Folgen im Schadensfall abfedern⁴. Als zwingende Voraussetzung dafür, dass die UV tätig wird bzw. in Anspruch genommen werden kann, muss folglich ein irgendwie gearteter Bezug

⁴ Hierzu zählen einerseits bspw. alle Maßnahmen zur Unfallverhütung und andererseits bspw. Reha-Leistungen, ggf. Umschulungsmaßnahmen, Geldleistungen bis hin zur Hinterbliebenenversorgung

zum Arbeitsplatz gegeben sein⁵. Für einen sicheren Arbeitsplatz zu sorgen, obliegt der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Die UV übernimmt somit faktisch die Funktion einer Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers gegenüber seinem Personal.

Da nicht jeder Fall hinsichtlich des Ursache-Wirkung-Zusammenhangs völlig eindeutig ist, tauchen in der Praxis einerseits immer wieder Zuständigkeitsfragen zwischen GKV und UV auf. Andererseits hat die Entscheidung, ob eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt wird oder nicht, für die Betroffenen u. U. erhebliche finanzielle Folgen. Die Statistik des Spitzenverbandes der Deutschen Unfallversicherung DGUV weist bspw. aus, dass sich im Jahr 2010 in weniger als der Hälfte aller „gemeldeten Verdachtsfälle“ das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt hat⁶.

Träger der UV sind für den Bereich der gewerblichen Wirtschaft die Berufsgenossenschaften. Für die kommunalen und staatlichen Arbeitgeber sind verschiedene eigene Träger (z. B. Unfallkassen) zuständig. Mit einem jährlichen Gesamtbudget von rund 15 Mrd. Euro⁷ ist die UV die kleinste der fünf Säulen.

2.4 Die gesetzliche Rentenversicherung

Beim Aufbau von Systemen zur Altersvorsorge können grundsätzlich zwei verschiedene Verfahren zur Anwendung kommen: das Kapitaldeckungsverfahren und das Umlageverfahren. Beim **Kapitaldeckungsverfahren** werden die Sparanteile der Versichertenbeiträge (Sparanteil = Beitrag abzüglich eines Verwaltungskostenanteils und ggf. einer Risikoprämie) individuell angesammelt und im Regelfall auf dem Kapitalmarkt angelegt (Deckungskapital). Wenn der Versicherungsfall eintritt - z. B. weil der Versicherte das vereinbarte Alter erreicht -, werden die Versicherungsleistungen aus dem individuellen Deckungskapital bezahlt. Mit dem Kapitaldeckungsverfahren arbeiten bspw. private Rentenversicherungen und Kapitallebensversicherungen.

Beim **Umlageverfahren** wird kein Deckungskapital gebildet, sondern die laufenden Zahlungen an die Leistungsempfänger werden direkt aus den laufenden Beiträgen der Beitragszahler finanziert. Je höher das jeweilige Beitragsaufkommen (Beitragsaufkommen = Anzahl der Beitragszahler multipliziert mit der durchschnittlichen Beitragshöhe) ist, desto mehr Gelder stehen folglich zur Auszahlung zur

⁵ Im Umkehrschluss: Unfälle, die im Privatbereich passieren, und Erkrankungen, die nicht unmittelbar auf die Berufstätigkeit zurückzuführen sind, sind im Rahmen der gesetzlichen UV nicht versichert.

⁶ Quelle: DGUV

⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt

Verfügung und umgekehrt. Mit der Zahlung ihrer Beiträge erwerben die Beitragszahler gleichzeitig einen Anspruch an die zukünftigen Generationen. Denn diese müssen dafür sorgen, dass die heutigen Beitragszahler nach ihrem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ebenfalls eine Leistung erhalten.

Da dieses Modell ein generationenübergreifendes Zusammenwirken der jeweiligen Jungen und Alten voraussetzt, spricht man in diesem Zusammenhang vom so genannten „**Generationenvertrag**“. Aus historischen Gründen⁸ stützt sich die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) in Deutschland seit 1957 ausschließlich auf das Umlageverfahren.

Der Kreis der Versicherten

Für alle⁹ abhängig beschäftigten Arbeiter und Angestellten besteht in Deutschland Versicherungspflicht hinsichtlich der GRV. Darüber hinaus wurde die Versicherungspflicht sukzessive auf einen – im SGB VI mehr oder weniger klar definierten - Teil der Selbstständigen ausgedehnt (Bsp.: die so genannten „Scheinselbstständigen“). Sonderregelungen existieren traditionell für alle Beamten. Diese enthalten nach ihrem altersbedingten Ausscheiden aus dem Staatsdienst eine Pension, deren Höhe sich nach dem letzten Monatsgehalt bemisst. Im Gegensatz zu den Arbeitern und Angestellten müssen die Beamten keine Beiträge zur GRV oder in eine Pensionskasse zahlen, um in den Genuss dieser Leistung zu gelangen. Dafür müssen sie jedoch während ihrer aktiven Zeit tendenziell geringere Brutgehälter in Kauf nehmen.

Die Menschen, für die keine Versicherungspflicht besteht und die dementsprechend im Alter per se auch keine Ansprüche an die GRV stellen können (bspw. die meisten Freiberufler und Selbstständigen), haben die Möglichkeit, freiwillige Beiträge zu leisten, um eben einen solchen Anspruch zu erwerben. Angesichts der zu erwartenden Renditen dürfte diese Option aber nur für bestimmte Personengruppen interessant sein. Dies gilt insbesondere für solche Personen, die nur wenige Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und dadurch die Mindestbeitragszeiten nicht erreichen, um überhaupt eine Rente zu erhalten. Wenn bspw. nur wenige Monate fehlen, um diese Mindestzeiten zu erreichen, kann eine freiwillige Beitragsleistung für diesen fehlenden Zeitraum für die Betroffenen eine sehr rentable Investition sein.

⁸ Vgl. dazu Kap.

⁹ Im Unterschied zur GKV gibt es in der GRV keine Versicherungspflichtgrenze!

Träger: „Deutsche Rentenversicherung“

Seit dem 1. Oktober 2005 firmieren die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland unter dem gemeinsamen Namen „Deutsche Rentenversicherung“.

Unter diesem gemeinsamen Namen sind verschiedene Bundes- und Regionalträger zusammengefasst, die jeweils rechtlich selbstständig sind. Bundesträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft–Bahn–See (Zusammenschluss der Bundesknappschaft für Beschäftigte im Bergbau, der Bahnversicherungsanstalt und der Seekasse). Darüber hinaus gibt es noch 14 Regionalträger (Stand: 2011), die den Namen Deutsche Rentenversicherung mit dem jeweiligen Zusatz der Region (Beispiele: Berlin-Brandenburg, Bayern-Süd) tragen und im Wesentlichen aus den ehemaligen Landesversicherungsanstalten (LVA) hervorgegangen sind.

Einnahmeseite: Beiträge und Bundeszuschüsse

Beiträge

Wichtigster Einnahmeposten der GRV sind die regelmäßigen Beitragszahlungen. Beitragspflichtig sind die Bruttoeinkommen der Versicherten bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, die im Jahr 2012 bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 5.600,- Euro in den alten bzw. 4.800,- Euro in den neuen Bundesländern liegt¹⁰. Das beitragspflichtige Einkommen wird mit dem Beitragssatz (seit 2012: 19,6 %) multipliziert und ist hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu tragen. Abweichende Regeln gelten für die so genannten Mini-Jobs, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird. Insgesamt verzeichnet die GRV jährliche Beitragseinnahmen in einer Höhe von fast 200 Mrd. Euro¹¹.

Bundeszuschüsse

Die zweite wichtige Einnahmequelle der GRV sind die Bundeszuschüsse, mit denen insbesondere die so genannten „versicherungsfremden Leistungen“ finanziert werden sollen. Unter „versicherungs-

¹⁰ Beitragsbemessungsgrenze heißt, dass auch höhere Einkommen nur bis zu diesem Betrag die anteiligen Beiträge leisten müssen.

¹¹ Im Jahr 2010 lagen die Einnahmen, die der GRV allein aus Beiträgen zuflossen, bei 184,4 Mrd. Euro. Quelle: Deutsche Rentenversicherung.

fremden Leistungen“ versteht man solche Zahlungen, die die GRV aufgrund verschiedener rechtlicher Vorgaben zu übernehmen hat, denen aber keine entsprechenden Beitragszahlungen zu Grunde liegen. Beispiele sind die rentensteigernde Anrechnung von Kindererziehungszeiten oder von diversen Ausfall- und Ersatzzeiten bei Spätaussiedlern, politischen Häftlingen in der DDR, etc. Derzeit liegen die Bundeszuschüsse für die GRV insgesamt bei etwa 65 Mrd. Euro jährlich¹².

Ausgabenseite: Leistungsberechtigte , Leistungsberechnung und Leistungshöhe

Anspruch auf Bezug einer Altersrente haben grundsätzlich nur Personen,

- die das festgelegte Mindestalter erreicht haben (bis einschließlich 2011: 65 Jahre mit Ausnahmeregelungen für bestimmte Personengruppen, die ein geringeres Mindestalter zulassen¹³) und
- im Laufe ihres Erwerbslebens Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben (Versicherungsprinzip) und
- die gesetzlich festgelegten Mindestversicherungszeiten nachweisen können (derzeit: 5 Jahre).

Beispiel:

Wer nur 4 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt war, in dieser Zeit Pflichtbeiträge zahlte und sich danach selbstständig machte oder aus familiären Gründen zu arbeiten aufhörte, geht also vollständig leer aus – sofern die fehlende Zeit nicht mit freiwilligen Beitragszahlungen ausgeglichen wird (s. o.).

Im Unterschied zu den Beamtenpensionen richtet sich die Rentenhöhe nicht nach den letzten Einkommen, sondern nach der Anzahl der Beitragsjahre und der Höhe des im gesamten Erwerbsleben erzielten Einkommens. Um den Anspruch jedes einzelnen Versicherten exakt zu berechnen, greifen die Träger der GRV auf die so genannte **Rentenformel** zurück¹⁴.

Die Rentenformel lautet: monatliche Rente = $E \times Z \times R \times A$

¹² Quelle: Rentenversicherungsbericht 2011 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

¹³ Im Zeitraum von 2012 bis 2029 wird die so genannte Regelaltersgrenze schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben („Rente mit 67“).

¹⁴ Vgl. dazu auch die §§64ff SGB VI

Legende:

E = Summe der erreichten Entgeltpunkte,

Z = Zugangsfaktor,

R = Rentenartfaktor,

A = aktuelle Rentenwert.

Erläuterung:

Die **Entgeltpunkte** werden individuell für jedes einzelne Versicherungsjahr berechnet und für die gesamte Versicherungszeit addiert. Bei der jährlichen Berechnung wird das in dem betreffenden Jahr erzielte individuelle Einkommen in Relation zum Durchschnittseinkommen aller Versicherten gesetzt: Überdurchschnittliche Einkommen bedeuten folglich Entgeltpunkte größer als 1 und umgekehrt.

Beim **Zugangsfaktor** ist das Renteneintrittsalter maßgeblich. Wenn der Rentenbeginn mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze erfolgt, hat Z den Wert 1,0. Erfolgt der Renteneintritt erst später (weil bspw. jemand länger arbeiten will/kann/darf), ist der Wert größer als 1,0. Erfolgt der Renteneintritt dagegen früher als vom Gesetzgeber vorgesehen – der in der Praxis wesentlich häufigere Fall – , ist der Wert entsprechend kleiner als eins.

Beim **Rentenartfaktor** wird erfasst, um welche Rentenart es sich handelt (Altersrente, Hinterbliebenenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, etc.). Bei der normalen Altersrente beträgt der Faktor stets 1.

Der mit Abstand komplizierteste Bestandteil der Rentenformel ist der **aktuelle Rentenwert** (§ 68 SGB VI). Hier fließen u. a. die Entwicklung des allgemeinen Lohnniveaus, die Entwicklung des Beitragsatzes und auch die Entwicklung des Verhältnisses von Beitragszahlern zu Leistungsbeziehern (Berücksichtigung der demografischen Entwicklung durch den so genannten „Nachhaltigkeitsfaktor“) mit ein.

E und Z sind individuelle Faktoren, wobei gilt: Wer im Laufe seines Erwerbslebens überdurchschnittlich gut verdient und entsprechend hohe Beiträge geleistet hat, erhält auch eine vergleichsweise hohe Altersrente und umgekehrt.

R und A sind allgemein gültige Faktoren, die individuell nicht beeinflusst werden können. Hier gilt: Änderungen, die der Gesetzgeber in diesen Bereichen beschließt, schlagen regelmäßig auf das generelle Rentenniveau (und damit natürlich auch auf die Höhe der individuellen Renten) durch. Allerdings gelten etwaige Änderungen nicht für die so genannten Bestandsrenten, da für deren Berech-

nung ausschließlich die Regelung bei Renteneintritt maßgeblich ist. Das heißt: Die als Reaktion auf den demografischen Wandel politisch gewollte Absenkung des Rentenniveaus betrifft nur die zukünftigen Rentnergenerationen.

Der jährlich erscheinende Rentenversicherungsbericht weist für das Jahr 2010 eine Gesamtzahl von rund 20,5 Mio. Rentenbeziehern aus, die durchschnittliche Monatsrenten in Höhe von 718 Euro (Frauen) und 981,72 Euro (Männer) beziehen¹⁵. Betont werden muss an dieser Stelle, dass sich diese Zahlen ausschließlich auf Leistungen aus der GRV beziehen, d. h. Betriebsrenten und Einnahmen aus privater Altersvorsorge bzw. Vermögen erscheinen nicht in dieser Statistik. Somit geben die Zahlen die tatsächliche finanzielle Lage der Rentnergeneration nur unzureichend wieder. Außerdem sagt der Durchschnittswert allein natürlich auch noch nichts über die individuelle Verteilung aus. Wer der Frage nach einer möglichen oder tatsächlichen Altersarmut intensiver nachgehen will, muss also noch viel tiefer in die Materie einsteigen und wesentlich differenzierteres Zahlenmaterial heranziehen¹⁶.

2.5 Die gesetzliche Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung gehört in Deutschland gemeinsam mit der Rentenversicherung und der Kranken- sowie Pflegeversicherung zu den Pflichtversicherungen innerhalb des Systems der Sozialen Sicherung. Allen abhängig Beschäftigten wird bei der Lohn- und Gehaltsabrechnung automatisch der Arbeitnehmeranteil zur Arbeitslosenversicherung abgezogen¹⁷.

Der Beitragssatz, der jeweils hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufzubringen ist, wurde vom Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten mehrfach angehoben und wieder abgesenkt und liegt seit dem 1. Januar 2011 bei 3,0 % des Bruttoverdienstes. Wie bei der GRV bleiben monatliche Bruttogehaltsbestandteile, die den Betrag von 5.800,- Euro übersteigen (Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2012), beitragsfrei.

¹⁵ Quelle: Rentenversicherungsbericht 2011 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, S. 18, Übersicht A4; die hier verwendeten Zahlen wurden nach dem so genannten Personenkonzept ermittelt, bei dem auch Mehrfachrenten eingerechnet werden. Zur Erläuterung: Rund ein Drittel aller Rentnerinnen bezieht mehrere Renten – bei den Rentnern ist der Anteil der „Mehrfachrentner“ wesentlich geringer (< 10 %).

¹⁶ Vgl. hierzu bspw. den Alterssicherungsbericht 2012, der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlicht wird

¹⁷ Eine Ausnahme bilden hier nur die so genannten Mini-Jobs, die beitragsfrei sind, dafür aber auch keine Leistungsansprüche auslösen können.

Im Jahr 2011 flossen der Bundesagentur für Arbeit Beitragseinnahmen in einer Gesamthöhe von rund 25,4 Mrd. Euro zu, wovon etwas mehr als die Hälfte (13,8 Mrd. Euro) für die Zahlung von Arbeitslosengeld I aufgewendet wurden¹⁸.

Arbeitslosengeld I

Als Gegenleistung für die Zwangsbeiträge zur Arbeitslosenversicherung entsteht im Falle der Arbeitslosigkeit unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf die Zahlung von Arbeitslosengeld (so genanntes ALG I). Für dessen Auszahlung ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig. Als Voraussetzungen müssen gem. § 136ff SGB III erfüllt sein

- die Einhaltung der Meldepflichten nebst Antragstellung,
- die Mindestbeitragszeit (derzeit: 12 Monate innerhalb der letzten 5 Jahre)
- und die Verfügbarkeit.

Darüber hinaus prüft die Arbeitsagentur, ob die Arbeitslosigkeit unverschuldet ist oder selbst herbeigeführt wurde. Im letztgenannten Fall werden so genannte Sperrfristen verhängt (im Regelfall 3 Monate).

Nach der derzeit gültigen Regelung wird das ALG I bei unter 50jährigen bis zu einem Jahr und bei älteren Arbeitslosen bis zu 24 Monaten gezahlt (§147 SGB III). Die Höhe der Leistung berechnet sich ausschließlich nach dem früheren beitragspflichtigen Verdienst und wird, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, völlig unabhängig vom individuellen Vermögen gewährt. Wie es den wesentlichen Merkmalen einer Versicherung entspricht, ist ausschließlich der Eintritt des Risikofalls bei gleichzeitiger Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen für die Auslösung des Leistungsanspruchs maßgeblich.

Das ALG I wird bis zur Aufnahme einer neuen Beschäftigung, maximal jedoch bis zum Ablauf der genannten Anspruchsfristen gezahlt. Sollte danach die individuelle Arbeitslosigkeit immer noch fortbestehen („Langzeitarbeitslose“), treten für die betroffenen Personen zumeist gravierende Änderungen hinsichtlich der Zuständigkeit und des Leistungsanspruchs ein. Statt des Versicherungsprinzips greift nun u. U. das Fürsorgeprinzip. Dazu mehr in Kap. 6.

¹⁸ Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Das Instrumentarium der aktiven Arbeitsmarktpolitik

Die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit bzw. der einzelnen Arbeitsagenturen reicht weit über die materielle Abfederung der Folgen individueller Arbeitslosigkeit hinaus. Allgemein lässt sich das Aufgabenspektrum mit „Behebung von Marktungleichgewichten auf dem Arbeitsmarkt“ beschreiben. Dazu stellt der Gesetzgeber im Dritten Sozialgesetzbuch (SGB III) ein umfangreiches Instrumentarium zur Verfügung, das zu einem großen Teil auch von Menschen ohne konkreten materiellen Leistungsanspruch genutzt werden kann. Zu den wichtigsten Instrumenten zählen

- die Beratung
- die Vermittlung,
- die Förderung der Berufsausbildung,
- Qualifizierungs-, Weiterbildungs- und Trainingsmaßnahmen,
- die Gewährung von Gründungszuschüssen,
- die Zahlung von zeitlich befristeten Eingliederungszuschüssen an Arbeitgeber bei der Einstellung schwer vermittelbarer Arbeitsloser
- und die Zahlung von Kurzarbeitergeld.

Der kurze Überblick über das Instrumentarium zeigt, dass es vor allem darauf ausgerichtet ist, offene Stellen schnell und zielgerichtet besetzen zu können. Neue offene Stellen schaffen kann es im Regelfall jedoch nicht. Das heißt: Die quantitative Lücke zwischen dem Angebot und der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt kann mit diesen Instrumenten nicht beseitigt werden. Das ist Aufgabe der Beschäftigungspolitik.

2.6 Die gesetzliche Pflegeversicherung

Die signifikant steigende Lebenserwartung von Männern und Frauen einerseits und familienstrukturelle Veränderungen (Trend zu Single-Haushalten und Kleinfamilien, Abkehr von großen Familienverbänden) andererseits ließen es spätestens in den 1990er Jahren als sinnvoll erscheinen, das bestehende Sozialversicherungssystem um eine fünfte Säule zu erweitern. So wurde auf Initiative des damals zuständigen Ressortministers Norbert Blüm die Einführung einer eigenständigen gesetzlichen Pflegeversicherung (PV) beschlossen, die schließlich zum 1. Januar 1995 in Kraft trat.

Organisatorisch ist die PV eng an die Krankenversicherung angelehnt, so dass hier die gleichen Regeln wie bei der GKV bzw. PKV gelten: Wer in der GKV versichert ist – egal, ob zwangsweise oder freiwillig

– ist automatisch auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert, und wer einer PKV angehört, ist gesetzlich verpflichtet, auch eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Träger sind die Pflegekassen, die zwar von den jeweiligen Krankenkassen eingerichtet wurden, aber rechtlich und wirtschaftlich selbstständig arbeiten.

Die Einnahmen der PV resultieren fast ausschließlich aus den Beiträgen, die nach dem aus anderen Sozialversicherungen bekannten Muster jeweils hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Allerdings gibt es in der gesetzlichen PV zwei Besonderheiten, die im Rahmen des Sozialversicherungssystems einzigartig sind:

1. Um die Zusatzkostenbelastung für die Arbeitgeber abzufedern, wurde gleichzeitig mit der Einführung der PV ein gesetzlicher Feiertag (Buß- und Betttag) abgeschafft, so dass die Versicherten im Ergebnis den Arbeitgeberanteil weitgehend selbst erarbeiten müssen¹⁹.
2. Kinderlose Versicherte über 23 Jahre müssen seit 2005 auf den Regelbeitragssatz, der derzeit (Stand: 2012) bei 1,95 % liegt, einen Aufschlag in Höhe eines Viertelprozentpunktes (0,25 %) zahlen, so dass sich für diesen Personenkreis der Beitragssatz auf 2,20 % erhöht.

Mit rund 22 Mrd. Euro²⁰ liegt das gesamte Beitragsaufkommen der gesetzlichen Pflegeversicherung fast auf dem Niveau der Arbeitslosenversicherung. Welche Aufgaben mit diesen Mitteln zu erfüllen sind, ist detailliert im SGB XI festgelegt. Um überhaupt einen Leistungsanspruch an die PV geltend machen zu können, ist die Einstufung in eine der drei Pflegestufen erforderlich, wobei gilt: Je höher die Pflegestufe, desto höher der Grad der individuellen Pflegebedürftigkeit. Die Höhe des Leistungsanspruchs hängt zum einen von der bewilligten Pflegestufe und zum anderen von der Art der Pflegeleistung ab. Hier unterscheidet man bspw. zwischen häuslicher und stationärer Pflege oder auch danach, ob die Pflege durch Familienangehörige oder professionelle Pflegedienste erfolgt. Je nach individueller Konstellation unterstützt die PV die Pflegebedürftigen in Form von Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

Von den Gesamtausgaben, die in etwa auf dem Niveau der Einnahmen liegen, entfielen im Jahr 2011 knapp 10 Mrd. Euro auf die vollstationäre Pflege, rund 4,7 Mrd. Euro auf das Pflegegeld und rund 3 Mrd. Euro auf Pflegesachleistungen. Damit sind diese drei Leistungen die mit Abstand kostenintensivsten Einzelmaßnahme der PV. Gemäß § 10 SGB XI ist das BMG verpflichtet, alle drei (frühere Rege-

¹⁹ Als einziges Bundesland ging Sachsen damals einen Sonderweg mit der Folge, dass dort abweichende Beitragsregelungen gelten.

²⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

lung) bzw. vier Jahre (heutige Regelung) einen so genannten Pflegebericht „über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ vorzulegen. Aktuell liegt der fünfte Bericht vor, der bspw. auf der Website des BMG zum Download bereitsteht. Wer sich näher mit dem Thema beschäftigen will, findet u. a. umfangreiches Zahlen- und Datenmaterial.

3 Probleme des staatlichen Sozialversicherungssystems

Eine detaillierte Analyse der einzelnen Probleme würde hier den Rahmen deutlich sprengen (vgl. dazu auch Kap. 8). Ungeachtet aller Details lässt sich das Kernproblem in nachfolgend skizzierten Spannungsfeld zusammenfassen:

1. Aus Arbeitgebersicht sind Sozialversicherungsbeiträge Arbeitskosten. Das heißt: Jede Anhebung (Senkung) eines Beitragssatzes verteuert (verbilligt) den Produktionsfaktor „Arbeit“ und dies hat nach herrschender Lehre wiederum negative (positive) Auswirkungen auf die Anzahl der Arbeitsplätze. Vor diesem Hintergrund ist es seit Jahren erklärtes Ziel der Politik, die Summe der Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 % des Bruttolohnes bzw. -gehaltes steigen zu lassen.
2. Die wohl größte Herausforderung für das bestehende Sozialversicherungssystem besteht in der demografischen Entwicklung: Aufgrund relativ geringer Geburtenraten bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung verschiebt sich das Verhältnis von Jungen und Alten bzw. Beitragszahlern und Leistungsempfängern bei Beibehaltung der heutigen Rahmenbedingungen mittel- und langfristig massiv zu Lasten der Jungen bzw. der Beitragszahler. Am Stärksten betroffen von dieser Entwicklung sind die GRV, die PV und auch die GKV.

Aus Punkt 1 lässt sich ableiten, dass es aus ökonomischen Gründen notwendig ist, die Beitragssätze per Saldo nicht steigen zu lassen, sondern möglichst sogar noch abzusenken. Aus Punkt 2 lässt sich ableiten, dass es notwendig sein wird, die Beitragssätze in der Summe anzuheben – sofern das bisherige Leistungsniveau der Sozialversicherungen zumindest annähernd beibehalten werden soll.

Da beide Ziele konträr zueinander stehen, handelt es sich folglich um einen klassischen Zielkonflikt. Oder, um es anders zu formulieren: Die Politik steckt in einem Dilemma, aus dem kein „Königs-weg“ herausführt.

Fast alle Maßnahmen, die in den letzten Jahren für einen der Sozialversicherungszweige beschlossen wurden, dienten letztlich dem einen Zweck, nämlich das System in seiner Gänze zu erhalten und zukunftsfest zu machen. Man muss kein Prophet sein um zu erkennen, dass der Handlungsbedarf rund um das in der Vergangenheit und der Gegenwart grundsätzlich bewährte Sozialversicherungssystem in der Zukunft nicht weniger werden wird – zumal es bei dieser Thematik um handfeste Verteilungsfragen geht.