

# Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheits- wirtschaft

**Manfred Haubrock**  
(Hrsg.)

6., vollständig überarbeitete  
und erweiterte Auflage

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

---

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

Manfred Haubrock (Hrsg.)

**Manfred Haubrock**

(Hrsg.)

# **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

unter Mitarbeit von

Wilhelm Brokfeld

Jennifer Decu

Jürgen Georg

Jörg Haßmann

Elisa Liegmann

Mavis Plitt

Constantin Rehers

Christina Riessland

Frank Schäfers

Gabriele Schröder-Sieffker

Volker Schulte

Winfried Zapp



**Prof. Dr. Manfred Haubrock** (Hrsg.), Dipl.Kaufmann, Dipl. Sozialwirt  
Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Caprivistraße 30a  
DE-49076 Osnabrück  
E-Mail: M.Haubrock@hs-osnabrueck.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen Internetlinks, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3000 Bern 9  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: [www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Martina Kasper  
Bearbeitung: Michael Herrmann  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

6. vollst. überarb. u. erw. Auflage 2018  
© 2018 Hogrefe Verlag, Bern  
© 2002/2007/2009 Verlag Hans Huber, Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95362-5)  
ISBN 978-3-456-85362-8  
<http://doi.org/10.1024/85362-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>15</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus ökonomischer Sicht</b>	<b>17</b>
<i>Karsten Güldner</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus medizinischer Sicht</b>	<b>19</b>
<i>Gisbert Kuichwitz</i>	
<b>Geleitwort zur 6. Auflage aus pflegerischer Sicht</b>	<b>21</b>
<i>Peter Bechtel</i>	
<b>Vorwort</b>	<b>23</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
<hr/>	
<b>1 Grundlegende Aspekte des Sozialversicherungssystems</b>	<b>25</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
1.1 Entwicklung der sozialen Sicherung bis 1945	25
1.2 Entstehung der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland	35
1.3 Sozialversicherungen als Elemente der sozialen Sicherung	46
1.3.1 Merkmale der sozialen Sicherung	46
1.3.2 Grundprinzipien und Gemeinsamkeiten der Sozialversicherungen	56
1.3.3 Arbeitslosenversicherung	66
1.3.4 Krankenversicherung	70
1.3.5 Pflegeversicherung	87
1.3.6 Rentenversicherung	93
1.3.7 Unfallversicherung	100
<hr/>	
<b>2 Versorgungsaspekte des Gesundheitssystems als Element des Sozialsystems</b>	<b>111</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
2.1 Soziale Marktwirtschaft als Ordnungsprinzip	111
2.2 Wettbewerb als Koordinationsgröße	124
2.3 Bedarfsgerechte Versorgung als hoheitlicher Auftrag	145
2.4 Spezifika des ersten Gesundheitsmarktes	150

<b>3. Gesundheitsökonomische Evaluationen</b>	<b>177</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
3.1 Notwendigkeit der Evaluation	177
3.2 Kriterien qualifizierter Evaluationen	178
3.3 Kosten-Nutzen-Betrachtungen	179
3.3.1 Überblick	179
3.3.2 Analyseverfahren	182
3.3.3 Grundmuster des Ablaufs bei Kosten-Nutzen-Betrachtungen	183
3.4 Relevanz für das deutsche Gesundheitssystem	187
<b>4. Politische Aspekte der Gesundheitsversorgung</b>	<b>197</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
4.1 Ziele und Funktionen der Gesundheitspolitik	197
4.2 Gesundheitspolitische Herausforderungen	203
4.3 Relevante Gesundheitsreformen als Handlungsstrategien	217
<b>5. Strukturen und Funktionen ausgewählter Versorgungssysteme</b>	<b>277</b>
5.1 Krankenhausversorgung	277
5.1.1 Finanzierung der somatischen Krankenhausleistungen	277
<i>Manfred Haubrock</i>	
5.1.2 Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausleistungen	313
<i>Jennifer Decu</i>	
5.1.2.1 Problemstellung	313
5.1.2.2 Entwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie	314
5.1.2.3 Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik	320
5.1.2.4 Vergleich zwischen PEPP und DRGs	336
5.1.2.5 Kritische Analyse	336
5.1.2.6 Alternativmodelle	343
5.2 Rehabilitative Versorgung	348
<i>Wilhelm Brokfeld</i>	
5.2.1 Einleitung	348
5.2.1.1 Geschichte der Rehabilitation	348
5.2.1.2 Rechtliche Grundlagen	350
5.2.1.3 ICF und Begriff der Funktionsfähigkeit	352
5.2.1.4 Bio-psycho-soziales Modell	352
5.2.1.5 Ziele und Grenzen der ICF	352
5.2.2 Umfang der Rehabilitation	353
5.2.2.1 Ausgrenzung der beruflichen Rehabilitation	354
5.2.2.2 Ziele und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation	354
5.2.2.3 Exkurs: medizinische Rehabilitation und Kur	356
5.2.2.4 Diagnosegruppen in der Rehabilitation	356
5.2.2.5 Wirtschaftliche Aspekte	356
5.2.3 Rehabilitation als Aufgabe der Sozialversicherung	356
5.2.3.1 Rehabilitation als Aufgabe der Unfallversicherung	356
5.2.3.2 Rehabilitation als Aufgabe der Krankenversicherung	357
5.2.3.3 Rehabilitation als Aufgabe der Rentenversicherung	360
5.2.4 Durchführung der Rehabilitation	361



5.2.4.1	Umfassendes Rehabilitations- und Therapiekonzept	361
5.2.4.2	Architektonische Gestaltung der Einrichtungen und Barrierefreiheit	362
5.2.4.3	Interdisziplinäres Rehabilitationsteam und Qualifikation	363
5.2.4.4	Diagnostik	364
5.2.4.5	Rehabilitations- bzw. Therapieziele	365
5.2.4.6	Therapieplan	365
5.2.4.7	Behandlungselemente	366
5.2.5	Weitere an der Rehabilitation Beteiligte	371
5.2.5.1	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.	371
5.2.5.2	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.	372
5.2.5.3	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.	373
5.2.5.4	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	374
5.2.5.5	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.	375
5.2.6	Qualitätsmanagement	375
5.2.6.1	Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung	375
5.2.6.2	Qualitätssicherungsverfahren der Krankenversicherung	379
5.2.6.3	Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	379
5.2.7	Monetäre Aspekte	380
5.2.7.1	Kosten	380
5.2.7.2	Alternative Finanzierungsformen	384
5.2.8	Fazit	389
5.3	Versorgung durch stationäre Pflegeeinrichtungen	395
	<i>Gabriele Schröder-Siefker</i>	
5.3.1	Gegenstand und Zielsetzung	395
5.3.2	Demografie und Eckpunkte	396
5.3.2.1	Bevölkerungsvorausberechnung	396
5.3.2.2	Pflegestatistik 2013	398
5.3.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen für stationäre Pflegeeinrichtungen	401
5.3.3.1	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung	401
5.3.3.2	Heimrecht	404
5.3.4	Gesetzliche Qualitätsanforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen	407
5.3.4.1	Stand der Qualitätsdiskussion	407
5.3.4.2	Qualitätsverantwortung, -entwicklung und -sicherung	409
5.3.4.3	Pflegebedürftigkeit und ausgewählte Aspekte der pflegerischen Versorgung und sozialen Betreuung	411
5.3.4.4	Anforderungen an Unterkunft und Verpflegung	416
5.3.4.5	Anforderungen an die Qualifikation des Personals	417
5.3.4.6	Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarung	418
5.3.5	Vertragliche Grundlagen, Finanzierung und Steuerung stationärer Pflegeeinrichtungen	421
5.3.5.1	Beziehungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern	421
5.3.5.2	Grundlagen der Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtungen	423
5.3.5.3	Steuerung von stationären Pflegeeinrichtungen	429
5.3.6	Zukunftsstrategien der stationären Pflegeeinrichtungen	433
5.3.7	Ausgewählte aktuelle Aspekte zum Pflegestärkungsgesetz II und Ausblick	435
5.3.7.1	Ausgewählte aktuelle Aspekte zum PSG II	435
5.3.7.2	Ausblick	437

5.4	Ambulante pflegerische Versorgung	444
	<i>Christina Riessland</i>	
5.4.1	Ziel der ambulanten Versorgung	444
5.4.1.1	Gesundheitspolitische Zielsetzungen	444
5.4.1.2	Ambulant vor stationär	445
5.4.1.3	Regelungen für den Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes	445
5.4.1.4	Normative Rahmenbedingungen der ambulanter Pflege	446
5.4.2	Struktur in der ambulanten Pflege	448
5.4.2.1	Anbieter ambulanter Versorgung	448
5.4.2.2	Finanzierung der ambulanten Pflege	449
5.4.2.3	Betriebswirtschaftliche Aspekte	453
5.4.2.4	Ausdifferenzierungen	457
5.4.3	Fazit	459
5.5	Ambulante ärztliche Versorgung	462
	<i>Manfred Haubrock</i>	
5.6	Arzneimittelversorgung	469
	<i>Manfred Haubrock</i>	

---

## **6. Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft** **477**

	<i>Manfred Haubrock</i>	
6.1	Kondratieff-Zyklen – die theoretische Basis	477
6.2	Ursachen und Folgen des Paradigmenwechsels	479
6.3	Veränderungen der Rahmenbedingungen	481
6.3.1	Demografischer Wandel und Finanzierungsproblematik	481
6.3.2	Sozioökonomischer Wandel	484
6.3.3	Medizinisch-technischer Fortschritt	485
6.3.4	Rechtliche und gesundheitspolitische Veränderungen	485
6.4	Primärer und sekundärer Gesundheitsmarkt	489

---

## **7. Ethik in der Gesundheitswirtschaft** **493**

	<i>Volker Schulte</i>	
7.1	Einleitung	493
7.2	Ethik und Moral	493
7.3	Gesundheit und Ethik	494
7.3.1	Autonomieprinzip	494
7.3.2	Prinzip der Schadensvermeidung	494
7.3.3	Fürsorgeprinzip	495
7.3.4	Gleichheits- und Gerechtigkeitsprinzip	495
7.4	Technologischer Fortschritt und Ethik	495
7.4.1	Themenbereich 1 – Enhancement	495
7.4.2	Themenbereich 2 – Organisierte Suizidbeihilfe	496
7.4.3	Themenbereich 3 – Präimplantationsdiagnostik	497
7.4.4	Themenbereich 4 – Transplantationsmedizin	499
7.4.5	Themenbereich 5 – Rationierung	502
7.5	Fazit	503

<b>8. Bedeutung des Managements in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>505</b>
<i>Manfred Haubrock</i>	
8.1 Gesundheitsleistungen als Gegenstand des Managements	505
8.2 Dimensionen des Managements	506
8.2.1 Überblick	506
8.2.2 Funktionales Management	508
8.2.2.1 Prozess der Aufgabenerfüllung	508
8.2.2.2 Informationsbearbeitung	509
8.2.2.3 Zielsetzung	510
8.2.2.4 Planung	512
8.2.2.5 Entscheidung	512
8.2.2.6 Realisierung	514
8.2.2.7 Kontrolle	514
8.2.3 Strukturales Management	516
8.2.3.1 Stellen und Gremien	516
8.2.3.2 Organisationsformen	518
8.2.4 Personales Management	519
8.2.4.1 Struktur- und Wertewandel als Ausgangslage	519
8.2.4.2 Aspekte des Personalmanagements	520
8.2.5 Instrumentales Management	531
<b>9. Relevante Managementkonzepte in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>539</b>
9.1 Kaizen und Lean Management	539
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.2 Prozessmanagement	542
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.3 Qualitätsmanagement	551
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.4 Risikomanagement	575
9.4.1 Ökonomisches Risikomanagement	575
<i>Manfred Haubrock</i>	
9.4.1.1 Begriffliche Abgrenzungen	575
9.4.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	578
9.4.1.3 Risikomanagementprozess	582
9.4.2 Pflegerisches Risikomanagement	585
<i>Jürgen Georg</i>	
9.4.2.1 Definition, Ziele, Modell	585
9.4.2.2 Risikoassessment	587
9.4.2.3 Risikopflegediagnosen, Surveillance-Diagnosen und potenzielle Komplikationen	588
9.4.2.4 Risikomanagement, Pflegeinterventionen, Expertenstandards und Vigilanz	594
9.4.2.5 Risikomanagement und interdisziplinäre Versorgungspfade	595
9.4.3 Patientensicherheit und Risikomanagement	597
<i>Constantin Rehers</i>	
9.4.3.1 Schlüsselbegriffe im Kontext der Patientensicherheit	598
9.4.3.2 Patientensicherheit als Qualitätsziel	599
9.4.3.3 Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses	602

9.5	Versorgungsmanagement	612
	<i>Manfred Haubrock</i>	
9.5.1	Managed Care als Basiskonzept	612
9.5.1.1	Grundlegende Aspekte	612
9.5.1.2	Historische Entwicklung von Managed Care	613
9.5.1.3	Managed-Care-Techniken	616
9.5.1.4	Organisationsformen der Managed Care	621
9.5.1.5	Umsetzungsansätze von Managed Care in den USA	624
9.5.1.6	Beispiele umgesetzter Managed-Care-Strukturen	626
9.5.1.7	Akzeptanz und Kritik der Managed-Care-Strukturen	627
9.5.2	Umsetzungsschritte des Managed-Care-Ansatzes in Deutschland	628
9.5.2.1	Relevanz des Kassenwettbewerbs	628
9.5.2.2	Kassenwettbewerb durch Versorgungsmanagement	630
9.5.2.3	Formen des Versorgungsmanagements	631
9.6	Wissensmanagement	641
	<i>Frank Schäfers</i>	
9.6.1	Grundlegende Aspekte des Wissensmanagements	641
9.6.1.1	Wissenstreppe als Basismodell	641
9.6.1.2	Definitionen von Wissen	643
9.6.1.3	Formen des Wissens	643
9.6.1.4	Wissen aus betriebswirtschaftlicher Sicht	644
9.6.2	Systemisches Wissen	644
9.6.2.1	Definitionen von Wissensmanagement	644
9.6.2.2	Unterscheidung: Wissensmanagementsysteme und -modelle	645
9.6.2.3	Exemplarische Wissensmanagementmodelle	645
9.6.3	Web-2.0-basierte Tools zur Umsetzung von Wissensmanagement	654
9.6.3.1	Allgemeine Hinführung	654
9.6.3.2	Blog	655
9.6.3.3	Videocast	656
9.6.3.4	Social Bookmarking	656
9.6.3.5	Wiki	656
9.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement	658
	<i>Mavis Plitt</i>	
9.7.1	Begriffliche Abgrenzungen	658
9.7.1.1	Betriebliche Gesundheitspolitik	658
9.7.1.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	659
9.7.1.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	659
9.7.1.4	Prävention	660
9.7.2	Rahmenbedingungen	663
9.7.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	663
9.7.2.2	Richtlinien und Empfehlungen	669
9.7.2.3	Zertifizierungen	673
9.7.3	Bedeutung des betrieblichen Gesundheitsmanagements	675
9.7.3.1	Ziele	675
9.7.3.2	Voraussetzungen	676
9.7.3.3	Instrumente	677
9.7.3.4	Nutzen	678

9.8	Materialmanagement	685
	<i>Manfred Haubrock</i>	
9.8.1	Elementare und dispositive Produktionsfaktoren	685
9.8.2	Sachgüter im Sinne der Abgrenzungsverordnung	687
9.8.3	Grundsätzliche Überlegungen zur Materialwirtschaft	689
9.8.4	Abfallmanagement	694
9.9	Pflegeprozessmanagement	708
	<i>Jürgen Georg</i>	
9.9.1	Pflegeprozess	708
9.9.1.1	Pflegeassessment	709
9.9.1.2	Pflegediagnosen und -diagnostik	711
9.9.1.3	Pflegeziele und -ergebnisse	717
9.9.1.4	Pflegeplanung	718
9.9.1.5	Pflegeintervention	719
9.9.1.6	Pflegeevaluation	719
9.9.2	Pflegeprozess und Patientenedukation	719
9.9.3	Pflege-, Entlassungsprozess und Entlassungsmanagement	721
9.9.4	Umsetzung des Pflegeprozesses in die Pflegepraxis	725
9.9.5	Interdisziplinäre Prozessgestaltung und Pflegeprozess	727
9.10	Informationsmanagement	733
	<i>Jörg Haßmann</i>	
9.10.1	Einleitende Bemerkungen	733
9.10.2	Datenmanagement in Gesundheitseinrichtungen	734
9.10.2.1	Von Daten über Information zu Wissen	734
9.10.2.2	Klassifikationssysteme	736
9.10.2.3	Organisation des Datenmanagements	743
9.10.3	Anwendungssysteme im praktischen Einsatz	747
9.10.3.1	Krankenhausinformationssysteme (KIS)	747
9.10.3.2	Elektronische Patientenakte (EPA)	758
9.10.4	Kommunikationsaspekte	761
9.10.4.1	Kommunikationsserver	761
9.10.4.2	Kommunikationsstandards	763
9.10.5	Gesundheitstelematik	767
9.10.5.1	eGK, HBA und das Telematikinfrastrukturprojekt	772
9.10.5.2	Elektronische Fallakte	781
9.10.5.3	Mobile Health (mHealth) – Anwendungen mit mobilen Geräten	785
9.10.5.4	Patientengeführte webbasierte Gesundheitsakte	788
9.10.5.5	Institutionsgeführte Portallösungen	790
9.10.6	Technische Grundlagen für Informations- und Kommunikationssysteme	791
9.10.6.1	Client-Server-Architektur	792
9.10.6.2	Servervirtualisierung	794
9.10.6.3	Cloud-Computing	797
9.10.6.4	Einsatz von Rechnernetzen	799

<b>10. Steuerungsinstrumente zur Realisierung der Unternehmensziele</b>	<b>805</b>
10.1 Kennzahlensysteme	805
<i>Manfred Haubrock</i>	
10.1.1 Vorbemerkungen	805
10.1.2 Traditionelle Kennzahlen und Kennzahlensysteme	805
10.1.2.1 Begriffliche Abgrenzungen	805
10.1.2.2 Kennzahlenarten	806
10.1.2.3 Kennzahlen als Vergleichszahlen	806
10.1.2.4 Grenzen der Anwendung von Kennzahlen	807
10.1.3 Traditionelle Kennzahlensysteme	807
10.1.3.1 Vorbemerkungen	807
10.1.3.2 Aufbau eines Kennzahlensystems	808
10.1.3.3 Funktion von Kennzahlen und Kennzahlensystemen	809
10.1.3.4 DuPont-Kennzahlensystem	809
10.1.3.5 ZVEI-Kennzahlensystem	810
10.1.3.6 Grenzen finanzieller Kennzahlensysteme	811
10.1.4 Innovative Performance-Measurement-Systeme	812
10.1.5 Balanced Scorecard als Performance-Measurement-System	813
10.1.5.1 Grundlegende Aspekte	813
10.1.5.2 Begriffliche Abgrenzungen	814
10.1.5.3 Perspektiven	816
10.1.5.4 Verknüpfung von Managementsystemen mit der Balanced Scorecard	819
10.1.6 Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard im Krankenhaus	820
10.1.6.1 Status quo des strategischen Managements	820
10.1.6.2 Balanced Scorecard für das Krankenhausmanagement	822
10.1.6.3 Wahl der Perspektiven im Krankenhaus	822
10.1.6.4 Exemplarische Ziele und Kennzahlen für den Krankenhausbereich	824
10.2 Controlling	828
<i>Winfried Zapp</i>	
10.2.1 Hinführung	828
10.2.2 Theoretische Grundlagen	828
10.2.2.1 Ausgangslage: Controllingleitbild	828
10.2.2.2 Basis: Begriffsbestimmung von Controlling	829
10.2.2.3 Controllingkonzeptionen	836
10.2.3 Werkzeuge des Controllings	842
10.2.3.1 Planungssystem	842
10.2.3.2 Kontrollsystem	849
10.2.3.3 Informationsberichte	856
10.2.4 Organisation des Controllings	864
10.2.4.1 Binnenstrukturierung	864
10.2.4.2 Außenstrukturierung	864
10.2.5 Ausblick	865
10.3 Informationsmanagement durch internes Rechnungswesen	870
<i>Winfried Zapp</i>	
10.3.1 Hinführung zum Thema – Grundlagen und Ausrichtung	870
10.3.1.1 Wetterkarten als Ausgangspunkt einer ökonomischen Betrachtung	870
10.3.1.2 Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen als Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung	872

10.3.2	Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	878
10.3.2.1	Zwecke, Ziele und Funktionen	878
10.3.2.2	Anforderungen	879
10.3.2.3	Aufgaben	881
10.3.2.4	Begriffsdefinition	882
10.3.3	Aufbau und Konzeption	882
10.3.3.1	Kostenrechnung	882
10.3.3.2	Leistungsrechnung	903
10.3.3.3	Erlös- und Ergebnisrechnung	904
10.3.4	Rechensysteme und Unterscheidungskriterien der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	906
10.3.4.1	Unterscheidung nach Umfang: Voll- vs. Teilkostenrechnung	906
10.3.4.2	Unterscheidung nach der Zeit: Ist- vs. Plankostenrechnung	908
10.3.5	Rechnungszielorientierung – daten- vs. verhaltensorientierte Rechnung	909
<hr/>		
<b>11.</b>	<b>Marktorientierte Unternehmensführung</b>	<b>913</b>
11.1	Marketing	913
	<i>Manfred Haubrock</i>	
11.1.1	Begriffliche Abgrenzungen	913
11.1.2	Bedeutungswandel des Marketingbegriffs	913
11.1.3	Etablierung einer Marketingstrategie im Krankenhaussektor	916
11.1.4	Marketingziele und Marketingstrategien	918
11.1.5	Marketinginstrumente	921
11.1.6	Rechtliche Rahmenbedingungen für das Krankenhausmarketing	924
11.2	Fundraising	927
	<i>Elisa Liegmann</i>	
11.2.1	Begriffsabgrenzungen	927
11.2.1.1	Spende	927
11.2.1.2	Sponsoring	928
11.2.1.3	Begriffsklärung und -abgrenzung	929
11.2.2	Fundraising-Management	932
11.2.3	Erscheinungsform des Marketings	934
11.2.4	Ansätze	937
11.2.4.1	Transaktionsorientiertes Fundraising vs. Relationship Fundraising	937
11.2.4.2	Exkurs: Relationship Fundraising	939
	<b>Herausgeber</b>	<b>945</b>
	<b>Autorinnen und Autoren</b>	<b>947</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>951</b>
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	<b>961</b>





# Danksagung

Über zwei Jahrzehnte habe ich mit meinem ehemaligen Mitherausgeber Prof. Dr. Walter Schär freundschaftlich und kollegial zusammengearbeitet. Unsere ersten gemeinsamen Aktivitäten hatten wir bereits vor der Wiedervereinigung, als wir mit anderen Kolleginnen und Kollegen daran gearbeitet haben, unter anderem die Inhalte des damaligen Diplom Pflegemanagement-Studiengangs der Berliner Charité an die zukünftigen Herausforderungen anzupassen. Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen waren für mich auch Lehrjahre. Durch die konstruktiven und persönlichen Gespräche, unter anderem auch im Sommerdomicil des Kollegen, ist bei mir immer ein Erkenntniszuwachs eingetreten. Die Akzeptanz und das Verständnis für die jeweils individuellen Argumentationen und Meinungen, die sich zunächst aus den unterschiedlichen Sozialisationen ergeben hatten, wurden bei Walter Schär und mir immer größer. In den Folgejahren herrschte zwischen Berlin und Osnabrück ein reger Informationsaustausch, der manchmal kontrovers, aber immer fair und respektvoll geführt wurde. Es entstand eine „Vertrauenskultur“. Unser Verhältnis ist bis heute durch Ehrlichkeit, Offenheit und Respekt geprägt.

Im Laufe der Jahre sind von uns neben den fünf Auflagen des relevanten Grundlagenwerks des Huber Verlags gemeinsam viele Lehrbriefe und Manuskripte für wissenschaftliche Einrichtungen in Ost und West verfasst worden. Hierbei ging die Initiative in der Regel vom Kollegen Schär aus. Seine vielfältigen Kontakte öffneten viele Türen. Hieraus resultierten auch die unzähligen Lehrveranstaltungen, Seminare und Vorträge, die wir, um es mit den Worten des Kollegen Schär zu sagen, „getrennt gemeinschaftlich“ durchgeführt haben. Hinzu kommen die jährlichen Treffen mit Medienvertretern und den Spitzenvertretern des organisierten Pflegemanagements im Rahmen des Berliner Pflegekongresses. Walter Schär hat auf diesem Wege die Professionalisierung des Pflegeberufs stark beeinflusst.

Ich möchte mich daher auch an dieser Stelle bei meinem „Kumpel und Mitstreiter“ sehr herzlich für die jahrzehntelange offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit, für seine stets humorvollen und hintergründigen Randbemerkungen sowie für alles, was er für mich gemacht hat, bedanken.

*Manfred Haubrock*  
Osnabrück, im April 2017



# Geleitwort zur 6. Auflage aus ökonomischer Sicht

In der Gesundheitswirtschaft brauchen wir heute, aber besonders in der Zukunft, hervorragend qualifizierte Fach- und Führungskräfte mit Fähigkeiten für Kommunikation und interdisziplinäre Kooperation. Entscheidend für eine gute Medizin und Pflege sind motivierte und mit viel Wissen und Können ausgestattete Mitarbeitende in allen Arbeitsbereichen und Berufsgruppen der Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Institutionen der ambulanten medizinischen Versorgung.

Gerade unter dem weiter zunehmenden wirtschaftlichen Druck aufgrund der begrenzten Bereitstellung finanzieller Ressourcen durch die Gesundheitspolitik und den Staat und dem sich verschärfenden Wettbewerb sind Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung von existenzieller Bedeutung. So wird der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern insbesondere über die Sicherung des Personals und die Fähigkeit des Unternehmens zur Modernisierung, Restrukturierung und Innovation entschieden. Führung, Change Management und die zeitnahe Möglichkeit, zu investieren, stehen daher im Mittelpunkt.

Die Zusammenarbeit der ÄrztInnen, MitarbeiterInnen des Pflege- und Funktionsdienstes, der kaufmännischen und technischen Bereiche sowie der infrastrukturellen Service-dienste ist für den Erfolg einer Einrichtung unerlässlich. Dieser Prozess muss aktiv organisiert werden und verlangt eine interdisziplinäre Kommunikation auf Augenhöhe. Diese ist daher entscheidender Bestandteil jeder effizienten und zukunftssträchtigen Unternehmensführung. Maßgabe ist, Multiprofessionalität auf Augenhöhe zur gelebten Praxis zu machen.

Wertschätzende Kooperation ist unverzichtbar. Dies bedingt ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Rolle im Leistungs- und Managementprozess, den Respekt untereinander und die Findung und Realisierung gemeinsamer Ziele. Medizinfachliches, also ärztliches und pflegerisches Wissen und Können und betriebswirtschaftliches Wissen, Denken und Verhalten müssen im Managementprozess zusammengeführt werden.

Dafür bedarf es grundlegenden Basiswissens und spezieller Fachkenntnisse. Genau diesem Anspruch widmet sich die nunmehr 6. Auflage von „Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft“. Die volkswirtschaftliche Bedeutung im Paradigmenwechsel vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft ist erheblich für Beschäftigung, Wirtschaftskraft und Wertschöpfung. Die Anforderungen und Erwartungen an das Management sind weiter gestiegen.

Komplexität und Dynamik sind rasant. Qualität, Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit, aber auch Mitarbeiterzufriedenheit im Fokus der Leistungsprozesse, insbesondere in den Krankenhäusern, zu gestalten, setzt Wissen, Können, aber auch Know-how-Transfer voraus.

Diesem Anspruch widmen sich zum Beispiel das Kapitel und die vielgliedrigen Abschnitte relevanter Managementkonzepte für die Gesundheitswirtschaft. Controlling als unternehmerisches Führungsinstrument und die marktorientierte Unternehmensführung ergänzen diesen Part.

Grundlagen und Wissen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für derzeitige und zukünftige

ge Mitarbeitende der Gesundheitswirtschaft zur Verfügung zu stellen, dient die 6. Auflage dieses Standardwerks in bewährter Manier.

*Prof. Dr. Karsten Güldner  
Wissenschaftler Direktor der Akademie  
der Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft  
Kommunaler Krankenhäuser eG*

# Geleitwort zur 6. Auflage aus medizinischer Sicht

Seit Beginn der ersten Krankenhausreform im Jahre 1993 hat es bereits grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben. Die Leistungsfähigkeit konnte beispielsweise im stationären Sektor erheblich gesteigert werden. Während 1990 in den 2447 Krankenhäusern mit ihren 686 000 Betten 13,8 Millionen Patienten mit einer Liegezeit von 15,3 Tagen stationär behandelt wurden, wurden 2014 in den verbliebenen 1980 Krankenhäusern mit 500 680 Betten 19,1 Millionen Patienten mit einer Liegezeit von 7,4 Tagen behandelt. Diese Leistungsverbesserung war nur möglich, weil insbesondere betriebswirtschaftliche Aspekte Einzug in das Gesundheitswesen gehalten haben. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass die Ökonomisierung auch zu einer Leistungsverdichtung vor allem zu Lasten der Gesundheitsberufe geführt hat. Diese neuen insbesondere ethischen Aspekte der Medizin rücken bei dem aktuellen Mangel an Gesundheitsberufen wieder in den Fokus. Medizin wird von Menschen für Menschen gemacht. Es zählt letztlich am Ende einer Behandlung die Qualität, die den Menschen als Patienten zufriedenstellt.

Heute sind Themen wie „Qualitätsmanagement“, „Prozessmanagement“, „Case Management“, „OP-Management“ oder „Betten-Management“ im Gesundheitswesen selbstverständlich geworden. Auch die aktuellen Themen wie „Patientensicherheit“ oder „Fehlermanagement“ haben schon ihren festen Stellenwert im Alltag des Gesundheitssystems. Mit den neuen Krankenhausreformen seit 2014 kommen weitere Aspekte wie „Qualität und Transparenz“ hinzu. Die Entwicklung des Gesund-

heitssystems muss als ein dynamischer Prozess der fortlaufenden Verbesserung verstanden werden und verlangt von den Gesundheitsberufen ein lebenslanges Lernen.

Dieser breiten Facette an dynamischen Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen trägt auch die 6. Auflage des Standardwerks „Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft“ mit seiner grundlegenden Neustrukturierung Rechnung. Es wurde den neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen angepasst. So wurden die Inhalte gegenüber der 5. Auflage von 2009 umfassend aufgearbeitet und anhand der neuen gesundheitspolitischen Aspekte neu strukturiert. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems wurden in den ersten Kapiteln in ihren Kernelementen „Sozialversicherungssystem“, „Gesundheitssystem“, „Gesundheit und Ökonomie“ sowie „Gesundheitspolitik“ für die Lesenden in eigenen inhaltlichen Abschnitten in einen kausal aufeinander aufbauenden Zusammenhang gebracht.

Die aktuellen Strukturen von ausgewählten Versorgungssystemen werden in einem neuen praxisbezogenen Zusammenhang erklärt. Ihm schließt sich in logischer Konsequenz der kontroverse Dialog zwischen Ökonomie und Ethik an.

Es mündet in sehr pragmatisch aufgebaute, lösungsorientierte Kapitel, die das Thema „Management im Gesundheitswesen“ in all seinen Facetten aufarbeiten. Nicht zuletzt zeigt das Standardwerk mit seinen abschließenden Kapiteln, dass sich Controller und Gesundheitsberufe sinnvoll ergänzen können. Neben Kennzahlensystemen zur Steuerung ist es insbesondere das Wissen über die Finanzierung, die das Buch ab-

rundet und die LeserInnen zu ExpertInnen im Gesundheitssystem werden lässt.

Der Autor und Herausgeber Haubrock zeigt damit eindrucksvoll, dass dieses Werk seit Jahren zu Recht zur Pflichtlektüre für Pflegeberufe, Arztberufe und GesundheitsmanagerInnen gehört.

*Prof. Dr. med. Gisbert Knichwitz MBA*

*Chefarzt, Mitgliedschaften in den Vorständen der Ärztekammern, der ärztlichen Weiterbildungskommission, der Lenkungsgruppe im Peer Review Verfahren und des deutsch-niederländischen Gesundheitsnetzwerkes der Euregio*

# Geleitwort zur 6. Auflage aus pflegerischer Sicht

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich an Komplexität und Differenzierung zugenommen. Insbesondere mit der Einführung der G-DRGs im Jahre 2004 hat das Finanzierungssystem einen grundlegenden Wandel erfahren, ging es weg von tagesgleichen Pflegesätzen zu einem Preissystem im Sinne von Fallpauschalen, die möglichst sämtliche Leistungen im Akutbereich abdecken sollten. „Geld folgt der Leistung“, so die zentrale Begründung für diesen Paradigmenwechsel in der Finanzierung.

Die Einführung der Fallpauschalen hatte in den Folgejahren weitreichende Konsequenzen für das gesamte System in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Recht schnell wurde von „blutigen Entlassungen“ gesprochen, die Krankenhäuser standen am Pranger, die Patienten zu Lasten der Rehakliniken und der ambulanten Pflegedienste viel zu früh zu entlassen. Gleichzeitig haben wir eine immense Fallzahlsteigerung, einhergehend mit einer gravierenden Verweildauerverkürzung bei Zunahme alter und multimorbider Patienten erlebt. Die Medizin hat in diesen Jahren in fast allen Bereichen revolutionäre Fortschritte gemacht, nehmen wir nur das Beispiel der transfemorale Aortenklappen in der Kardiologie. Dies bedeutet in der Praxis, dass wir heute Patienten mit dieser Methode behandeln können, die sich jenseits des 90. Lebensjahres bewegen. Im Fazit können wir feststellen, dass wir in Deutschland nach wie vor eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme weltweit haben, das jedem einen uneingeschränkten Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen ermöglicht, unabhängig von Alter

und sozialer Situation. Wir sollten alles dafür tun, dass wir diesen hohen Level erhalten können.

Das vorliegende Buch von Manfred Haubrock beschäftigt sich nun schon in der 6. Auflage in herausragender Weise mit dieser hohen Komplexität unseres Gesundheitssystems und versucht in seiner Differenziertheit der einzelnen Kapitel und Beiträge, die Wichtigkeit der einzelnen Bereiche darzustellen und gleichzeitig aufzuzeigen, wie stark die Verbindungen und Abhängigkeiten sind. Es wird ein weiter Bogen gespannt von den grundlegenden Aspekten des Sozialversicherungssystems in unserem Land über die politischen Aspekte der Gesundheitsversorgung bis hin zu relevanten Managementkonzepten für die Gesundheitswirtschaft. Hinzu kommt die Betrachtung ausgewählter Versorgungssysteme, die Frage nach Ethik und Moral in den Gesundheitsberufen und ein aus meiner Einschätzung sehr wichtiges Kapitel zur marktorientierten Unternehmensführung.

Gerade der Unternehmensführung, unabhängig in welchem Versorgungsbereich das Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt ist, kommt in der Zukunft noch eine größere Bedeutung zu. Wir werden uns künftig mehr denn je damit auseinandersetzen müssen, wie wir unser hervorragendes Gesundheitsversorgungssystem im Kontext immer knapper werdender Ressourcen aufrechterhalten und weiterentwickeln können.

Seit geraumer Zeit spüren wir klar und eindeutig, dass wir in vielen Bereichen eine Unterfinanzierung erleben, die Unternehmen dazu zwingt, tiefe Einschnitte vorzunehmen, um

wirtschaftlich zu überleben. Gleichzeitig erleben wir aktuell wohl erst die Vorstufe eines Pflegenotstands, der sich nach den prognostischen Vorhersagen verschiedener Institute in dem kommenden Jahrzehnten in einem Bereich bewegen wird, der unvorstellbar ist, wir sprechen von bis zu 300 000 zusätzlichen qualifizierten Pflegekräften bis ins Jahr 2030!

Manfred Haubrock sei an dieser Stelle herzlich dafür gedankt, dass er sein enormes Wissen

und seine jahrzehntelange Erfahrung in diesem System der Gesundheitswirtschaft uns über die 6. Auflage dieses Buches zur Verfügung stellt und uns damit vielfältige Gedankenanstöße gibt.

*Peter Bechtel*

*Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes  
Pflegemanagement*



# Vorwort

Die Erstellung dieser 6. Auflage fiel wiederum in eine ereignisreiche Zeit, die im Wesentlichen durch eine Veränderung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen und durch weitere Gesundheitsreformen im Gesundheitswesen geprägt war.

In dieser völlig überarbeiteten und inhaltlich aktualisierten Auflage werden die aktuellen Entwicklungstendenzen, die Ursachen für die Kernprobleme in den Bereichen der Gesundheitswirtschaft sowie potenzielle Lösungsansätze dargestellt. Auch in dieser Auflage geht es darum, neben den wissenschaftstheoretischen Ausführungen an praktischen Beispielen zu verdeutlichen, wie die Gesundheitswirtschaft als zweckorientiertes, dynamisches, äußerst komplexes und soziotechnisches Expertensystem organisiert ist, wie die einzelnen Sektoren miteinander verbunden sind, welche Chancen und Risiken, aber auch welche Stärken und Schwächen in der Gesundheitswirtschaft vorhanden sind.

Im 1. Kapitel wird zunächst die historische Entwicklung der sozialen Absicherung von der Zeit des Absolutismus bis zur Gegenwart verdeutlicht. Es schließen sich Ausführungen über die wesentlichen Merkmale der sozialen Sicherung sowie über die Grundprinzipien und Gemeinsamkeiten der Sozialversicherungen an. Dieser Abschnitt umfasst zudem die Darstellung der fünf Sozialversicherungen in Deutschland.

Versorgungsaspekte des Gesundheitssystems sind Gegenstand des 2. Kapitels. In diesem Kontext wird zunächst das Ordnungsprinzip der Sozialen Marktwirtschaft vorgestellt. Es folgen die Auseinandersetzungen mit den Funktionen des Wettbewerbs und die Darstellung der bedarfs-

gerechten Versorgung. Dieser Abschnitt endet mit der Analyse der Spezifika des ersten Gesundheitsmarktes.

Gesundheitsökonomische Evaluationen sind in den vergangenen Jahren immer relevanter geworden, daher wird diese Thematik im 3. Kapitel aufgearbeitet. Neben der Präsentation der unterschiedlichen Evaluationsmethoden wird die Bedeutung der Kosten-Nutzen-Betrachtungen für den primären Gesundheitsmarkt untersucht.

Die Gesundheitspolitik ist Gegenstand des 4. Kapitels. Neben den Zielen und Funktionen der Gesundheitspolitik werden die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen herausgearbeitet. Ein Überblick über die wesentlichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte rundet die politische Betrachtung ab.

Im 5. Kapitel werden die Systeme Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtung, Arztpraxis und Apotheke detailliert vorgestellt.

Der Wandel des Gesundheitssystems zur Gesundheitswirtschaft ist Inhalt des 6. Kapitels. Zunächst wird auf die Theorie der langen Wellen eingegangen, es schließen sich die Diskussionen um die hierdurch ausgelösten Veränderungsprozesse sowie um die Abgrenzungen zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt in Deutschland an.

Im 7. Kapitel wird die Ethik als rationale Begründung für menschliche Handlungsnormen behandelt. Hierbei werden die Interdependenzen zwischen Ethik und Moral, zwischen Gesundheit und Ethik sowie zwischen dem technologischen Fortschritt und der Ethik thematisiert.

Die vierdimensionale Sichtweise des Managements (Struktur, Funktion, Personal, Werkzeuge) wird im 8. Kapitel verdeutlicht. Neben der generellen Sichtweise werden die spezifischen Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft vorgestellt.

Diverse Managementkonzepte, von der Kaizen-Philosophie bis zum Informationsmanagement, sind Inhalte des 9. Kapitels. Im Detail stellen die Autoren die Konzepte Kaizen, Lean-, Prozess-, Qualitäts-, Risiko-, Versorgungs-, Wissens-, Gesundheits-, Entlassungs-, Pflege- und Informationsmanagement vor.

Unternehmerische Ziele können nur realisiert werden, wenn die hieraus abzuleitenden Strategien und Maßnahmen seitens des Managements gesteuert werden. Zu den Steuerungsinstrumenten gehören immer schon die sogenannten traditionellen Kennzahlensysteme, mit denen der monetäre Unternehmenserfolg gesichert werden soll. In den vergangenen Jahrzehnten sind aber auch die Gesundheitseinrichtungen zu der Erkenntnis gekommen, dass neben den finanziellen Erfolgsfaktoren die sogenannten intangiblen Parameter den unternehmerischen Benefit abbilden. Somit werden im 10. Kapitel auch die Performance-Measurement-Systeme vorgestellt. Dieses Kapitel um-

fasst zudem die Darstellung der wesentlichen Aspekte des Controllings und des betriebswirtschaftlichen Rechnungswesens.

Die marktorientierte Unternehmensführung ist die Thematik des 11. Kapitels. Neben der Relevanz des Marketings für die Gesundheitsunternehmen wird die zunehmende Bedeutung des Fundraisings inhaltlich bearbeitet.

Abschließend möchte ich als Herausgeber Herrn Georg vom Hogrefe Verlag und dem freien Lektor Herrn Herrmann insbesondere für die Hilfestellung bei der methodisch-didaktischen Aufarbeitung der Inhalte sowie für die Unterstützung bei der formalen Gestaltung dieser Publikation danken. Ihre verständnisvolle und fachlich kompetente Beratung bei der Realisierung dieser Auflage hat wesentlich zum Gelingen dieses Projekts beigetragen.

Mein Dank geht auch an die Autorinnen und Autoren, die ihre zum Teil hochkomplexen Inhalte einerseits für den Leser nachvollziehbar, andererseits wissenschaftlich fundiert, fachlich kompetent und sorgfältig präsentieren. Erwähnenswert ist zudem die Aktualität der Beiträge.

*Manfred Haubrock*

Osnabrück, im April 2017

# 1 Grundlegende Aspekte des Sozialversicherungssystems

Manfred Haubrock

## 1.1 Entwicklung der sozialen Sicherung bis 1945

Das Fundament des deutschen Gesundheitssystems ist die Bilanz einer über viele Jahrhunderte andauernden Entwicklung. Die Betrachtung über diesen Zeitraum zeigt, dass die Entwicklung und Entstehung des Systems der sozialen Sicherung im Wesentlichen von einer in der deutschen Geschichte und Kultur verwurzelten sozialpolitischen Grundüberzeugung, der Einführung der Selbstverwaltung sowie durch viele verschiedene gesellschaftliche und politische Gruppen beeinflusst worden ist.

Einige besonders charakteristische Merkmale des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems lassen sich bis ins Mittelalter zurückverfolgen. Zunächst basiert es auf der christlichen Vorstellung der Solidarität gegenüber den Alten und Kranken. Hier stand jedoch nicht nur die Nächstenliebe im Fokus des Handelns, vielmehr spielte auch der Gedanke an den eigenen Seelenfrieden eine bedeutende Rolle. Kirchliche Hospitäler dienten im Mittelalter der Krankenversorgung und zeichneten sich dadurch aus, dass sie fremden und nicht ortsansässigen Armen und Kranken Unterkunft und Pflege gewährten. Diese Hospitäler waren in erster Linie Armenpflegehäuser. Neben der Kirche widmeten sich auch weltliche Organisationen der Versorgung dieser Personengruppen. Die kirchliche Fürsorge nahm ab Mitte des 15. Jahrhunderts, bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel und ausgelöst durch die kirchlichen Reformen (Reformation) sowie die damit verbundenen Schließungen katholischer Häuser, ab. An die

Stelle der kirchlichen Einrichtungen traten zunehmend weltliche Versorgungsinstitutionen. In diesem Kontext spielen die genossenschaftlichen Selbsthilfeeinrichtungen der Gilden, Zünfte und Gesellenbruderschaften, die das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in den freien Städten stark geprägt haben, eine wesentliche Rolle.

Diese Veränderungsprozesse spielen sich historisch vor dem Hintergrund einer Wirtschaftsstruktur ab, die im Wesentlichen durch die Entstehung des sogenannten Sektorenmodells gekennzeichnet ist. Bis zum Jahre 1945 wurde die wirtschaftliche Entwicklung in den deutschen Ländern im Wesentlichen durch die Aktivitäten der beiden folgenden Sektoren beeinflusst:

- primärer Sektor (Landwirtschaft, Bergbau, Forstwirtschaft und Fischerei)
- sekundärer Sektor (verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe, Energiewirtschaft).

Die Entwicklung dieser beiden Wirtschaftssektoren ist historisch bedingt. Bis zur industriellen Revolution, die im 18. Jahrhundert zum Beispiel durch die Entwicklung der Dampfmaschine von Newcomen (1705), der „Spinning Jenny“ von Hargreaves (1765), der Baumwollspinnmaschine von Arkwright (1769), des mechanischen Webstuhls von Cartwright (1784), des Puddelverfahrens bei der Eisengewinnung von Corté (1784) und der Baumwollreinigungsmaschine von Whitney (1792) ihren Anfang nahm, dominierte der primäre Sektor.

Dieser **primäre Sektor**, in dem bis zu Beginn der Industrialisierung im 19. Jahrhundert der Wirtschaftsbereich Landwirtschaft eine domi-

nante Bedeutung spielte, war schon in der Vergangenheit durch den Einsatz der beiden volkswirtschaftlichen Produktionsfaktoren Boden und Arbeit geprägt.

**Produktionsfaktoren** waren bzw. sind materielle und immaterielle Ressourcen, die zur Erzeugung von Sachgütern bzw. zur Bereitstellung von Dienstleistungen notwendig sind. Ihr Einsatz ist somit auch für die Unternehmungen des ersten Wirtschaftssektors die Basis für die Herstellung bzw. Bereitstellung von wirtschaftlichen Gütern. Durch ihre Verwendung wird das Unternehmensziel, zum Beispiel der Anbau von Getreide, realisiert. Im Rahmen dieses sogenannten betrieblichen Wertschöpfungsprozesses werden die Produktionsfaktoren teilweise bzw. ganz „verbraucht“. Wird dieser Ressourcenverbrauch monetär bewertet, entstehen für ein Unternehmen Kosten. Kosten lassen sich folglich aus der ökonomischen Perspektive als zweckbezogene, monetäre Ressourcenverbräuche definieren.

Der Faktor **Boden** wird wiederum in einen Anbau-, einen Abbau- und einen Standortboden unterteilt. Unter dem Anbauboden wird zum Beispiel der landwirtschaftlich genutzte Acker verstanden. Diese Art des Bodens ist folglich in der vorindustriellen Phase eine wesentliche Grundlage für die wirtschaftliche Existenz. Bei dem Abbauboden werden die Rohstoffe, die sich in der Erde befinden (z. B. Gas, Kohle, Öl), ökonomisch genutzt. Die Standortfrage ist heute unter anderem relevant für Logistikunternehmen oder für Gesundheitseinrichtungen, für die eine optimale Anbindung an die Infrastruktur und somit eine gute Erreichbarkeit von Bedeutung sind.

Der Faktor **Arbeit** wird in der Betriebswirtschaftslehre in die an der Bereitstellung von Dienstleistungen bzw. an der Erstellung von Sachgütern beteiligten *Elementarfaktoren* sowie in die *derivativen Faktoren* unterteilt. Zu den Elementarfaktoren gehören neben den Betriebsmitteln (z. B. Röntgengerät, Investitionsgüter) und Werkstoffen (z. B. Medikamente, Verbrauchsgüter) auch die ausführenden, erwerbstätigen Menschen. Dieser Teil des Humankapitals wird in der Betriebswirtschaftslehre als sogenannter exekutiver Produktions-

faktor (ausführende Mitarbeiter) bezeichnet. Der sogenannte dispositive Faktor umfasst die Mitarbeiter der Unternehmensführung sowie die Tätigkeiten des Managements. Diese Tätigkeiten der Unternehmensführung werden auch derivative Faktoren genannt. Zu diesen Managementfunktionen gehören die Festlegung von Zielen, die Planung, die Organisation und die Kontrolle.

Diese oben aufgezeigte Differenzierung der Mitarbeiterschaft ist die Grundlage für die Hierarchisierung des Faktors Arbeit. Eine hierarchische Ordnung (Aufbauorganisation, Unternehmensstruktur) besteht aus den Stellen (kleinste Organisationseinheit der ausführenden Arbeit) und aus den Instanzen (kleinste Organisationseinheit des Managements). Instanzen und Stellen bilden zusammen die Organisationseinheit Abteilung.

Der **primäre Sektor** ist geprägt durch die **Agrargesellschaft**. Die meisten Menschen lebten bis zum Ende des 18. Jahrhunderts von der Landwirtschaft und in ländlichen Siedlungen. In Deutschland waren zum Beispiel noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts etwa 80 % der Menschen direkt landwirtschaftlich tätig (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 1). Ein wesentliches unternehmerisches Ziel in der Zeit des Absolutismus, die durch die ständisch-agrarische Ordnung gekennzeichnet war, bestand für die adligen Grundherren darin, die volle **Verfügungsgewalt** über die beiden Produktionsfaktoren Arbeit und Boden zu bekommen. Beim Produktionsfaktor Boden war folglich das Eigentum an der landwirtschaftlichen Anbaufläche notwendig, um die Verfügungsgewalt über den Faktor zu bekommen. Zu dieser wirtschaftlichen Elite gehörten zum Beispiel die ostelbischen Gutsherren. Dieser Stand kontrollierte somit die Bodennutzung und lebte zudem von den Abgaben und Dienstleistungen der von ihm abhängigen landwirtschaftlichen Mitarbeiterschaft. Die Bestimmung des wirtschaftlichen Einsatzes des Produktionsfaktors Arbeit erfolgt zunächst über die Leibeigenschaft und nach den relevanten Reformen über die Hand- und Spanndienste. Diese Dienste, die im preußischen Einflussbereich auch unter der Bezeichnung Heuerlings- oder Kötterwesen be-

kannt waren, zeichneten sich unter anderem dadurch aus, dass zwischen dem Dienstherrn, also in der Regel einem Landadeligen, und den unselbstständigen Bauern eine wirtschaftliche und soziale Abhängigkeit bestand. So wurden in den damals geltenden Gesetzen (in einigen Staaten als Heimatgesetz bekannt) Rechte und Pflichten für beide Seiten festgeschrieben. Unter anderem bestand die Pflicht der Bauern darin, ihre Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen, während die Pflicht des Lehnsherrn zum Beispiel darin bestand, die soziale Sicherung der Mitarbeiter zu garantieren. Zu diesen sozialen Pflichten gehörte unter anderem die Versorgung im Fall der Krankheit. Das System war zudem aufgebaut auf dem sogenannten Heimatgedanken, das heißt, die Dorfgemeinschaft bildete die soziale und wirtschaftliche Grundlage für die Menschen. Aus diesen ökonomischen Machtstrukturen ergaben sich politische Herrschaftsstrukturen. Die Führungsschichten der vorindustriellen Gesellschaften rekrutierten sich nahezu ausschließlich aus der Schicht des Adels, also aus der sozialen Schicht (Stand) der Eigentümer des Produktionsfaktors Boden. Der Absolutismus war folglich geprägt durch eine Interessengemeinschaft der politischen Führungselite und der wirtschaftlich mächtigen Personen.

Alternativ zu dieser ländlichen Struktur entwickelte sich in den **Städten** das Bürgertum. Dort spielten die Kaufleute und die Handwerker eine entscheidende Rolle. In den Städten, von denen einige im Laufe der Jahrhunderte bestimmte Privilegien erwerben konnten (z. B. das Marktrecht, das Münzrecht und das Gerichtsrecht), entwickelte sich ein anderes gesellschaftliches Leben. Diese sogenannten freien Städte waren die Wirtschaftszentren einer Region. Eine wesentliche Voraussetzung für diese Entwicklung war die Erlangung des **Marktrechts**. Dieses Recht konnte verliehen oder erworben werden. Das Wirtschaftsleben war durch den Tausch zwischen den Produkten aus den ländlichen Gebieten und den städtischen Handwerkserzeugnissen geprägt. Diese Tauschprozesse fanden auf bestimmten Plätzen, den sogenannten Märkten, statt. Der Marktplatz war somit der Ort, an dem gewirt-

schaftet wurde. **Wirtschaften** bedeutet, dass Waren angeboten und nachgefragt wurden. Verständigen sich der Produzent und der Konsument auf einen Tauschwert, kommt der Kaufvertrag zustande. Aus den anfänglichen Naturaltauschprozessen entwickelte sich nach und nach ein Tausch Geld/Münzen gegen Ware. Ein Tausch Geld gegen Ware setzt voraus, dass dieses Zahlungsmittel zur Verfügung gestellt wird. Zur Herstellung von Münzen erwarben zunächst die Städte und später auch private Geldhäuser **Münzrechte**. Historisch interessant ist hierbei unter anderem die Tatsache, dass zur Herstellung der Münzen zunächst nur Edelmetalle (Gold und Silber) verwendet wurden. Der Münzwert und der Tauschwert einer Münze waren identisch. Durch den Austausch der Edelmetalle gegen minderwertige Materialien (z. B. Bronze) konnte ein Münzgewinn erzielt werden. Dies bedeutet, dass der Herstellungswert und der Tauschwert einer Münze nicht mehr identisch waren.

Die heutige Wirtschaftsordnungsidee der Marktwirtschaft mit dem systemimmanenten Preiswettbewerb basiert auf den Erkenntnissen, die über die Tauschprozesse in den freien Städten gewonnen werden konnten.

Neben dieser Möglichkeit, Einkünfte zu erzielen, konnten die Städte ihre Haushaltslage durch Steuern und Gebühren verbessern. So mussten die Bauern, die ihre Produkte in der Stadt verkaufen wollten, bei Ankunft in der Stadt ein „Eintrittsgeld“ zahlen. Wollte ein Händler sein Produkt mit einem bestimmten Qualitätsnachweis verkaufen, so musste diese Qualität durch Beauftragte der Städte festgestellt und bescheinigt werden. Die Städte hatten hierfür Qualitätsnormierungen (Qualitätsstandards) entwickelt, die eingehalten werden mussten. Für die Verleihung eines solchen Qualitätszertifikats waren entsprechende Gebühren zu entrichten.

Das dritte Recht, das **Gerichtsrecht**, ergänzte die beiden anderen Rechte. Verstöße, die sich unter anderem aus einem unseriösen Marktverhalten ergeben konnten, wurden in der Regel zeitnah und vor Ort geahndet.

Die Städte hatten, im Vergleich zu der in den ländlichen Regionen üblichen Feudalherr-

schaft, eine alternative politische Führungskultur. Aus der Mitte der Handwerksmeister und der Kaufleute, die in der Bürgerversammlung vertreten waren, wurde als Primus inter pares der Bürgermeister einer Stadt gewählt. Er war somit der höchste Repräsentant sowohl in politischen als auch in wirtschaftlichen Angelegenheiten. Der Bürgermeister vertrat die städtischen Interessen nach außen und innen. Die Stadt hatte somit eine eigenständige Gesellschafts- und Wirtschaftsstruktur. Die gesundheitliche und soziale Absicherung der Menschen in den Städten erfolgte durch die **Gilden** bzw. Zünfte. Es handelte sich um Selbstverwaltungsorgane, die ihre Angelegenheiten autonom geregelt haben. So konnten diese Verbände zum Beispiel Betten in den Hospitälern kaufen, um ihre Mitglieder im Krankheitsfall versorgen zu können. Ein weiteres Merkmal dieser Gesellenbruderschaften bestand darin, hoheitliche Funktionen zur Regulierung ihrer Berufsstände wahrzunehmen. Die heutigen gesetzlichen Krankenversicherungen beruhen letztlich auf dem Konzept dieser genossenschaftlichen Selbsthilfe. Weiterhin sind in diesem Kontext die Zwangsmitgliedschaften und die Erhebung von Zwangsbeiträgen (z.B. in Form eines Büchsenpfennigs) zu nennen. Diese und weitere Kriterien des Gildewesens wurden Ende des 19. Jahrhunderts in die staatlichen sozialen Sicherungssysteme integriert. Beispielfhaft sollen in diesem Zusammenhang die folgenden Merkmale genannt werden:

- Anbindung des sozialen Schutzes an ein Arbeitsverhältnis
- Versicherungspflicht
- Beitragsfinanzierung
- Solidarausgleich
- Familienversicherung
- Selbstverwaltung.

Im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts nahm die Bedeutung der Zünfte und Bruderschaften ab. Die Gewerbefreiheit und die Landreformen führten letztlich zur Auflösung der alten, teilweise bis ins Mittelalter zurückreichenden Versorgungsstrukturen. Die Regulierung der sozialen Sicherung wurde zunehmend von den Landesherrn wahrgenommen. Durch das

**Preußische Landrecht** von 1794 („Allgemeines Landrecht für die preußischen Staaten“) wurden nicht nur weitgehende Vorschriften über die Gewährung sozialer Leistungen getroffen, sondern primär wurde auch die grundsätzliche Anerkennung der staatlichen Verantwortung für die Versorgung bedürftiger Menschen festgeschrieben. Dieser Grundsatz entspricht dem Sozialstaatsprinzip der Verfassung für die Bundesrepublik sowie der Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge und Fürsorge. Die Kommunalisierung der Armenfürsorge war eine Folge der preußischen Reformen. Die Kassen entwickelten sich folglich aus den Zunftbüchsen der Meister und Gesellen (Zusammenschlüsse eines bestimmten Berufsstands) über die Bruder- und Gesellenläden bis hin zu den Gewerbehilfsskassen, die in Preußen nach der Einführung der Allgemeinen Gewerbeordnung die alten Versorgungseinrichtungen abgelöst haben.

Die gesundheitliche Absicherung der Arbeiterschaft im **Bergbau** war seit dem 17. Jahrhundert durch zunehmende staatliche Regulierung und Kontrolle geprägt. Dies führte dazu, dass schon zu damaliger Zeit neben den ärztlichen Behandlungen zum Beispiel Lohnfortzahlungen sowie Witwen- und Waisenrenten obligatorisch waren. Die Beiträge zu den sogenannten Revierkassen, die diese Leistungen zu finanzieren hatten, wurden durch die Bergleute (Knapen) und die Grubenbesitzer aufgebracht.

Die **industrielle Revolution**, die im letzten Viertel des 18. Jahrhunderts begann, veränderte das gesamte gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben sowie die sozialen Strukturen. Sie steht stellvertretend für den beginnenden wirtschaftlichen Liberalismus und für die Umwälzung der Produktionsweisen und der Transporttechnik. Diese industrielle Revolution wird in Europa durch die Französische Revolution und in Amerika durch die Boston Tea Party ausgelöst. Ziel der **Französischen Revolution (1789–1799)** war die Abschaffung des feudalsolutistischen Ständestaats sowie die Umsetzung der Ideen und Werte der Aufklärung. Die **Boston Tea Party (1773)** bildete den Höhepunkt eines lange schwelenden Streits zwischen den nordamerikanischen Kolonien und dem



Mutterland Großbritannien. Sie war somit ein Akt des Widerstands gegen die britische Kolonialpolitik. Mit diesen beiden Revolten verloren der Absolutismus sowie die Wirtschaftsidee des Merkantilismus (Lenkung der Wirtschaft durch den Staat) an Bedeutung. Wesentliche Ursachen für diese Revolutionen waren das aufklärerische politische Denken (Montesquieus Modell der Gewaltenteilung, Rousseaus Vorstellungen vom Eigentum als Ursache der Ungleichheit zwischen den Menschen) sowie die Vorstellungen über den **Wirtschaftsliberalismus**. Diese Wirtschaftslehre forderte die wirtschaftliche Freiheit der Unternehmer, sie lehnte jeden staatlichen Eingriff ab. Das Programm, das wesentlich von Adam Smith als Gegenpol zum Merkantilismus geprägt worden ist, entsprach den Interessen der sich entwickelnden Industrie, deren Vertreter hauptsächlich aus calvinistischen Kreisen kamen. In seinem Buch „The Wealth of Nations“ („Der Wohlstand der Nationen“) geht Smith davon aus, dass es Aufgabe des Marktes ist, ein Zusammenfallen des Eigennutzens der Unternehmer mit dem Gemeinwohl zu erreichen. Der Wirtschaftsliberalismus geht davon aus, dass sich die Wirtschaft ohne staatliche Einmischung durch die „unsichtbare Hand des Marktes“ selbst steuert. Dieses liberale Konzept deckte sich mit den Vorstellungen der Industriellen. Die Einstellung dieser Unternehmer, durch den Einsatz von Kapital aus Eigeninteresse die Produktivität zu erhöhen, ist entscheidend für den Investitionsboom. Das Investitionskapital ist nunmehr die Basis für die Generierung unternehmerischer Gewinne. Somit wird der **Kapitaleinsatz** als dritter **Produktionsfaktor** zum Wachstumsmotor des 19. Jahrhunderts. Mit dem „Kapitalismus“ entsteht der zweite Wirtschaftssektor, der Sektor der warentroduzierenden Wirtschaft.

Zu den **Investitionsobjekten** gehörte auch der Ausbau der **Verkehrswege**. So ist in Deutschland 1825 die Dampfschiffahrt auf dem Rhein eröffnet worden. Zehn Jahre später fuhr die erste Eisenbahn von Nürnberg nach Fürth. In Großbritannien, in den USA und in Deutschland wurde das Streckennetz der Eisenbahn ab 1840 systematisch ausgebaut und verlängerte sich zum Beispiel in Deutschland

von ca. 6000 km (1840) auf über 51000 km (1900) (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 9). Entwicklungen wie das Bessemerverfahren (1856) und das Siemens-Martin-Verfahren in der Stahlerzeugung (1864) sind Beispiele für die Industrialisierung in Deutschland. Zusätzlich schuf die Vereinheitlichung des Geld- und Münzwesens im Jahre 1873 eine weitere Voraussetzung für das Anwachsen der Industrie.

Aufgrund einer **agrarischen Revolution**, die zum Beispiel in England und Preußen (im Gegensatz zu großen Teilen des Kontinents) der industriellen Veränderung vorangegangen war, standen genügend ehemalige Landarbeiter zur Verfügung. Sie bildeten eine mobile industrielle Reservearmee von ungelerten Arbeitskräften, die in der Industrie beschäftigt werden konnten. Im Gebiet des 1867 gegründeten Norddeutschen Bundes verließen im 19. Jahrhundert (deutlich zeitverzögert gegenüber England) durch die inzwischen eingeführte kapitalintensive Bodenbearbeitung sowie durch die Landreformen und die damit verbundene neugewonnene Freizügigkeit mehrere Millionen Menschen die ländlichen Gebiete, um in die Städte zu wandern. Diese **Binnenwanderung** vollzog sich in Deutschland überwiegend aus Ost- und Westpreußen, Posen, Schlesien, Pommern und Mecklenburg in Richtung der aufblühenden Großstädte (z. B. Berlin) sowie in die sich entwickelnden Industriegebiete (z. B. das Ruhrgebiet). Dies hatte zur Folge, dass sich zum Beispiel die Bevölkerungszahl von Berlin bis zum Ende des 19. Jahrhunderts alle 25 Jahre verdoppelt hat. Durch die Aufhebung der Restriktionen, die in der sogenannten Heimatgesetzgebung festgeschrieben waren, und durch die medizinischen Fortschritte wuchs zudem die Bevölkerung insgesamt an, zum Beispiel in Deutschland zwischen 1800 und 1900 von 24,5 Mio. auf 56,4 Mio. Menschen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 11). Die Agrarrevolution ist folglich durch das **Bevölkerungswachstum**, durch die **Verstädterung** (Urbanisierung), die **Landflucht** (Binnenwanderung) sowie durch die Absicherung der politischen und wirtschaftlichen Vorrangstellung der Großgrundbesitzer ge-

prägt worden. Die Fabrikbesitzer nutzten das Überangebot an Arbeitskräften aus und ließen die Arbeiter zum Teil bis zu 18 Stunden am Tag und an 7 Tagen in der Woche arbeiten. Mit der Industrialisierung nahm die Zahl der unselbstständigen Arbeitnehmer rasch zu. Dagegen verringerten sich der Anteil der Handwerker und der in der Landwirtschaft Beschäftigten deutlich. Die Gesellschaft zerfiel quasi in zwei große Klassen: Arbeiter und Kapitalisten. In dieser Phase veränderte sich auch die Stellung der Familie nach außen und innen. In der vorindustriellen Welt waren Hausgemeinschaft und Arbeitsstelle in der Regel nicht getrennt, mit der Gründung der Industrieunternehmungen müssen die Arbeiter die Hausgemeinschaften verlassen, um den Lebensunterhalt zu verdienen. Für die harte Arbeit wurden die Arbeiter nur gering entlohnt. Dies hatte zur Folge, dass Frauen und Kinder in die Arbeitsprozesse eingebunden werden mussten, um den Lebensunterhalt der Familien zu garantieren. Die negativen Auswirkungen dieser Frauen- und Kinderarbeit führten dazu, dass es schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts unter anderem zu folgenden Einschränkungen kam:

- Frauen- und Kinderarbeit (1833 in England)
- Kinderarbeit (1839 in Preußen).

Durch die schlechte Entlohnung konnten sich viele Lohnabhängige nur unzureichend ernähren und sich zudem keine oder nur sehr bescheidene Wohnungen leisten. Neben der Hungers- und der Wohnungsnot beklagten die Menschen aber vor allem ihre unzureichende soziale Absicherung.

Mit dem Entstehen des zweiten Wirtschaftssektors geht somit eine **soziale Verelendung** breiter Bevölkerungskreise einher. Mit dem Zusammenbruch der alten Gesellschaftsordnungen bricht auch das tradierte System der sozialen Sicherung zusammen. Die sich nunmehr bildende neue Schicht des Proletariats ist zunächst recht- und schutzlos. Ab 1836 etabliert sich die **Arbeiterbewegung** in Deutschland. So gründete sich 1836 der Bund der Gerechten, 1846 kam der von Kolping aufgebaute Katholische Gesellenverein hinzu, 1847 entstand der Bund der Kommunisten und 1863 bzw. 1869

etablieren sich der Allgemeine Deutsche Arbeiterverein (Lassalle) bzw. die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (Bebel und Liebknecht). Durch die Vereinigung dieser beiden Parteien entstand 1875 in Gotha die Sozialistische Arbeiterpartei (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 24).

Das Agieren der Interessenvertretung der Arbeiter, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Politik mitzugestalten und das soziale Elend der Unterschicht zu beseitigen, sowie das politische Einwirken des aufstrebenden liberalen Bürgertums, das nicht mehr bereit war, die Willkür der Fürsten zu akzeptieren, führten in ganz Europa zu einer angespannten Situation, die sich zuerst in der Pariser **Februarrevolution (1848)** entlud. Diese griff schnell auf Deutschland über. Die liberalen Reformer planten, die Struktur und die Funktionen des seit 1815 bestehenden Deutschen Bundes, eines föderativen Zusammenschlusses von 37 „Souveränen Fürsten“ und vier „Freien Städten“, bei dem die Bundesversammlung als einziges gemeinsames Staatsorgan fungierte, radikal zu verändern. Zwar gelang es dem **liberalen Bürgertum** (Ernst Moritz Arndt, Friedrich Hecker, Friedrich Ludwig Jahn, Gustav von Struve u. a.), Wahlen für eine Nationalversammlung zu erreichen und sich dabei auch durchzusetzen. Das Frankfurter Parlament, das in der Paulskirche tagte, befasste sich in der Folge unter anderem mit Fragen der Grundrechte, der Staatsform, und des Wahlrechts. Es gelang der Nationalversammlung, zu einer Einigung zu kommen und einen Entwurf für die Verfassung eines kleindeutschen föderalen Nationalstaats mit parlamentarischer Monarchie und egalitärem Wahlrecht unter preußischer Führung zu erlassen. Die Revolution scheiterte jedoch letztlich daran, dass der preußische König Friedrich Wilhelm IV. am 03.04. 1849 die ihm angebotene Kaiserkrone ablehnte. Die preußische Führung zog kurz darauf ihre Abgeordneten aus Frankfurt ab und intensivierte ihre eigene Politik. Das vorläufige Scheitern eines deutschen Verfassungs- und Nationalstaats war damit besiegelt.

Für die Arbeiterschaft, die sich aus einem Teil der ehemaligen Handwerker und aus den Landarbeitern zusammensetzte, vollzog sich



ein radikaler Wandel ihrer Arbeits- und Lebensverhältnisse. Dieser Wandel führte ab Mitte des 19. Jahrhunderts aufgrund von Wirtschaftskrisen (z.B. durch Überproduktionen) und aufgrund des fehlenden sozialen Verständnisses der Regierungen zu wirtschaftlichen Nöten und zu sozialen Spannungen. Mit der Gründung von Arbeiterparteien, Genossenschaften und Gewerkschaften entstand eine **proletarische Bewegung**, die es sich zum Ziel gesetzt hatte, die politischen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu verändern.

Vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen versuchten die jeweiligen Länder, einen Krankenversicherungsschutz speziell für Arbeiter, Dienstboten und den wandernden Handwerksgehilfen aufzubauen. So wurden beispielweise Handwerks- und Gewerbeordnungen erlassen, die die Gründung von Unterstützungs- und Hilfskassen ermöglichten. Damit war es unter anderem den Gemeinden möglich, Zwangshilfskassen (Vorläufer der Allgemeinen Ortskrankenkassen) zu gründen. Einige Landesherren erlaubten zudem die Gründung von Betriebskrankenkassen. Auf dieser Rechtsgrundlage konnte die Firma Krupp im Jahre 1836 ihre eigene Betriebskrankenkasse gründen. Diese Kasse basierte zunächst auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und ab 1855 auf einer verpflichtenden Mitgliedschaft. Gleichzeitig wurde für diese Kasse die paritätische Finanzierung eingeführt.

Durch die **Reichsgründung (1871)** wurde der preußische König Wilhelm Friedrich Ludwig aus dem Haus Hohenzollern, der seit 1867 zugleich Präsident des Norddeutschen Bundes war, zum deutschen Kaiser (Wilhelm I.) gewählt. Die Leitung der Regierungsgeschäfte wurde dem preußischen Ministerpräsidenten Otto von Bismarck übertragen. Aufgeschreckt durch die Arbeiterbewegung, die sich in ihrer Eisenacher Programmatik nicht mit seinen Vorstellungen vom Staat deckte, ging Bismarck in seiner Funktion als Reichskanzler leidenschaftlich gegen die Sozialdemokratie vor. Die Reichsverfassung sah für Deutschland eine konstitutionelle Monarchie vor. Der Kaiser hatte weitreichende Machtbefugnisse (u.a. völkerrechtliche Vertretung,

Oberbefehl über Heer und Flotte), dem Reichskanzler standen der Vorsitz im Bundesrat (Vertreter der Länderregierungen) sowie die „Leitung der Geschäfte“ zu. Der Reichstag setzte sich auf der Grundlage von allgemeinen, gleichen, direkten und geheimen Wahlen aus Vertretern der Parteien zusammen. Seit 1874 war die nationalliberale Partei stärkste Fraktion im Reichstag, zudem waren unter anderem Arbeiterparteien (z.B. die Sozialdemokratische Arbeiterpartei) vertreten. Das innenpolitische Lager war gespalten. Bei dieser Zusammensetzung des Reichstags bekam Bismarck für sein geplantes Sozialistengesetz keine politische Mehrheit. Mit diesem Gesetz sollten sozialdemokratische, sozialistische und kommunistische Bestrebungen und Organisationen unterbunden bzw. verboten werden. Das dritte Attentat auf den Kaiser (Juni 1878) nutzte Bismarck aus, um den Bundesrat zu veranlassen, den Reichstag aufzulösen. Diese Auflösung erfolgte mit Zustimmung des Kaisers. Bei den Neuwahlen konnten die konservativen Parteien Gewinne erzielen, die Nationalliberale Partei, die Fortschrittspartei und die Arbeiterparteien verloren Stimmenanteile. Durch die Neuzusammensetzung des Reichstags war es Bismarck nun möglich, das Sozialistengesetz durchzusetzen. Das **Sozialistengesetz**, das „Ausnahmegesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ aus dem Jahre **1878** erwies sich jedoch als Fehlschlag. Es radikalisierte die Arbeiter und schuf Märtyrer, daher wurde es 1890 außer Kraft gesetzt. Parallel zur „Peitsche“ setzte Bismarck nun das „Zuckerbrot“ als politisches Instrument ein. Mithilfe dieser Kehrtwendung versuchte er, die Arbeiter von ihren politischen Forderungen abzubringen. Sein Hauptziel bestand darin, die Arbeiterschaft aus dem Einflussbereich der sozialdemokratischen „Reichsfeinde“ zu lösen und fester an den Staat und dessen konservative Führung zu binden. Die Sozialpolitik stand somit eindeutig unter dem Gesichtspunkt, die bestehenden Strukturen zu bewahren. Im Jahre **1881** verkündete der deutsche Kaiser seine **Kaiserliche Botschaft**, in der die Einführung staatlicher Schutz- und Fürsorgemaßnahmen gegen Unfall, Krankheit, Alter und Invalidität angekündigt wurde.

Mit der **Bismarck'schen Sozialgesetzgebung** wurden die Grundlagen des heutigen deutschen Sozialversicherungssystems gelegt. Dazu gehörten:

- das Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter (1883)
- das Unfallversicherungsgesetz (1884)
- das Gesetz betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung (1889).

Am Beispiel der gesetzlichen **Krankenversicherung** sollen einige Gestaltungsprinzipien verdeutlicht werden, die auch heute noch relevant sind. Als Arbeiterkassen wurden letztlich die folgenden Arten zugelassen:

- Allgemeine Ortskrankenkassen
- Betriebskrankenkassen
- Innungskrankenkassen
- Reichsknappschaft
- See-Krankenkasse
- Landwirtschaftliche Krankenkassen.

Erst im Dezember 1911 wurde das Versicherungsgesetz für Angestellte verabschiedet.

Alle gesetzlichen Krankenversicherungen wurden in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gegründet. Diese Rechtsform bewirkt, dass die Kassen hoheitliche, das heißt staatliche Aufgaben übernehmen können. Der Staat delegiert seine Schutzfunktionen quasi an „seine“ Sozialversicherungen. Die Organisation der Kassen ist Aufgabe der Mitglieder. Mittels der sogenannten Sozialwahlen werden Vertreter aus der Mitte der Mitglieder gewählt, die diese Managementaufgaben übernehmen müssen. Ein weiteres zentrales Element ist das solidarische Umlageprinzip. Die Beiträge, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt werden, werden prozentual vom Bruttoentgelt aller Kassenmitglieder erhoben und durch den Arbeitgeber an die Krankenkassen weitergeleitet. Das Geld wird dann bei Eintritt des sogenannten Versicherungsfalls von den Kassen für die Behandlung der betroffenen Personen an die Leistungserbringer gezahlt. Nach diesem Sachleistungsprinzip finanzieren die Kassen die Leistungserbringer. Es entsteht der sogenannte Zahlungsumweg. Die Familienversicherung,

die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen, konnte seinerzeit als Satzungsleistung von der Selbstverwaltung der Kassen beschlossen werden. Die dadurch entstandenen Zusatzausgaben wurden im Rahmen des Solidarausgleichs von allen Mitgliedern getragen. Für alle Fabrikarbeiter bestand eine Versicherungspflicht. Diese konnte seitens der Gemeinden per statutarische Anordnung auf andere Personengruppen ausgedehnt werden. Im Jahre 1885 existierten 18971 Krankenkassen, die ca. 10 v.H. der Wohnbevölkerung versichert haben (vgl. Forum Gesundheitspolitik, Zeitepoche 1881–1914, 2015a: 2). Zwischen 1885 und 1903 wurde der versicherungspflichtige Personenkreis durch elf Abänderungsgesetze zu den drei bestehenden Sozialversicherungsgesetzen weiter ausgedehnt. Dennoch waren im Jahre 1911 nur ca. 18 % der Menschen in Deutschland versichert. Im Jahre 1911 trat das Versicherungsgesetz für Angestellte in Kraft, damit wurden die Angestellten als eigenständige soziale Gruppe anerkannt. Durch die Zusammenfassung der Rechtsvorschriften der Kranken-, der Unfall- und der Rentenversicherung zur **Reichsversicherungsordnung** im Jahre 1911 wurde die Versicherungspflicht erneut ausgeweitet. Mit dieser Ausweitung war 1913 rund ein Viertel der Bevölkerung krankenversichert.

Mithilfe dieser Gesetze konnten in der Tat die Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung stabilisiert werden. Erst mit dem Ende des Ersten Weltkriegs ist das tradierte System zerfallen und durch eine demokratische Gesellschaftsform abgelöst worden. Am Rande sei erwähnt, dass durch die Veränderungen, die sich im 19. Jahrhundert vollzogen haben, einige Millionen Europäer mit der Hoffnung nach Amerika ausgewandert sind, in der neuen Heimat mehr Rechte und umfassendere soziale und wirtschaftliche Sicherheit zu bekommen.

Das in Deutschland eingeführte Modell wird auch als sogenanntes **Bismarck-Modell** bezeichnet. Von diesem Ansatz ist das britische Modell abzugrenzen. In Großbritannien koordiniert der Staat die Versorgungsaufgaben mittels seines National Health Service. Als Leistungserbringer sind neben den staatlichen Einrichtungen aber auch frei-gemeinnützige und private

Institutionen zugelassen. Die Gesundheitsleistungen werden durch Steuern finanziert. Dieses Grundsicherungssystem wird auch als **Beveridge-Modell** bezeichnet. Es wird auf William Henry Beveridge zurückgeführt, der Mitglied der liberalen Fraktion des britischen Parlaments war. Ein drittes Grundmodell eines Versicherungsschutzes ist das **Marktmodell**. Es basiert auf den liberalen Vorstellungen, das heißt, die Personen müssen sich individuell absichern. Es ist das Grundmodell der US-amerikanischen Gesellschaft. Ein viertes Modell, das heute nur noch punktuell existiert, ist das **Staatsmodell**. In diesem Konzept werden die Leistungen nur durch den Staat erbracht, die Finanzierung erfolgt auch hier über die Steuern.

Der Aufbau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kam nicht nur den Versicherten zugute, er wirkte sich auch positiv auf die Entwicklung des Gesundheitssystems aus. Für die Krankenhäuser bedeutete die Ausweitung der Versicherungspflicht beispielsweise den Ausbau der Versorgungskapazitäten. Zudem waren die Krankenhäuser nicht mehr auf Spenden und öffentliche Geldmittel angewiesen. Durch die mit den Kassen abgeschlossenen Selektivverträge wurde die Finanzierung der Leistungserbringung für alle GKV-Versicherten gewährleistet.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung entstand am Ende des 19. Jahrhunderts ein tiefgreifender Konflikt. Mit dem Änderungsgesetz von 1892 erhielten die Krankenkassen unter anderem das Recht, ihr individuelles Arztsystem aufzubauen. Sie konnten somit per Satzung die Personen und die Zahl der Kassenärzte festlegen, mit denen sie Einzelverträge abschließen wollten. Zudem hatten sie die Möglichkeit festzulegen, dass die Lieferung von Arzneimitteln nur durch ausgesuchte Apotheken erfolgen durfte.

Dies führte unter anderem zu Auseinandersetzungen zwischen den Kassen und den Ärzten. Auf Initiative des Leipziger Arztes Hermann Hartmann gründeten im Jahre 1900 den „Schutzverband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“. Bis 1924 wurde in der Regel die Kurzform **Leipziger Verband** verwendet. Der Verband

wurde später in den Hartmannbund umbenannt. Die Mitgliederzahl stieg stark an. Eine zentrale Forderung der Ärzteschaft war es, die Zulassung aller Ärzte für die GKV-Versicherten durchzusetzen. Dies sollte durch die Einführung von Kollektivverträgen erfolgen, welche die Selektivverträge ersetzen sollten. Die Taktik des Leipziger Verbandes, als alleiniger Verhandlungspartner der Ärzteschaft gegenüber den Kassen aufzutreten, sowie die Ankündigung eines Generalstreiks der Ärzteverbände für den 01.01.1914 führten im Dezember 1913 zum **Berliner Abkommen**. In diesem zwischen dem Verband und den großen Kassenverbänden geschlossenen Abkommen wurde festgeschrieben, dass die Kassen nicht mehr allein, sondern nur noch unter Mitwirkung der Kassenärzte über die Zulassung von Ärzten entscheiden konnten. Des Weiteren wurde für einige Krankenkassen eine Verhältniszahl für die Anzahl der Kassenärzte festgelegt (mindestens ein Arzt auf 1350 Versicherte) (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015c: 1). Der Abschluss von Verträgen unterlag ab 1913 der Zustimmung eines paritätisch besetzten Vertragsausschusses. Damit wurde die Anstellungsautonomie der Kassen beendet. Mit diesem Abkommen wurden eine wichtige Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Ausgangspunkt der gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffen.

Der **Versicherungsschutz** hatte sich im Jahre 1913 deutlich ausgeweitet. In diesem Jahr versicherten 21 492 Krankenkassen ca. 23 Mio. Menschen, dies entsprach 34,3% der Wohnbevölkerung (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015a: 4).

In der **Verfassung der Weimarer Republik**, die nach dem Ende des Kaiserreichs und dem Ende des Ersten Weltkriegs im Jahre 1918 gegründet wurde, schrieb **Artikel 161** fest, dass der Staat ein umfassendes Versicherungswesen unter anderem zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft sowie zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter und Schwäche unter Mitwirkung der Versicherten aufzubauen hatte. Damit wurde die Ausgestaltung des Sozialversicherungssystems zur zentralen Aufgabe des Staates erklärt.

In den Jahren 1920 bis 1923 kam es zu punktuellen **Streikaktionen der Ärzte**. Durch das Auslaufen des Berliner Abkommens wurden die Streikmaßnahmen ausgeweitet. Als Reaktion auf diese Streiks bauten einige Krankenkassen eigene Ambulatorien auf und betrieben sogar eigene Krankenhäuser. Mit der „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“ vom Oktober 1923 bekamen die Kassenvorstände das Recht, die Zulassung von Ärzten auf die Verhältniszahl von 1 : 1350 Versicherten pro Arzt zu beschränken (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015c: 2). Zudem wurden die Ärzte auf eine „wirtschaftliche Behandlungshilfe“ verpflichtet. Kassenvorstände wurden berechtigt, Ärzten bei wiederholten Verstößen gegen ihre in der Verordnung festgelegten Pflichten fristlos zu kündigen und sie von der kassenärztlichen Versorgung auszuschließen. Als Folge dieser Verordnung kam es im Dezember 1923 erneut zum Streik.

Im Oktober 1923 trat auch die **Verordnung über Ärzte und Krankenkassen** in Kraft. Damit wurde im Prinzip das Berliner Abkommen fortgesetzt. Mit dieser Verordnung ist die Gründung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen verbunden.

Der Bestand an Versicherten stieg im Jahre 1925 noch einmal an, gleichzeitig sank die Zahl der Krankenkassen. In diesem Jahr waren ca. 31 Mio. Versicherte (51,3% Anteil an der Wohnbevölkerung) bei nur noch 7709 Kassen eingeschrieben (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015b: 3).

Infolge der Wirtschaftskrise und der damit verbundenen schlechten Finanzlage der Krankenkassen wurden unter anderem im Jahre 1930 Notverordnungen erlassen, mit denen zum Beispiel die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, die Krankenscheingebühr und die Karenztage bei Arbeitsunfähigkeit eingeführt wurden. Weiterhin mussten die Kassen einen Vertrauensärztlichen Dienst einführen. Zudem wurde die Verhältniszahl für Kassenärzte auf 1 : 1000 gesenkt (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015c: 2).

Die Gründung der **Kassenärztlichen Vereinigungen** als öffentlich-rechtliche Körperschaften erfolgte durch drei Notverordnungen

des Reichspräsidenten aus den Jahren 1931/32. Damit ist erstmalig eine körperschaftliche Selbstverwaltung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen eingeführt worden. Im Laufe der nächsten Jahre wurden weitere Notverordnungen erlassen. Sie sahen unter anderem vor, dass die Kassen ihre Beiträge nicht mehr autonom festsetzen durften. In einem weiteren Schritt wurden zum Beispiel Veränderungen im Vergütungssystem vorgegeben.

Die Notverordnungen in den Jahren 1930 bis 1932 bewirkten einen Rückgang der jährlichen Gesamtausgaben je Mitglieder der Krankenversicherungen von ca. 91 auf ca. 65 Reichsmark (vgl. Forum Gesundheitspolitik, 2015b: 4). Die Reformen zeigten somit die politisch gewollte Wirkung.

Neben der Absicherung der gesetzlichen Krankenkassen wurden auch öffentliche Dienste mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung betraut. Zu diesen Diensten gehörten:

- die sogenannten Kreisphysikusse (Zuständig für die Gesundheitsaufsicht) und
- die Stadtärzte (Übernahme von sozialmedizinischen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsfürsorge).

Mit dem Vereinheitlichungsgesetz von 1934 wurden beide Institutionen in dem neugeschaffenen Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammengefasst. Dieser Dienst musste sowohl gesundheitspolizeiliche als auch gesundheitsfürsorgliche Aufgaben wahrnehmen. In der Zeit des Nationalsozialismus emigrierten viele Amtsärzte oder wurden aus ihren Ämtern entfernt. Hierdurch gingen in erheblichem Umfang sozialmedizinische Kompetenzen verloren.

Im Jahre 1931 veröffentlichte die katholische Kirche die **Enzyklika „Quadragesimo anno“**. Mit dieser Enzyklika wird das Subsidiaritätsprinzip als soziales Gestaltungsprinzip als Ergänzungskonzept zum Solidaritätsprinzip vorgestellt.

Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten im Januar 1933 beseitigten diese schrittweise die Selbstverwaltung in der gesamten Sozialversicherung. Mit der **Reichsärzteordnung** vom Dezember 1935 wurde die Reichsärzte-

kammer gegründet. Mit der Gründung wurden die bestehenden ärztlichen Verbände aufgelöst. In den folgenden Jahren erfolgte die Zwangsmitgliedschaft der Ärzte in der Reichsärztekammer und in der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, die danach allein für die Verteilung der ärztlichen Vergütung zuständig war. Bereits im März 1933 unterstellte der Reichsarbeitsminister die Krankenkassen seiner Aufsicht. Der Leistungsbereich der GKV blieb während der Zeit des Nationalsozialismus größtenteils bestehen und wurde in einigen Teilen weiter ausgebaut. So wurde zum Beispiel die zeitliche Leistungsgewährung bei Krankheit aufgehoben, die Mutterfürsorge erheblich verbessert und der Leistungsanspruch bei Zahnersatz ausgeweitet. Im Jahre 1941 wurde die Krankenversicherung der Rentner eingeführt.

## 1.2

### Entstehung der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland

Auf der **Konferenz von Jalta** (04.02. bis 11.02. 1945) verhandelten die drei alliierten Staatsschefs Franklin D. Roosevelt (USA), Winston Churchill (Großbritannien) und Josef Stalin (UdSSR) im Wesentlichen über die drei folgenden Themen:

- Einrichtung eines Weltsicherheitsrates
- Kriegführung im Fernen Osten
- Nachkriegsordnung in Europa (insbesondere für Deutschland und Osteuropa).

Für die Neuordnung Deutschlands nach dem Zweiten Weltkrieg wurde festgehalten, dass es in Besatzungszonen aufgeteilt werden solle. Das Protokoll von Jalta sah vor, dass Frankreich von den drei anderen Siegermächten aufgefordert wurde, eine eigene Besatzungszone zu übernehmen. Diese französische Zone wurde dann später aus den Teilen der amerikanischen und der britischen Zone gebildet.

Schon auf dieser Konferenz kam es zwischen den westlichen Vertretern und der UdSSR zu Meinungsverschiedenheiten, die Grenzen der

zukünftigen Zusammenarbeit wurden sichtbar. Speziell Churchill wollte ein starkes neues Deutschland, um das Vordringen der UdSSR in Europa durch einen „Westblock“ zu stoppen und den Einfluss der UdSSR in Osteuropa aufzuhalten (vgl. Potsdamer Konferenz, 2015: 2). Am 05.06.1945, also etwa einen Monat nach der Kapitulation Deutschlands und dem Ende des Zweiten Weltkriegs, übernahm der **Alliierte Kontrollrat**, der sich aus den Oberbefehlshabern der Besatzungstreitkräfte zusammensetzte, die Regierungsgewalt in Deutschland. Dieser Kontrollrat, der für die gesamtdeutschen Belange zuständig war, funktionierte unter anderem aufgrund des Zwangs zur Einstimmigkeit nur unzureichend. Auf der **Potsdamer Konferenz** (17.07. bis 02.08.1945) brachen die Gegensätze zwischen dem britischen Premierminister Attlee, dem amerikanischen Präsidenten Truman und dem sowjetischen Marschall Stalin offen aus. Daher verständigten sich die drei Siegermächte lediglich auf einen Minimalkonsens, der unter anderem die Aufteilung Deutschlands in vier Besatzungszonen festlegte. Auf der Konferenz wurde jedoch nicht die Teilung Deutschlands beschlossen. Die Landesgrenzen sollten endgültig erst in einem Friedensvertrag festgelegt werden. Im Laufe der nächsten Jahre verschärften sich die politischen Spannungen zwischen Ost und West.

Die **Besatzungszonen** wurden zunächst ausschließlich von den jeweiligen Militärregierungen nach deren jeweils eigenen Vorstellungen geleitet. Zum Beispiel betrieb die **amerikanische Militärregierung** von Anfang an die Bildung eines föderativen Staatswesens. Aus diesem Grunde setzte diese Besatzungsmacht bereits in den von ihnen gegründeten Bundesländern im Mai 1945 **Auftragsregierungen** ein, die mit begrenzten Vollmachten ausgestattet waren. Zu ihren Funktionen gehörte neben der Ausführung der alliierten Anordnungen der Wiederaufbau der Verwaltung, der Wirtschaft und des Verkehrs. Im Oktober 1945 wurde im Besatzungsgebiet der USA ein **Länderrat** gegründet, der sich aus den von den Amerikanern ernannten Ministerpräsidenten zusammensetzte. Ihre Aufgabe war es, Vorschläge zur Lösung der aktuellen Schwierigkeiten zu unterbreiten.



Bereits im Januar 1946 fanden im amerikanischen Bereich die ersten **Wahlen zu den Gemeindeparlamenten** statt. Auf der Grundlage der Ausarbeitung von demokratischen Länderverfassungen sowie deren Genehmigung wurden ab Ende 1946 die ersten **Landtage** gewählt:

- Württemberg-Baden (November 1946)
- Bayern, Hessen (Dezember 1946)
- Bremen (Oktober 1947).

Im Einflussbereich der Briten und der Franzosen dauerte es länger, bis deutsche Beratungsgremien eingebunden bzw. Landtage gewählt wurden. Dies ist daraus zu erklären, dass die Engländer ihre Vorstellungen über Staat und Gesellschaft nur zeitlich verzögert durchsetzen konnten. Im britischen Besatzungsgebiet wurden im Oktober 1946 die Landtage von Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen gewählt. Das Votum in Schleswig-Holstein erfolgte erst im April 1947. Einen Monat später erlaubten die Franzosen Wahlen in Baden, Rheinland-Pfalz und in Württemberg-Hohenzollern.

Auf der **Außenministerkonferenz** der Siegermächte des Zweiten Weltkriegs, die im Frühjahr 1947 in Moskau stattfand, traten die Konflikte der Großmächte über die Lösung der deutschen Frage offen zutage. Bereits im Vorfeld der Konferenz gab es Gespräche zwischen den Amerikanern und den Briten über die Errichtung einer deutschen bizonalen Wirtschaftsbehörde, die die wirtschaftliche **Verschmelzung beider Zonen** vorbereiten sollte. Nach dem Scheitern der Außenministerkonferenz gründeten die Amerikaner und die Briten diese Behörde, die dezentral organisiert war. Dieser Zweizonen-Wirtschaftsrat aus Delegierten der amerikanischen und der britischen Zone hatte die Aufgabe, Verwaltungsabkommen für die Ressorts Finanzen, Landwirtschaft, Post- und Fernmeldewesen, Verkehr und Wirtschaft zu erarbeiten. Erst durch die **Zentralisierung** dieser bizonalen Organe im Jahre 1947, die bis dahin auf verschiedene Städte (Bad Homburg, Bielefeld, Frankfurt, Hamburg, Minden, Stuttgart) verteilt war, wurde aus der Bizone das gewünschte **Vereinigte Wirtschaftsgebiet**. Als Lenkungsorgane aghierten die Direktoren der Verwaltungen, ein Exekutivrat aus Vertretern

der acht in der Bizone gegründeten Länder und der **Wirtschaftsrat**. Letzterer, quasi das Wirtschaftsparlament, setzte sich zunächst aus 52 Abgeordneten der Länderlandtage zusammen. Alle Organe wurden in Frankfurt am Main angesiedelt. Der Zentralisierungsprozess konnte nach dem Inkrafttreten des sogenannten Frankfurter Status, der im Februar 1948 von den Amerikanern und den Briten unterzeichnet wurde, erfolgreich abgeschlossen werden. Der Beschluss sah eine Verdoppelung der Mitglieder des Wirtschaftsrates vor. Eine wesentliche Aufgabe des Wirtschaftsrates bestand darin, ein Konzept für die künftige Wirtschaftspolitik zu erarbeiten.

Im Rahmen dieser Konzeptentwicklung spielte Ludwig Erhard, ehemaliger Wirtschaftsminister von Bayern (1945–1947), eine wichtige Rolle. Erhard war von dem Konzept des **Ordoliberalismus** und dem Ansatz der **Sozialen Marktwirtschaft** überzeugt. Diese von der **Freiburger Schule der Nationalökonomie** entwickelte Wirtschaftstheorie ist ein Konzept für eine marktwirtschaftliche Wirtschaftsordnung, in der der ökonomische Wettbewerb und die Freiheit der Marktteilnehmer durch einen vom Staat geschaffenen Ordnungsrahmen gewährleistet werden (vgl. Peters, 2000: 150). Walter Eucken, Begründer der Freiburger Schule, sowie seine Kollegen Franz Böhm, Leonard Miksch und Hans Großmann-Doerth gehen davon aus, dass weder der Staatsinterventionismus noch ein Laissez-faire-Liberalismus geeignet sind, das Wirtschaftsleben optimal zu gestalten. Der Ordoliberalismus sieht in einem vom Staat festgelegten Ordnungsrahmen die Grundlage für einen funktionierenden Preiswettbewerb. Für Eucken lässt sich sein Konzept durch das folgende Leitbild verdeutlichen: „Staatliche Planung der Formen – ja; staatliche Planung und Lenkung des Wirtschaftsprozesses – nein“ (Peters, 2000: 151). Die wesentlichen Prinzipien einer Wettbewerbsordnung lassen sich nach Eucken wie folgt formulieren:

- Dezentralismus
- freier Zugang zu den Märkten
- funktionsfähiges Preissystem
- Haftungsprinzip
- Leistungsprinzip

- Privateigentum an den Produktionsmitteln
- soziale Gerechtigkeit
- soziale Sicherheit
- staatlicher Ordnungsrahmen
- Vertragsfreiheit.

Für Eucken ist eine staatliche Rahmenordnung notwendig, da seiner Meinung nach der freie Markt dazu neigt, sich selbst aufzulösen. Ein wesentlicher Bestandteil der Ordnungspolitik ist die **Sozialpolitik**, durch sie sollen soziale Gerechtigkeit erreicht und soziale Sicherheit gestaltet werden.

Auf dem Konzept des Ordoliberalismus basiert die wirtschaftspolitische **Leitidee der Sozialen Marktwirtschaft**, die von **Alfred Müller-Armack** entwickelt wurde. Nach dessen Auffassung muss der Staat neben einer umfassenden Sozialpolitik auch eine Konjunktur- und Strukturpolitik betreiben. Staatliche Interventionen sind notwendig, um einen sozialen Ausgleich zu erzielen und ggf. Marktergebnisse zu korrigieren. Der Ansatz von Müller-Armack sieht somit nicht nur eine Ordnungs-, sondern auch eine Prozesspolitik vor.

In den **Winterkrisen 1946/47 und 1947/48** brach die Versorgung der Bevölkerung mit Nahrungsmitteln (Ernährungskrise) und Energie (Kohlenkrise) zusammen. Ausgelöst unter anderem durch ein Gutachten über die schlechte Versorgungssituation in Deutschland, das der ehemalige amerikanische Präsident Hoover Anfang 1947 verfasst hat, veränderte sich schrittweise die Einstellung der Amerikaner zu den Deutschen. Die Vorstellungen des ehemaligen amerikanischen Finanzministers **Henry Morgenthau** (Morgenthau-Plan, 1944), die unter anderem die Vernichtung der gesamten deutschen Rüstungsindustrie, große Gebietsabtretungen sowie eine Absenkung des Lebensstandards der Deutschen vorsahen, wurden zugunsten einer politischen und wirtschaftlichen Bindungsstrategie aufgegeben. Diese Bewusstseinsveränderung zeigte sich auch durch die Bestellung von Georg C. Marshall zum neuen amerikanischen Außenminister. Zu seinem außenpolitischen Konzept gehörte die finanzielle Unterstützung Westeuropas. Mit dem **European Recovery Program (ERP)**, kurz Marshall-

Plan genannt, sollte einerseits ein wirtschaftliches Hilfsprogramm ausgeführt, aber auch eine politische Anbindung Westeuropas an die USA erreicht werden. Allein in den Jahren 1948/49 umfassten die ERP-Einfuhren für Nahrungsmittel, Rohstoffe, Maschinen etc. etwa 390 Mio. Dollar (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1998a: 38).

Bis zum Januar 1948 wurde auf den Ebenen der Außenminister und des Alliierten Kontrollrates über eine vierzonale **Währungsreform** verhandelt. An der Forderung der UdSSR, eine zentrale Finanzverwaltung für alle Besatzungsgebiete aufzubauen, scheiterten die Gespräche. Infolge dieser Ausgangslage leiteten die westlichen Siegermächte im Alleingang im **Juni 1948** die Neuordnung des Geldwesens in die Wege. Die Währungsreform ist ohne Beteiligung der deutschen Organe durchgeführt worden. Selbst der Frankfurter Wirtschaftsrat wurde überrascht. Die bislang gültige Reichsmark und die alliierte Militärmark wurden durch die **Deutsche Mark (D-Mark, DM)** abgelöst. Als „Kopfquote“ waren für jeden Einwohner der drei Westzonen für 60 Reichsmark 60 Deutsche Mark vorgesehen. Vierzig D-Mark wurden sofort, also am 20. Juni 1948, gegen Vorzeigen der Kenn- und Lebensmittelkarte und gegen Ablieferung von 60 Reichsmark bar ausgezahlt. Die restlichen 20 D-Mark wurden erst im August freigegeben. Ansonsten wurde das Umwandlungsverhältnis zwischen Reichsmark und D-Mark auf 10:1 festgelegt. Parallel zur Währungsreform leitete der Frankfurter Wirtschaftsrat auf Initiative von Erhard, der im März 1948 vom Rat zum Direktor der Verwaltung für Wirtschaft gewählt worden war, die Lockerung der Bewirtschaftungsvorschriften ein. Mit dem „Gesetz über die wirtschaftspolitischen Leitsätze für die Bewirtschaftung und Preispolitik nach der Geldreform“ wurden die Grundlagen für die Einführung einer marktwirtschaftlichen Ordnung gelegt.

Auf der **Sechsmächte-Konferenz in London** (Februar/März und April bis Juni 1948), beschlossen die Benelux-Staaten, Frankreich, Großbritannien und die USA, die drei westlichen Besatzungszonen in ein europäisch-atlantisches Bündnisssystem einzubinden. Der wirt-

schaftliche Wiederaufbau sollte dabei durch Gelder aus dem Marshall-Plan erfolgen. Die entsprechende Zustimmung Frankreichs wurde erst durch die Zusage erreicht, das Saargebiet in das französische Wirtschaftssystem einbeziehen zu dürfen. Am 01.06.1948 übergaben die westlichen Militärgouverneure den elf deutschen Länderregierungen die folgenden drei **Dokumente**:

- Ermächtigung der deutschen Ministerpräsidenten zur Einberufung einer verfassungsgebenden Versammlung, die spätestens zum 01.09.1948 einberufen werden musste
- Aussagen zur Neugliederung der Länder und zur Gestaltung der Landesgrenzen
- Vorbehaltsrechte der Alliierten.

Nach intensiven und zum Teil kontroversen Diskussionen über das erste Dokument verständigten sich die deutschen Ministerpräsidenten auf zwei Konferenzen (Koblenz und Niederwald) darauf, die Ergebnisse der verfassungsgebenden Versammlung nur durch die Landtage und nicht durch eine Volksabstimmung genehmigen zu lassen. Trotz Bedenken stimmten die Alliierten dieser Forderung letztlich zu. Im Konsens mit den Militärgouverneuren beschlossen die Ministerpräsidenten, der **Parlamentarische Rat** solle durch gleichlautende Gesetze der Landtage zum 01.09.1948 einberufen werden.

Am 01.09.1948 konstituierte sich der Rat in den Räumen des Naturhistorischen Museums Alexander König in Bonn. Die 65 Abgeordneten wurden von den Landtagen entsandt. Der Rat wählte Konrad Adenauer zum Präsidenten. Durch die Zusammensetzung des Rates, die unter anderem durch die Mehrheitsverhältnisse der Parteien vorgegeben worden war, kam es unter anderem bei den staatsrechtlichen Auffassungen und bei den Vorstellungen zu der seitens der Westmächte geforderten föderalen Struktur zu Meinungsverschiedenheiten. Letztlich verabschiedete der Parlamentarische Rat am 08.05.1949 mit 53 Ja-Stimmen das Grundgesetz. Die Militärverwaltungen der drei westlichen Besatzungsgebiete genehmigten am 12. Mai das Verfassungswerk, die elf Landtage ratifizierten das Gesetz in den folgenden Tagen. Am 23.05.1949 erfolgte die feierliche Verkündi-

gung und am gleichen Tag wurde das **Grundgesetz (GG)** im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Es trat am 24.05.1949 in Kraft. Eine weitere Entscheidung des Parlamentarischen Rates bestand darin, sich auf Bonn als provisorische Hauptstadt der Bundesrepublik Deutschland festzulegen.

Die Wahl zum 1. Bundestag wurde am 14.08.1949 durchgeführt. Am 07.09.1949 konstituierte sich der 1. Bundestag und wählte **Konrad Adenauer** (CDU) zum ersten **Bundeskanzler**. Durch die Vereidigung der Mitglieder der Bundesregierung wurde, juristisch gesehen, die Bundesrepublik Deutschland gegründet. Die Bundesregierung hatte aber noch nicht die volle Souveränität, da die Alliierte Hohe Kommission bis zum Mai 1955 weiterhin die Interessen des Besatzungsregimes verfolgte.

Seit 1947 war sichtbar geworden, dass Frankreich, Großbritannien und die USA eine westliche Teillösung suchten. Als Reaktion auf diesen Alleingang wurde in der sogenannten Ostzone der „Deutsche Volkskongress für Einheit und gerechten Frieden“ gegründet. Im März 1949 fanden in der sowjetischen Zone und in Ost-Berlin nach dem Prinzip der Einheitsliste Wahlen statt. Aus diesen Wahlen ergab sich die Zusammensetzung des 3. Volkskongresses. Dieser wählte im Mai 1949 den 2. Deutschen Volksrat als provisorische Volkskammer der Deutschen Demokratischen Republik. Gleichzeitig wurde die Verfassung der DDR in Kraft gesetzt. Damit war auch formal die Teilung vollzogen.

In Artikel 20 der **Verfassung für die Bundesrepublik Deutschland** wurden unter anderem die folgenden **Grundsätze** festgelegt:

- Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.
- Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus.
- Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung sind an Gesetz und Ordnung gebunden. (Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1977b: 29)

Weiterhin schreibt Artikel 28 des Grundgesetzes vor, dass die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und des sozialen



Rechtsstaats im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen müsse (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1977b: 32).

Hieraus lassen sich die **Strukturprinzipien** der Bundesrepublik Deutschland ableiten. Sie lauten wie folgt:

- Bundesstaatsprinzip
- Demokratieprinzip
- Rechtsstaatsprinzip
- Sozialstaatsprinzip.

Nach dem **Bundesstaatsprinzip** ist es unter anderem Aufgabe der Bundesländer, die gesundheitliche Versorgung der Menschen sicherzustellen. Zur Realisierung dieser Funktionen haben die Länder Versorgungs- bzw. Sicherstellungsaufträge zu erteilen. Die Versorgungsaufträge betreffen die stationäre Versorgung. Hierzu erlassen die Länder Krankenhauspläne. Durch die unterschiedlichen Vorgaben der Landeskrankengesetze der 16 Bundesländer sind die Vorgaben für die Umsetzung der Krankenhauspläne sehr heterogen. Allen Landesgesetzen ist gemeinsam, dass die Länder direkt mit den Eigentümern der Krankenhäuser (Krankenhausträger) die Versorgungsvorgaben besprechen. Details zur Gestaltung der Krankenhausplanung sind in Kapitel 5.1 nachzulesen. Bei den Sicherstellungsaufträgen veranlassen die Länder die beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts, nämlich die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich vertraglich über die medizinische Versorgung zu verständigen. Hierbei haben die Krankenkassen die Pflicht, die Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sich um die bedarfsgerechte personelle medizinische Ausstattung kümmern.

Das **Demokratieprinzip** (Volksherrschaft) war ursprünglich als eine Staatsform anzusehen, bei der sich alle sogenannten Vollbürger zum Zweck der Beratung oder Entscheidung versammeln. Heute wird hierunter ein Regierungssystem verstanden, „das auf der Grundlage eines freien, gleichen und allgemeinen Wahlrechts Repräsentativkörperschaften (Parlamente) mit der Wahrnehmung der Staatsgeschäfte beauftragt“ (Bundeszentrale für poli-

tische Bildung, 1975b: 3). Die Identitäts- und die Konkurrenztheorie stellen unterschiedliche Konzepte über die Zulässigkeit einer Repräsentation dar. Die **Identitätstheorie**, deren Hauptvertreter Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) ist, geht davon aus, dass die Staatsgewalt (Volk) mit dem ausführenden Organ der Staatsgewalt (Regierung) zusammenfällt. Dadurch entsteht eine Identität der Regierenden und der Regierten. Eine Repräsentation ist damit ausgeschlossen. Die angelsächsische **Konkurrenztheorie** basiert auf der Vorstellung einer gespaltenen Gesellschaft. Jeder Gesellschaftsteil hat unterschiedliche ökonomische und politische Interessen. Aufgabe des „Trusts der sozialen Kräfte“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 4) ist es, immer wieder einen Interessenausgleich zu erreichen. Der demokratische Staat wird als ein System von Spielregeln verstanden, in dem Konflikte ausgetragen werden. Die Konkurrenz ist also ein Hauptmerkmal der Demokratie. Dieser Ansatz der Konkurrenztheorie hat sich zu einer **Pluralismustheorie** weiterentwickelt. Pluralismus wird als Legitimation der gesellschaftlichen Heterogenität gesehen. Konflikte innerhalb der Gesellschaft gelten als legitim und sogar als notwendig. In diesem Modell wird jedoch davon ausgegangen, dass mindestens auf der Ebene des menschlichen Zusammenlebens, der sozialen Gerechtigkeit und/oder der Verfassungsprinzipien ein Konsens erzielt werden muss.

Auch im Gesundheits- und Sozialsystem müssen diese demokratischen Vorgaben beachtet werden. Als Beispiel kann die Mitbestimmung der Arbeitnehmer im Bereich der Personalvertretungsregelungen bzw. im Geltungsbereich des Betriebsverfassungsgesetzes dienen.

Das **Rechtsstaatsprinzip** basiert auf den Vorstellungen der ökonomischen und politischen Vorstellungen des Liberalismus. Mit dem Liberalismus wird die **individuelle Freiheit**, aber auch die Eigenverantwortung in den Fokus gestellt. In Mitteleuropa ist der Liberalismus eng mit den Zielen der Französischen Revolution und mit der Industrialisierung verbunden.

Zu den Grundsätzen der Rechtsstaatlichkeit gehören die folgenden Gesichtspunkte:

- Freiheitssicherung
- Rechtsgleichheit
- Rechtssicherheit
- Gewaltenteilung.

Im Rahmen der **Freiheitssicherung** soll die Privatsphäre des Individuums, auch vor Zugriffen des Staates, geschützt werden. In diesem Zusammenhang spielt die Einhaltung der **Menschenrechte** eine zentrale Rolle. In der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung aus dem Jahre 1776, in der französischen Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte aus dem Jahre 1789 und in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen aus dem Jahre 1948 sind diese Rechte verankert. Auch in Artikel 1 des Grundgesetzes, der als Leitprinzip der Verfassung anzusehen ist, werden die unten aufgelisteten Menschenrechte festgeschrieben:

- Die Würde des Menschen ist unantastbar. Es ist die Verpflichtung des Staates, diese zu achten und zu schützen.
- Das deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlicher Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- Die nachfolgenden Grundrechte binden die Gesetzgebung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung.

Nach diesen Festlegungen wird der Mensch als Träger höchster geistig-sittlicher Werte gesehen und wegen seiner Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Selbstbestimmung (Menschenwürde) respektiert. Der Staat muss eingreifen, sobald die Menschenrechte bedroht werden. Zu den Freiheitsrechten zählen unter anderem:

- Recht auf Leben
- Gewissensfreiheit
- Glaubensfreiheit
- Meinungsfreiheit.

Von den Menschenrechten sind die **Bürgerrechte** abzugrenzen. Ein Bürgerrecht ist ein gesetzliches Recht, das der Staat seinen Bürgern zugesteht. Diese Rechte sollen das Verhältnis des Staates zu seinen Bürgern regeln. In

Deutschland zählen zum Beispiel das Wahlrecht, die Versammlungsfreiheit und die Vereinigungsfreiheit zu den Bürgerrechten. Menschenrechte und Bürgerrechte bilden zusammen die **Grundrechte**.

Im Rahmen der **Rechtsgleichheit** geht es um die Vermeidung von Privilegien. Die Gesetze müssen für alle Personen gleich angewendet werden. Im Rahmen der Verwaltungsvorschriften, bei der Rechtsprechung und bei der Gesetzgebung dürfen keine Unterschiede gemacht werden. Die Rechtssicherheit sollen gewährleisten, dass zum Beispiel der Staat ...

- ... bestehendes Recht und die Gesetze beachtet.
- ... in die Privatsphäre nur aufgrund eines Gesetzes eingreifen darf.

Die **Gewaltenteilung** sieht die Trennung zwischen der gesetzgebenden, der vollziehenden und der rechtsprechenden Gewalt vor. Neben dieser Trennung in Legislative, Exekutive und Judikative spielt hier die rechtliche Unabhängigkeit eine Rolle.

Wie oben bereits erwähnt, wird im Rahmen des Rechtsstaatsprinzips die **Eigenverantwortung** eingefordert. Diese Verantwortung beruht auf der Vorstellung einer sich selbst regulierenden Gesellschaft, „die vom Staat lediglich geschützt und gegen den Staat in ihrer Selbstständigkeit gesichert werden sollte“ (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 1983: 16). Die im Jahre 1931 veröffentlichte **Enzyklika „Quadragesimo anno“** der katholischen Kirche nimmt diese Vorstellung auf. Mit dieser Enzyklika wird das **Subsidiaritätsprinzip** als soziales Gestaltungsprinzip als Ergänzungskonzept zum Solidaritätsprinzip vorgestellt. Nach der Auffassung der katholischen Soziallehre verdient die Selbsthilfe Vorzug vor der Fremdhilfe. Das Prinzip soll die Entfaltung der personalen Kräfte ermöglichen, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sollen gefördert werden.

Durch die Verankerung des Rechtsstaatsprinzips im deutschen Grundgesetz beeinflusst das Subsidiaritätsprinzip auch die Umsetzung der sozialen Absicherung. Beispielhaft sollen an dieser Stelle schon einmal die Vorschriften des

Sozialgesetzbuch II (Hartz-IV-Bezüge), des Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) und des Sozialgesetzbuch XI (Pflegebedürftigkeit) erwähnt werden.

Die Entwicklung des **Sozialstaatsprinzips** geht zurück auf die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen, die sich infolge der Industrialisierung ergeben haben. Die Erkenntnis, dass der Staat den Schutz seiner Bevölkerung übernehmen muss, entspringt nicht aus humanitären Gründen, sondern diente der Machterhaltung des Kaisers und seines Reichskanzlers. Im Gegensatz zum Rechtsstaat verlangt der Sozialstaat den bewussten Eingriff des Staates in die privaten Bereiche, soweit dies erforderlich erscheint. Somit gehören eine aktive Gesundheits- und Sozialpolitik zu den Aufgaben des Staates. Nicht die einzelne Person steht im Mittelpunkt, die Gesamtheit der betroffenen Menschen soll durch den Staat geschützt werden.

Staat und Gesellschaft sind miteinander verbunden. Das Sozialstaatsprinzip „bringt die Werte Freiheit und Gleichheit nicht nur als rechtliche Garantien, sondern in der sozialen Wirklichkeit zur Durchsetzung“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 1975: 18). Mit dem Sozialstaatsprinzip ist das **Solidaritätsprinzip** verbunden. Nach diesem Prinzip ist die Gemeinschaft der Versicherten, das Kollektiv, Träger der sozialen Sicherungsmaßnahmen. Dieses Prinzip wird geprägt von dem Leitmotiv „Einer für alle, alle für einen“. Dieser Leitsatz zeigt sich in dem solidarischen Umlageverfahren der Sozialversicherungen. Nach diesem Verfahren finanziert der Gesunde den Kranken, der junge Mensch beteiligt sich an den altersbedingten Ausgaben.

Einzelheiten zu den Gestaltungsmerkmalen des Subsidiaritäts- und des Solidaritätsprinzips werden in [Tabelle 1.2-1](#) aufgeführt.

**Tabelle 1.2-1:** Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip (Quelle: Peters/Schär, 1994: 43)

Subsidiaritätsprinzip	Solidaritätsprinzip
<p>„Das in der katholischen Soziallehre entwickelte ... Subsidiaritätsprinzip besagt erstens, dass es gegen die Gerechtigkeit verstoße, ... das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zunehmen ...“; weil „... jedwede Gesellschaftstätigkeit subsidiär (ist); sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen“ (Päpstliche Enzyklika Quadragesimo von 1931)</p> <p>Nach dieser Auffassung verdient Selbsthilfe vor Fremdhilfe den Vorzug, sollte die Sorge der Kinder für die Eltern der Hilfe der Gesellschaft für die alten Menschen vorausgehen, sollten Gemeinden und Verbände der freien Wohlfahrtspflege als Träger der Sozialpolitik nicht durch Länder und Zentralstaat ihrer Aufgaben beraubt werden.</p> <p>Zweitens verlangt das Prinzip, dass die Gemeinschaft die Individuen und kleineren Gemeinschaften in den Stand setzt, sich möglichst weitgehend selbstverantwortlich zu verwirklichen. Das Subsidiaritätsprinzip soll die Entfaltung der personalen Kräfte ermöglichen, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen in den ihn umgebenden Sozialgebilden fördern ...</p>	<p>Das Solidaritätsprinzip ist als Gestaltungsprinzip für Staat, Gesellschaft und Wirtschaft in der Sozialphilosophie seit langem bekannt. In der Arbeiterbewegung, im Genossenschaftswesen sowie – im Anschluss an die Wirtschafts- und Sozialphilosophie von Heinrich Pesch – vor allem in der katholischen Soziallehre ist das Solidaritätsprinzip ein ideologischer Eckpfeiler.</p> <p>In der Sozialpolitik besagt das Solidaritätsprinzip, dass die aus Übereinstimmungen in den Lebenslagen und in den Lebensanschauungen resultierende, durch Zusammengehörigkeitsgefühl und Interessenkonvergenz verstärkte, gruppenbildende gegenseitige (Schicksals-)Verbundenheit ein die Sozialordnung gestaltendes Prinzip ist bzw. sein soll.</p> <p>Die Bildung von Solidargemeinschaften zur Abwehr von Risiken und zum Ausgleich wirtschaftlicher und sozialer Schwäche, handle es sich um die relativ kleinen, berufsständischen Organisationen früherer Zeit, um die Versicherungsgemeinschaften der Arbeiter oder der Angestellten oder um die Staatsbürgerversorgung, geht von der Existenz von Solidarität aus.</p>

In Zusammenhang mit der sozialen Absicherung scheinen sich das Rechts- und das Sozialstaatsprinzip zu widersprechen. Das Rechtsstaatsprinzip beruht ursprünglich auf der Vorstellung einer sich selbst regulierenden bürgerlichen Gesellschaft, in der der Staat nur ordnungspolitische Aufgaben zugewiesen bekommt. Das Prinzip des Sozialstaats enthält umgekehrt die Forderung nach weitgehenden staatlichen Eingriffen in die Gesellschaftsordnung. Auf der einen Seite soll demnach das Individuum in den Mittelpunkt gestellt werden, auf der anderen Seite ist die Gemeinschaft Zentrum der Überlegungen. Das Grundgesetz normiert Rechts- und Sozialstaat jedoch nicht als Gegensätze: Es will vielmehr den „sozialen Rechtsstaat“, der die soziale Gerechtigkeit fördern soll.

Zur Beseitigung dieses scheinbaren Widerspruchs ist in Deutschland im Rahmen der sozialen Absicherung eine „Vorfahrtsregel“ eingeführt worden: das Sozialstaatsprinzip hat Vorrang vor dem Rechtsstaatsprinzip. Nach dieser Regel kann primär der Schutz der sozialen Versicherungen in Anspruch genommen werden. Endet diese solidarische Absicherung, greift der subsidiäre Schutzmechanismus. Als Beispiel sollen an dieser Stelle die Arbeitslosengeld-1- und -2-Regelungen genannt werden.

Werden die Aspekte Demokratiebezug auf der einen Seite und Gestaltungsfunktion des Staates auf der anderen Seite zur Erklärung des Sozialstaats herangezogen, dann muss zwischen der sozialen Sicherung und der sozialen Teilhabe unterschieden werden. Die **soziale Sicherung** entspricht den vielfältigen Aktivitäten der Sozialversicherungen und des Staates, um den Schutz der Bevölkerung zu ermöglichen. Die Gestaltung dieser Aktivitäten ist Gegenstand der **Sozialpolitik**. Die Ziele der Sozialpolitik liegen in der Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der sozialen Stellung von Personen, die als wirtschaftlich und/oder sozial schwach eingestuft werden. Weiterhin werden Personen dazu gezählt, die nicht in der Lage sind, sich selber abzusichern. Sozialpolitik setzt die sogenannte soziale Frage voraus. Unter der **sozialen Frage** wird die Existenz von Unterschieden in den politischen, persönlichen und

wirtschaftlichen Rechten verstanden. Hinzu kommen große Unterschiede in den Verfügungsmöglichkeiten über wirtschaftliche Güter, die dazu führen können, dass der soziale Friede und damit die Existenz des Staates bedroht sind.

Die **soziale Teilhabe** bedeutet dagegen die Gestaltungsmöglichkeit des Staates, den betroffenen Personen oder ihren Verbänden Wege aufzuzeigen, wie sie Interessen vortragen und möglicherweise durchsetzen können. Dazu gehören beispielsweise Regeln zur Koalitionsfreiheit, zur Tarifautonomie, zur Vermögensverteilung und zur Mitbestimmung. Diese Bereiche sind Gegenstand der Gesellschaftspolitik. In **Tabelle 1.2-2** werden diese Ansätze aufgelistet.

Die Vorgaben der Verfassung haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass sich die unten aufgezeigten vier **Verfassungsinterpretationen** des Sozialstaats herausgebildet haben:

- der konfliktreduzierende Ansatz
- der notmindernde und gerechtigkeitsorientierte Ansatz
- der demokratie-identische Ansatz
- der steuerpolitische Ansatz.

Nach dem ersten Ansatz soll der Sozialstaat dazu beitragen, ein konfliktarmes Zusammenleben der Menschen zu ermöglichen. Der Staat hat somit eine Befriedungsfunktion. Die zweite Interpretation schreibt dem Staat die Verpflichtung zu, die soziale Not zu lindern oder gar zu beheben. Hier spielt das Ziel der sozialen Gerechtigkeit eine Rolle. Die dritte Überlegung geht davon aus, dass der demokratische Gedanke auf die Wirtschafts- und Sozialordnung übertragen werden kann. Es erfolgt eine Verbindung zwischen dem Demokratie- und dem Sozialstaatsprinzip. Der steuerpolitische Ansatz hebt die Notwendigkeit staatlicher Eingriffe in die Wirtschaftsabläufe hervor.

Wie bereits aufgezeigt, war nach den Auffassungen von Eucken und Müller-Armack, die mit ihren Konzepten die Wirtschaftsverfassung der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen geprägt haben, aufgrund der während der Weimarer Republik gemachten negativen Erfahrungen mit der „Freien Marktwirtschaft“ und der damit verbundenen ausschließlichen Rolle des

**Tabelle 1.2-2:** Aspekte des Sozialstaats (Quelle: Haubrock/Schär, 2002: 43)

Soziale Sicherung	Soziale Teilhabe
Rentenversicherung	Koalitionsfreiheit
Krankenversicherung	Tarifautonomie
Unfallversicherung	Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit
Invalidenversicherung	Mitbestimmung
Arbeitslosenversicherung	Betriebsverfassungsgesetz
Sozialhilfe	Vermögensverteilung
Ausbildungsförderung	Steuerprogression
Umschulungsförderung	Konzentrations- und Kartellkontrolle
Einkommenshilfen in der Wirtschaft	Konjunktursteuerung
u. a.	Sozialisierung
	u. a.
Sozialpolitik	Gesellschaftspolitik

Staates als rahmengebender Ordnungsfaktor („Nachtwächterstaat“) das Marktmodell der **Sozialen Marktwirtschaft** geeignet, für eine nachhaltige wirtschaftliche und soziale Stabilität zu sorgen. In diesem Modell werden dem Staat bei Versagen der Marktkräfte Interventionsrechte zugestanden. Die verfassungsgebende Versammlung der Bundesrepublik Deutschland übernahm diese wirtschafts- und sozialpolitische Komponente und verknüpfte im Grundgesetz rechts- und sozialpolitische Elemente miteinander. So entstanden neben dem Demokratie- und dem Bundesstaatsprinzip die beiden anderen konstitutionellen Säulen des Grundgesetzes: das Rechts- und das Sozialstaatsprinzip.

Das Grundgesetz (GG) liefert folglich die verfassungsrechtlichen Grundlagen des bundesrepublikanischen Sozialstaats (Tab. 1.2-3). Hieraus leitet sich die Verpflichtung des Staates zum sozialen Handeln ab.

Im Sozialstaat hat der Staat nicht länger nur Ordnungs-, sondern auch Ablaufpolitik zu betreiben. Dieser Vorgang wird manchmal als Verstaatlichung der Gesellschaft bezeichnet. Dieser Tendenz steht jedoch die Vergesellschaftung des Staates gegenüber, das heißt die

Bestrebung der verbandlichen und parteipolitischen Organisationen, soziale, besonders ökonomische Teilinteressen durchzusetzen. Der Sozialstaat liegt daher stets im Spannungsfeld zwischen Gruppeninteressen und staatlichem Handlungsspielraum.

**Sozialpolitik** umfasst das politische Handeln, das darauf abzielt, die wirtschaftliche und soziale Stellung von wirtschaftlich und/oder sozial schwachen Personen durch den Einsatz geeignet erscheinender Mittel zu verbessern bzw. den Eintritt wirtschaftlicher und/oder sozialer Schwäche zu vermeiden. Die Sozialpolitik hat somit eine ökonomische und eine politische Funktion. Ein Teilaspekt der Sozialpolitik ist die Gesundheitspolitik. Hierbei hat die **Gesundheitspolitik** die Aufgabe, den Rahmen für die Entfaltung der wirtschaftlichen Aktivitäten der Ärzte, Patienten, Krankenhausträger und Krankenkassen so zu gestalten (zu ordnen, zu beeinflussen, unmittelbar festzulegen), dass das gesellschaftliche Ziel einer Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung optimal erreicht wird.

Während über das Ziel der Gesundheitspolitik weitgehend Einigkeit besteht, weichen die Vorstellungen über den gewünschten staatli-

**Tabelle 1.2-3:** Verfassungsrechtliche Grundlagen des Sozialstaates (Quelle: Haubrock/Schär, 2002: 42)

Sozialstaatsprinzip	Soziale Grundwerte	Bestandsgarantie
Art. 20 I GG: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“	Art. 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Abs. 1)	Art. 79 III GG: „Eine Änderung dieses Grundgesetzes, durch welche ... die in den Art. 1 und 20 niedergelegten Grundsätze berührt werden, ist unzulässig.“
Art. 28 I Satz 1 GG: „Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muss den Grundsätzen des republikanischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen.“	„Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.“ (Abs. 3)	Art. 19 II GG: „In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden.“
	Grundrechte, insbesondere Art. 3 GG <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichheit vor dem Gesetz Art. 6 GG</li> <li>• Schutz von Ehe und Familie Art. 9 III GG</li> <li>• Koalitionsfreiheit Art. 14 II GG</li> <li>• Sozialbindung des Privateigentums</li> </ul>	

chen Einfluss auf die Anbieter von und die Nachfrager nach Gesundheitsgütern weit voneinander ab. Durch Entscheidungen der Regierungen können Abläufe im Gesundheitssektor sowie Strukturen des Systems verändert werden.

Die soziale Sicherung und das daraus resultierende sozialstaatliche Handeln bestehen im Wesentlichen darin, die materiellen Existenzbedingungen der Mitglieder einer Gesellschaft zu beeinflussen. Hieraus lassen sich konkrete **Aufgaben** des Systems der sozialen Sicherung ableiten, wie:

- kollektiver Schutz des Individuums vor einer unzumutbaren Verschlechterung seiner Existenzbedingungen und
- Verbesserung der materiellen Existenzbedingungen wirtschaftlich und sozial schwacher Gruppen.

Die Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherung erfolgt nach drei Grundprinzipien, dem

Versicherungs-, dem Versorgungs- und dem Fürsorgeprinzip (Tab. 1.2-4).

Das Versicherungs- und Versorgungsprinzip wird grundsätzlich nach dem **Solidaritätsprinzip** aufgebaut. Der Solidaritätseffekt wird beim Versicherungsprinzip jedoch durch die Geringverdiener-, die Versicherungspflicht- und die Beitragsbemessungsgrenze eingeschränkt. Die Leistungen im Bereich der Versicherungen werden über Beiträge finanziert, die Versorgungsleistungen sind steuerfinanziert. Beim **Fürsorgeprinzip** dominiert hingegen das Subsidiaritätsprinzip. Es steht nicht im Gegensatz zum Solidarprinzip, sondern ist als dessen Ergänzung zu sehen. Durch dieses Prinzip wird bei der Hilfestellung eine Rangordnung (Individuum, Familie, Staat) zugrunde gelegt.

Unter dem **System der sozialen Sicherung** ist die Summe aller Einrichtungen und Maßnahmen zu verstehen, die das Ziel verfolgen, die Mitglieder einer Gesellschaft gegen Risiken zu schützen. Hinter den Einrichtungen verber-



**Tabelle 1.2-4:** Grundprinzipien sozialer Sicherung (Quelle: (Quelle: Haubrock/Schär, 2002: 45)

	Versicherungsprinzip	Versorgungsprinzip	Fürsorgeprinzip
Sicherungsvoraussetzung	Mitgliedschaft in Versicherung	Speziell eingeräumter Rechtsanspruch	Individuelle Notlage
Leistungsanspruch	Bei Eintritt Versicherungsfall	Bei Vorliegen gesetzlich bestimmter Merkmale	Bei Bedürftigkeit
Leistungshöhe	Standardisiert nach Art des Versicherungsfalls	Standardisiert nach Art des Versorgungsfalls	Individualisiert nach Art und Umfang der Bedürftigkeit
Gegenleistung	Ja, Versicherungsbeiträge	Ja, nichtfinanzielle Sonderopfer (-leistungen) für Gemeinschaft	Nein
Bedürftigkeitsprüfung	Nein	Nein	Ja
Gliederung wichtiger Sicherungszweige nach dem überwiegenden Grundprinzip	Sozialversicherung z. B.: • gesetzliche Rentenversicherung • gesetzliche Krankenversicherung • gesetzliche Unfallversicherung • Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld)	• Kriegsopferversorgung • soziale Entschädigung • bei Impfschäden • Beamtenversorgung • Kindergeld (ohne Einkommensgrenzen) <sup>1)</sup>	• Sozialhilfe • Jugendhilfe • Resozialisierung • Wohngeld • Kindergeld (bei Einkommensgrenzen) <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> nur mit Einschränkungen klassifizierbar

gen sich die Träger und Organe der staatlichen Sozialpolitik. Diese umfasst folglich die sozialpolitischen Verantwortungen und die Aktivitäten des Bundes, der Länder, der Gemeinden sowie der freien Wohlfahrtsverbände. Als **Träger** der Sozialpolitik sind Einrichtungen definiert, die überwiegend in der Entscheidungsphase tätig werden. Demgegenüber werden Einrichtungen, die nur in der Planungs- oder Durchführungphase tätig werden, als **Organe** bezeichnet. Das System der sozialen Sicherung wird als **Soziales Netz** bezeichnet (Abb. 1.2-1).

Wie aus Abbildung 1.2-1 zu entnehmen ist, werden alle Leistungen der Sozialversicherungen zum sozialen Netz gezählt. Zum System der sozialen Sicherung gehören aber auch die Maßnahmen der Kriegsopferversorgung, die Sozialhilfe sowie die Sozialtransfers im Rahmen der Familien- und Wohnungsbaupolitik und die Politik der Ausbildungsförderung. Innerhalb des sozialen Netzes nehmen die Zweige der Sozialversicherung den größten Anteil ein. Es handelt

sich hierbei um Pflichtversicherungen, die zum Beispiel nach Risikoarten, nach Berufsständen, nach Wirtschaftssektoren und nach regionalen Gesichtspunkten aufgegliedert werden. Pflichtversichert sind grundsätzlich alle Arbeiter und Angestellten. Folgende Zweige werden unterschieden, die später ausführlich dargestellt werden:

- Arbeitslosenversicherung
- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Rentenversicherung
- Unfallversicherung.

Die sozialpolitische Diskussion der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass bei allen Versicherungen Finanzierungsprobleme aufgetreten sind. Ein wesentlicher Grund für die Tendenz liegt darin, dass sich die Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherungen schneller entwickelt haben als die Einnahmen. Diese scherenhafte Entwicklung zwischen Einnahmen und Ausga-

## direkte Sozialleistungen

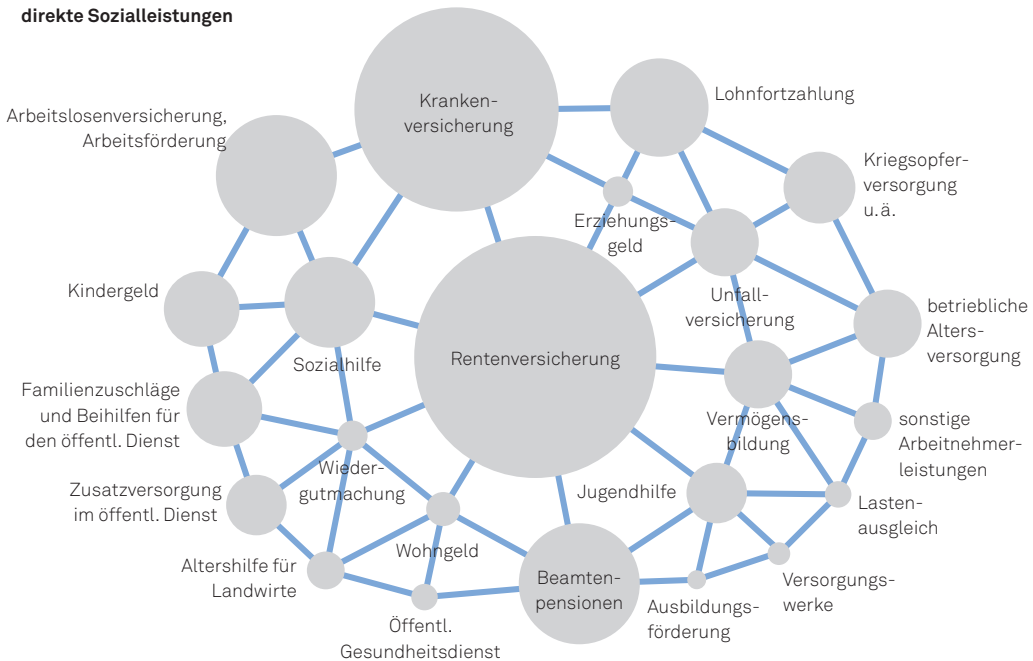


Abbildung 1.2-1: Das soziale Netz (Quelle: Haubrock/Schär, 2002: 46)

ben wird auch als Kostenexplosion bezeichnet. Zu deren Eindämmung wurden Beitragssatzerhöhungen und/oder Leistungseingrenzungen vorgenommen. Letztlich geht es um die Beantwortung der Frage nach der zukünftigen Dominanz des Solidaritäts- bzw. des Subsidiaritätsprinzips im Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland.

### 1.3

## Sozialversicherungen als Elemente der sozialen Sicherung

### 1.3.1

#### Merkmale der sozialen Sicherung

Aus dem Bericht „Sozialbudget 2013“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist zu entnehmen, dass das **Sozialbudget** als Kurzbezeichnung für die **Summe der Sozialleistungen** verwendet wird. Seit der ersten Vorlage dieses Sozialberichts im Jahre 1968 wurde dessen Informationsgehalt laufend verbessert und ver-

vollständig. Neben der Einführung eines funktionalen Sozialbudgets wurde vor allem der Umfang der dargestellten Sozialleistungen erweitert. So kamen zum Beispiel 1995 die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und 1996 der Familienlastenausgleich hinzu.

Sozialleistungen wiederum können Einkommensleistungen oder Sachleistungen sein. **Einkommensleistungen** ersetzen den vorübergehenden oder dauerhaften Verlust des Arbeitseinkommens. **Sachleistungen** werden „von besonderen Einrichtungen, von Gebietskörperschaften oder von Betrieben bei bestimmten Tatbeständen (Risiken) freiwillig oder aufgrund von gesetzlichen, satzungsmäßigen oder tariflichen Regelungen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 33) den anspruchsberechtigten Personen „als vorbeugende, lindernde oder wiederherstellende Leistungen oder zum Ausgleich besonderer Belastungen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 33) zur Verfügung gestellt und finanziert. Zu den Sozialleistungen zählen auch „die Leistungen mit sozialer Wirkung des ei-



genständigen beamtenrechtlichen Systems (Alimentation)“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 33).

Diese Sozialleistungen werden im Bericht des Ministeriums gegliedert nach:

- Funktionen
- Leistungsarten
- Quellen
- Finanzierungsarten
- Institutionen.

Bei der Gliederung des Sozialbudgets nach **Funktionen** werden die Kriterien Kinder, Ehegatten, Mutterschaft, Invalidität, Arbeitslosigkeit, Alter, Hinterbliebene, Wohnen und Allgemeine Lebenshilfen unterschieden. Es handelt sich somit um „soziale Tatbestände, Risiken oder Bedürfnisse, deren Eintritt oder Vorhandensein die Anspruchsberechtigung auf Sozialleistungen auslöst“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 32).

Im Jahre 2013 wurden von den gesamten Sozialleistungen für

- Krankheit und Invalidität ca. 332 Mrd. Euro
- Alter und Hinterbliebene ca. 307 Mrd. Euro
- Kinder, Ehegatten und Mutterschaft ca. 87 Mrd. Euro
- Arbeitslosigkeit ca. 32 Mrd. Euro
- sonstiges ca. 21 Mrd. Euro

verwendet. Bei diesen Zahlen wurden die Verwaltungsausgaben nicht berücksichtigt (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 6).

Bei den Leistungen für Krankheit und Invalidität fielen Sachleistungen in Höhe von ca. 243 Mrd. Euro und Geldleistungen in Höhe von ca. 89 Mrd. Euro an. Im Bereich Alter und Hinterbliebene wurden dagegen über 306 Mrd. Euro in Form von Geldleistungen und nur ca. 0,6 Mrd. Euro als Sachleistung verwendet (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a: 28).

Bei der Gliederung der Sozialleistungen nach **Leistungsarten** werden die folgenden Gruppen unterteilt:

- Sozialschutzleistungen
  - Einkommensleistungen
  - Sachleistungen

- Beiträge des Staates für Empfänger sozialer Leistungen
- Verwaltungsausgaben
- sonstige Ausgaben
- Verrechnungen.

Im Jahre 2013 entfielen vom Sozialbudget ca. 61% auf Einkommensleistungen und ca. 36% auf Sachleistungen. Die restlichen 3% verteilen sich auf die verbleibenden Leistungsarten.

Bei der Einteilung der Sozialleistungen nach den **Finanzierungsquellen** werden die volkswirtschaftlichen Sektoren betrachtet, von denen die Einnahmen bereitgestellt werden. Die folgenden Quellen werden unterschieden:

- Unternehmen (Kapitalgesellschaften)
- Staat
  - Bund
  - Länder
  - Gemeinden
  - Sozialversicherungen
- private Organisationen
- private Haushalte
- übrige Welt (Ausland).

Die Sozialleistungen wurden im Jahre 2013 vom Staat mit ca. 40% bezahlt, die privaten Haushalte übernahmen ca. 30% der Finanzsumme, die Unternehmen beteiligten sich mit ca. 27%. Die restliche Summe wurde aus den anderen Quellen finanziert.

Bei den **Finanzierungsarten** spiegeln sich die Methoden der Mittelbeschaffung wider. Die Arten gliedern sich wie folgt:

- Sozialbeiträge
  - Arbeitgeber
  - Versicherte
    - Arbeitnehmer
    - Selbstständige
    - Eigenbeiträge der Leistungsempfänger
    - Übrige
- Zuschüsse des Staates
- Übrige.

Der Anteil der Sozialbeiträge am Sozialbudget 2013 betrug ca. 64%, davon entfielen ca. 53% auf die Arbeitgeber, die Versicherten waren mit ca. 47% an der Finanzierung beteiligt. Der Finanzierungsanteil des Staates betrug ca. 34%.