

Wohin entwickelt sich der Sozialstaat?

Von Peter Masuch

Leitziele und innere Logik der Reformen – ein Überblick

Selten wurde eine Legislaturperiode dermaßen von sozialpolitischen Themen geprägt. Das ließ die Koalitionsvereinbarung der großen Koalition vom 27. November 2013 vielleicht schon ahnen. Am Ende der 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages besteht nun Anlass zu einer ersten Bewertung. Worum geht es in diesem einführenden Beitrag? „Der Sozialstaat“ ist in seiner Komplexität und Unbestimmtheit zunächst auf relevante Handlungsfelder zu beschränken, um dazu einen Überblick zu verschaffen. Wir gehen im Rahmen der Handlungsfelder von den Zielen zu den Hebeln vor: Welche Ziele wurden programmatisch verfolgt, welche Hebel (Instrumente) dafür eingesetzt?



Peter Masuch

Dr. h.c. Peter Masuch ist Präsident des Bundesozialgerichts a. D. Er ist Mitglied im Bundesvorstand der Lebenshilfe (Berlin/Marburg) und Vorsitzender des Kuratoriums des Max-Planck-Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik.

Schon von der Zahl der Gesetze her gesehen gehört die **Gesundheitspolitik** mit ihrem Schwerpunkt in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV/SGB V) zu den ganz großen sozialpolitischen Handlungsfeldern. Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21.7.2014 sollte die Finanzierung auf eine dauerhafte solide Grundlage gestellt werden; als Hebel dafür diente die Festsetzung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf 14,6 Prozent; während der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben wurde, wurde der ursprünglich einkommensunabhängige Zusatzbeitrag samt steuerfinanzierten Sozialausgleich beseitigt und die künftigen Beitragssteigerungen allein der Arbeitnehmerseite in Gestalt eines Zusatzbeitrags aufgebürdet, der künftig als kassenindividueller prozentualer Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen erhoben wird.

Der Ausgleichmechanismus für die Beitragsverteilung unter den Krankenkassen wird auf den sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich umgestellt: Neben der Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) erhält jede Krankenkasse Zu- bzw. Abschläge, die sich u. a. nach Alter, Geschlecht und Krankheitslast der Versicherten richten. Das GKV-Versorgungstärkungsgesetz vom 16.7.2015 sollte die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen anpassen. Mit diesem umfangreichen Gesetz wurden nahezu sämtliche im Koalitionsvertrag angekündigten Änderungen umgesetzt.

Praktisch ging es um ein Bündel von Einzelmaßnahmen unterschiedlichster Prägung (u.a. Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten, verstärkte Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung, Schärfung des Vergütungsrechts, Terminservicestellen, verbessertes Entlassmanagement, medizinische Versorgungszentren, Versorgungsforschungs-Innovationsfonds, frühes Nutzenbewertungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, erweiterte Leistungsrechte der Versicherten, z.B. Recht auf Einholung einer Zweitmeinung). Das Krankenhausstrukturgesetz vom 10.12.2015 listete unter der Maxime „Umstrukturierung“ der Krankenhausversorgung diverse

Instrumente in der klinischen Leistungssteuerung wie Mindestmengenregelungen, Qualitätsinstrumente, Pflegestellenförderung und Strukturfonds. Das GKV-Selbstverwaltungstärkungsgesetz vom 21.2.2017 zielt auf eine Stärkung der internen und externen Kontrolle der Selbstverwaltung insbesondere des GKV-Spitzenverbandes, des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Kassenärztlichen Bundesverbandes (KBV). Ersten fachlichen Bewertungen zufolge dürften die neuen Instrumente der Selbstverwaltung allenfalls Nadelstiche versetzen. Am 10.4.2017 ist das neue Heil- und Hilfsmittelgesetz in Kraft getreten, das sich ausdrücklich eine moderate Weiterentwicklung der für die Gesundheitsversorgung bedeutsamen Heil- und Hilfsmittelversorgung zum Ziel gesetzt hat. Den in der Vergangenheit gestärkten Vertragsspielräumen und der wettbewerblichen Ausrichtung sollten nun Maßnahmen folgen, damit durch Kosteneinsparungen nicht die Versorgungsqualität geopfert wird. Mittels zahlreicher Einzelmaßnahmen werden die Rahmenbedingungen für die Gewährleistung der Qualität weiterentwickelt. Insbesondere darf nunmehr bei Hilfsmittelausschreibungen der Krankenkassen nicht mehr vorrangig der

Preis für den Zuschlag ausschlaggebend sein. Die Begutachtung, Akkreditierung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen erfolgt künftig durch die Deutsche Akkreditierungsstelle.

Daneben soll die Rolle der Heilmittel-erbringer durch eine verbesserte Vergütung stärker gewürdigt werden. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19.12.2016 sollte die Vergütung und Versorgung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung verbessert, Transparenz geschaffen und die sektorenübergreifende Behandlung weiterentwickelt werden. Das Ende 2015 in Kraft getretene Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) nahm sich erneut die IT-Infrastruktur der medizinischen Versorgung vor. Das Gesetz zielt auf den Ausbau der sektorübergreifenden digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen sowie auf die Absicherung der dafür erforderlichen IT-Infrastruktur („Telematikinfrastruktur“) für die Übermittlung patientenbezogener Daten. Hierzu sollen medizinische Daten, beispielsweise diagnostizierte Erkrankungen, nach Zustimmung der Patienten auf den ab Januar 2015 gültigen Gesundheitskarten gespeichert werden.

Nachdem zwischenzeitlich die elektronischen Gesundheitskarten an die Versicherten ausgegeben und die erforderlichen Kartenlesegeräte in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäusern installiert worden sind, sollen die nun beschlossenen Maßnahmen, insbesondere auch durch Einführung besonderer Vergütungspositionen, Anreize für die Leistungserbringer setzen, sich frühzeitig auf die Nutzung der „Gesundheits-IT“ hin ausrichten. Trotz aller in der Diskussion gestreuten Zweifel imponiert vor allem der Wille zur Beschleunigung des Projekts, der sich die vorhandenen Ansätze (Notfalldatensatz, elektronische Entlass- und Arztbriefe, Medikationsplan, Zuschläge für telematische Leistungen im Vergütungsrecht, Anwendungen auch ohne Gesundheitskarte wie z.B. in der Gesundheitsforschung) zu Nutze machen will. Wegen der erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens sah

sich der Gesetzgeber genötigt, korruptiven Praktiken in diesem Bereich auch mit den Mitteln des Strafrechts durch ein Antikorruptionsgesetz von Juni 2016 entgegenzutreten. Da nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen Ärzte bei Wahrnehmung der ihnen in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen handeln, finden auf sie die Korruptionstatbestände des Strafbuches bislang keine Anwendung. Auch die auf den Vermögensschutz ausgerichteten Straftatbestände der Untreue und des Betrugs decken den Unrechtsgehalt von Korruption nicht hinreichend ab. Abhilfe wollte der Gesetzgeber durch die Einführung neuer Straftatbestände (Bestechlichkeit bzw. Bestechung im Gesundheitswesen) schaffen, die für alle Heilberufe gelten, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern. Zur Vermeidung einer „Überkriminalisierung“ der Heilberufe, die mit einer Vielzahl von vorteilsbasierten Kooperationen befasst sind, ist es nun unerlässlich, die Kooperationen von Ärzten, Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmittelbringern, Beraterverträge mit pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten auf den Prüfstand zu stellen.

Die Pflege

Die fünfte Säule der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung als „sozialpolitisches Erfolgsmodell mit Geburtsfehlern“ hat ihre Mängel auch in der abgelaufenen Gesetzgebungsperiode nicht vollständig abgelegt, gleichwohl „im Dreischritt“ von Pflegestärkungsgesetzen kräftig zugelegt. Bereits seit 2015 wurden durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) die Leistungen für pflegebedürftige Personen, wozu auch demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe zählten, deutlich flexibilisiert und ausgeweitet (Mehrausgaben der Pflegeversicherung für alle Leistungsempfänger mit anerkannter Pflegebedürftigkeit, verbesserte Förderung von Tages- und Nachtpflege sowie von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Ausbau der Betreuung in Alten- und

Pflegeheimen). Der Pflegevorsorgefonds wurde eingerichtet, um die im Hinblick auf die demographische Entwicklung zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen abzumildern. Und der Beitragssatz wurde um 0,3 Punkte angehoben.

Die bisher größte Pflegereform, das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015, hat vieles erneuert: den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Begutachtungsmethode durch den MDK sowie die Einstufung in fünf Pflegegrade (statt der bisherigen drei Pflegestufen). Dadurch erhalten Demenzzranke, dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen seit Januar 2017 alle Pflegeleistungen, die körperlich Kranken schon lange zustehen. Eine weitere Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Punkte erfolgte ab 2017.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23.12.2016 zielt auf eine Stärkung der kommunalen Ebene in der Pflege. Dies soll zum einen durch eine Verbesserung der kommunalen Planungs- und Steuerungskompetenzen erfolgen (Initiativrecht zur Schaffung neuer, einer umfassenden Beratung dienender Pflegestützpunkte, Kooperationsvereinbarungen mit den Pflegekassen, finanzielle Co-Förderung kommunaler Netzwerke durch die Pflegekassen Darüber hinaus werden die im SGB XII verankerten Vorschriften zur Hilfe zur Pflege an den neuen durch das PSG II eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Auch stärkt das PSG III nach Fällen von Abrechnungsbetrug die Prüfbefugnisse der Pflegekassen. Flankiert werden die beschriebenen sozialrechtlichen Reformen mit dem (arbeitsrechtlichen) Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit einschließlich finanzieller Unterstützung durch ein zinsloses Darlehen sowie die Pflegezeit (zehntägige Auszeit bzw. bis zu sechsmonatige Freistellung für Pflege) und durch die kürzlich beschlossene Reform des Pflegeberufsgesetzes. Bereits seit Ende 2015 gilt das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das sich den flächendeckenden Ausbau dieses Versorgungsangebots zum Ziel gesetzt hat. Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der GKV mit zusätzlich vergüteten vertragsärztlichen Leistungen. Der Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

in ländlichen Regionen wird gefördert. Dass Sachkosten (z.B. Fahrtkosten) für ambulante Hospizdienste zusätzlich abgerechnet werden können, kommt wiederum der ländlichen Versorgung zu Gute. Stationäre Hospize werden ebenfalls besser vergütet (u.a. steigt der Krankenkassenzuschussatz von 90 auf 95 Prozent). In der sozialen Pflegeversicherung wird die Sterbegleitung anerkannt. Krankenhäuser können individuelle Entgelte für eigenständige Palliativstationen vereinbaren. Die Krankenkassen schulden den Versicherten individuelle Beratung zu den Hospiz- und Palliativangeboten. Menschen mit Behinderungen ist Unterstützung bei der Planung und Organisation ihrer Betreuung in der letzten Lebensphase zu verschaffen; deren Recht auf häusliche Krankenpflege einschließlich Hospiz- und Palliativversorgung ist indessen gesetzlich noch nicht hinreichend geklärt. Nach mehreren gescheiterten Anläufen zu einem Präventionsgesetz seit Anfang des vergangenen Jahrzehnts versuchte es die Bundesregierung jetzt erneut.

Die demografische Entwicklung mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Vor diesem Hintergrund zielte das Präventionsgesetz darauf ab, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiter zu entwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern (Errichtung einer nationalen Präventionsstrategie, Einrichtung einer Präventionskonferenz und eines Präventionsforums). Zur Er-

reichung dieses Ziels schafft das Gesetz die strukturellen Voraussetzungen zur Verbesserung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure sowie der Koordination der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten. Zudem wird die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere durch eine zielgerichtete Neustrukturierung der finanziellen Grundlagen der Krankenkassen und der Pflegekassen für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt.

Mehraufwendungen der Krankenkassen bei der Primärprävention werden vom Gesetzgeber auf rund ein Viertel Milliarde Euro geschätzt

Bei der Erbringung von Präventionsleistungen in Lebenswelten erfahren die

Krankenkassen Unterstützung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die von den Krankenkassen hierfür eine Vergütung erhält. Der Gesetzgeber rechnet mit Mehraufwendungen der Krankenkassen für Leistungen zur Primärprävention von annähernd einer Viertel Milliarde Euro. Pro Versicherten und Kalenderjahr sollen dabei 7 Euro (Richtwert) aufgewandt werden. Allgemein wird das Gesetz als Schritt in die richtige Richtung gewertet, Zweifel bleiben angesichts der Adressierung der Aufgaben vor allem an die Krankenkassen für eine an sich gesamtgesellschaftliche Aufgabe, des trotz Erhöhung immer noch geringen finanziellen Niveaus und der Gefahr bloß individueller Verhaltensprävention, die nur einen kleinen Teil der betroffenen Gesamtgesellschaft erreicht.

Alterssicherung

Die Weiterentwicklung der Systeme der Alterssicherung gehört zu den big points der Großen Koalition („Rentenpaket“). Mit dem RentenversicherungsLeistungsverbesserungsgesetz vom 23.6.2014 wurde der abschlagsfreie frühere Rentenzugang mit 63 Lebensjahren eröffnet. Voraussetzung dafür sind 45 Beitragsjahre; dem liegt die Befürchtung zugrunde, dass die Arbeitsfähigkeit in höherem Alter bzw. nach langer Berufstätigkeit zurückgeht und die auf 67 Lebensjahre ansteigende Regelaltersgrenze nicht mehr erreicht

werden kann. Durch die sog Mütterrente werden die Renten von Müttern angehoben, deren Kinder vor 1992 geboren sind; sie erhalten statt bisher einen Rentenpunkt nunmehr zwei Rentenpunkte je Kind (für die nach 1992 geborenen Kinder erhalten Mütter drei Rentenpunkte).

Weiter kam es durch das Rentenpaket zu einer Erhöhung der Erwerbsminderungsrenten, insbesondere durch die Verlängerung der Zurechnungszeit vom 60. auf das 62. Lebensjahr sowie eine sog. Günstigerprüfung (Einkommen bis zu vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung). Weniger umstritten - wengleich erst durch längere Verhandlungen in der Koalition errungen - war die dem Rentenpaket nachfolgende Einführung eines gleitenden Übergangs in den Rentenbezug durch das Flexirentengesetz von Dezember 2016, das als Gegenstück zur Rente mit 63 zu sehen ist. Kernstück ist die Neugestaltung des Hinzuverdienstrechts anstelle des bisherigen (wenig genutzten) Teilrentenmodells. Daneben stehen Regelungen zur Rentenversicherungspflicht für beschäftigte Altersrentner (zusätzliche Anwartschaft), zur verbesserten Beitragszahlung zum Ausgleich der Rentenabschläge, die (befristete) Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge bei einer Beschäftigung nach der Regelaltersgrenze sowie Regelungen im Rehabilitationsrecht (Pflicht- statt Ermessensleistungen; frühere Gesundheitsuntersuchungen).

Mit dem Betriebsrentenstärkungsgesetz vom 21.12.2016 stärkte der Gesetzgeber eine weitere Säule der Alterssicherung insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen. Schrittweise fortgesetzt wird die Rentenangleichung zwischen Ost und West durch das Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz vom 1.6.2017, demzufolge der aktuelle Rentenwert (Ost) zum 1.7.2024 100 Prozent des Westwerts erreicht; die dadurch entstehenden erheblichen Kosten werden zunächst aus den Rentenbeiträgen finanziert, obwohl es sich (auch) hier um eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung handelt. Im Sommer 2017 verabschiedet wurde eine weitere Erhöhung der Zurechnungszeit für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf das vollendete 65. Lebensjahr (bisher 62, s.o.; EM-Leistungsverbesserungsgesetz).

Grundsicherung

Im Bereich der Grundsicherung erlangte besondere Bedeutung das neue Regelbedarfsgesetz und zwar sowohl für die Grundsicherung bei Erwerbsfähigkeit wie auch im Alter und bei Erwerbsminderung. Auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2013 wurde insbesondere die Höhe der Regelbedarfe neu ermittelt. Erwartungen an höhere Sätze wurden indes vielfach enttäuscht. Gleichwohl brachte die Neuregelung auch Verbesserungen, insbesondere durch Berücksichtigung von Bedarfen für Unterkunft und Heizung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII für erwachsene Leistungsberechtigte, die im Haushalt ihrer Eltern leben, was insbesondere Menschen mit Behinderungen im Grundsicherungsbezug zu Gute kommt. Der Komplexität des Leistungsrechts des SGB II, die in der Praxis zu einer Vielzahl von Widersprüchen und Klagen geführt hat, wollte der Gesetzgeber mit dem Rechtsvereinfachungsgesetz vom 26.7.2016 entgegenzutreten. Ziel des Gesetzes war es deshalb, den leistungsberechtigten Personen schneller Klarheit über das Bestehen und den Umfang von Rechtsansprüchen zu ermöglichen und das von den Jobcentern anzuwendende Verfahrensrecht, beispielsweise Regelungen zur Einkommensanrechnung, zu vereinfachen.

Migration und Sozialrecht

Mit Gesetz vom 29.12.2016 hat der Gesetzgeber die Leistungsausschlüsse für Unionsbürger neu geregelt und damit die (auf die Bestimmungen des Grundgesetzes und die dazu vorliegende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gestützte) Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes korrigiert; über den Bestand dieses Gesetzes wird wiederum das Bundesverfassungsgericht zu entscheiden haben. Tangiert wird das materielle Sozialrecht zudem durch eine Vielzahl von Regelungen, die der Gesetzgeber in Reaktion auf die Entwicklung der Einwanderung von Geflüchteten vorgenommen hat. Mit Gesetz vom 10.12.2014 wurden die Leistungssätze nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2012 neu geregelt, insbesondere die Wartezeit verkürzt. Durch das Gesetz zur Einführung

beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016 wurden die Leistungssätze abgesenkt. Das Integrationsgesetz vom 31.7.2016 sieht wiederum Leistungskürzungen als Sanktion bei Verstößen gegen Mitwirkungspflichten vor. Die Kritik weist zu Recht darauf hin, dass die verschärfenden Regelungen den Vollzug des Asylbewerberleistungsgesetzes deutlich komplexer und damit schwieriger gestaltet hat; dies steht wiederum im Widerspruch zum Ziel einer Verfahrensbeschleunigung. Im Zusammenhang mit den finanziellen Herausforderungen, die sich infolge der hohen Zuwanderung von Geflüchteten ergeben, übernimmt der Bund Kosten der Kommunen und erhöht seine Beteiligung im Bereich der Kosten der Unterkunft nach dem SGB II (Neuaufteilung der Umsatzsteuer von Bund, Ländern und Gemeinden; der Bund überlässt den Ländern 2016/17 jeweils 2 Mrd Euro, 2018 3 Mrd, ab 2019 jährlich 1 Mrd Euro; die Kommunen erhalten 2018 2,76 Mrd Euro, ab 2019 jährlich 2,4 Mrd Euro).

Teilhabe

Sicherlich in die Rubrik der Reformvorhaben, die einen Paradigmenwechsel verfolgen, gehört das Bundesteilhabegesetz vom 23.12.2016. Rückenwind bekam diese Reform vor allem durch die Herausforderungen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, zudem fußte sie auf einer ein Jahrzehnt übersteigenden Diskussion um die Reform der Eingliederungshilfe. Zuvörderst ging es um die Herauslösung des Teilhaberechts aus dem Fürsorgerecht, ist der Anspruch auf Nachteilsausgleich doch nicht mehr als bedürftigkeitsabhängig zu verstehen. Das Reformwerk wird in Stufen in Kraft gesetzt, bereits seit dem 30.12.2016 gibt es Verbesserungen im Schwerbehindertenrecht vor allem bei den Mitwirkungsrechten. Ab 2018 gilt dann das neue SGB IX in seiner veränderten Paragrafenfolge, mit einem reformierten Teil I (allgemeine Regelungen, Verfahrensrecht), dem neuen Teil II (Eingliederungshilfe) und dem novellierten Schwerbehindertenrecht als Teil III; Teil II tritt indessen erst 2020 in Kraft. Materiell bringt das neue Recht manche Verbesserungen und Neuerungen,

wie ein bedarfsgerechtes Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahren, die „anderen Leistungsanbieter“ sowie das Budget für Arbeit als Alternativen zur WfbM, die Trennung der Grundsicherung von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe sowie Verbesserungen bei der Anrechnung von Einkommen und Vermögen. Das BTHG bleibt dennoch nur ein erster Schritt zur echten Inklusion; z.B. bleiben besonders Hilfebedürftige weiterhin von der WfbM ausgeschlossen oder es werden die Leistungen der Pflegeversicherung in stationären bzw. vergleichbaren Wohnformen weiterhin nur mit einem geringen Pauschbetrag abgegolten.

Familie

Anders als noch die Vorgängerregierung (Stichwort: gescheitertes „Betreuungsgeld“) nahm die große Koalition eine (wissenschaftlich fundierte) zukunftsgeordnete Linie auf, mit der sie den Lebensentwürfen der heutigen Familien Rechnung trug. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die gleichberechtigte Verteilung der Erziehungsaufgabe, wie sie mit der Einführung des Elterngeldes und des Betreuungsplatzanspruchs für die unter Dreijährigen vor zehn Jahren verfolgt wurden, rückten wieder in den Vordergrund. Der neue Partnerschaftsbonus dient mit seinen Anreizen für eine gleiche Aufteilung von Erwerbstätigkeit und Familienarbeit zwischen den Eltern einem sozialinterventionistischen Ansatz im Schutzbereich von Artikel 6 des Grundgesetzes; mit Lohnersatzleistungen bei Familienarbeitszeit wird nämlich darauf hingewirkt, die sozialen Normen hinsichtlich der Arbeitszeit zu ändern. Eine frühere Rückkehr zur Erwerbstätigkeit beider Partner in Teilzeit, die gleichzeitig eine (gemeinsame) Fürsorge für das neugeborene Kind ermöglicht, wird sich nach Auffassung der Bundesregierung stärker lohnen als bisher. Ziel bleibt die weitere Steigerung der Erwerbstätigkeit von Müttern (z.B. durch flexiblere Arbeitszeiten) und der Ausbau der Betreuungsangebote. Gleichzeitig mit der Elterngeldreform wurde die Elternzeit neu geregelt und u.a. ermöglicht, 24 statt bisher zwölf Monate der Elternzeit zwischen dem vierten und achten Lebensjahr des Kindes

zu nehmen. Im arbeitsrechtlichen Kontext mit diesen Zielen ist auch die Neuregelung des Mutterschutzrechts ebenso zu sehen wie die Einführung des Anspruchs auf Familienpflegezeit.

Fazit

Im hier geforderten Blick auf die Entwicklung des Sozialstaats mussten wir Manches außen vor lassen (wie die BAföG-Verbesserungen oder das Elterngeld Plus). Dies gilt erst recht für den Gesetzgeber, dem kritische Stimmen nachsagen, unter seinen Möglichkeiten geblieben zu sein. So hat er die Reform der Selbstverwaltung nicht genutzt, dem G-BA eine stärkere demokratische Legitimation im Gesundheitswesen (zum Beispiel durch eine Stärkung der Versichertenperspektive) zu verschaffen. Auch nach drei Pflegestärkungsgesetzen werden Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen noch nicht gleichberechtigt an den Pflegeleistungen beteiligt. Ob der im internationalen Vergleich geringe Stellenwert der nationalen gesundheitlichen Prävention nun in einem milderen Licht erscheint, wird sich erst zeigen müssen; jedenfalls ist endlich der Anlauf zum Präventionsgesetz geglückt, was angesichts der differenzierten gegliederten Struktur der Sozialleistungsträger und der sie umgebenden Akteure erstaunlich erscheinen mag.

Die Klagehäufung im Grundsicherungsrecht wirft immer wieder die grundsätzliche Frage auf, ob die Sicherungssysteme in Bezug auf Bürgerfreundlichkeit, Vermeidung von unnötiger Bürokratie und Nachhaltigkeit des Ressourceneinsatzes (man denke an den demografischen Wandel und die Altersarmut) den ständig steigenden Anforderungen noch standhalten können. Zweifellos hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit ständiger Erneuerung der Instrumente auf den sozialen Handlungsfeldern ernst genommen; sein stetes Ringen mit der normativen Komplexität und um die Finanzierung sind aber vor allem eine Chance unseres demokratischen sozialen Rechtsstaats, den inneren Zusammenhalt unserer Gesellschaft zu fördern. ●

Literatur

- Bäcker, Gerhard:** Rückblick auf die Alterssicherungspolitik im Jahr 2016, ZSR 2017, S. 3
- Bäcker, Gerhard, Eichhorst, Werner, Gerlach, Irene, Gerlinger, Thomas:** Rückblick auf die Entwicklung der Sozialpolitik im Jahr 2014, in: ZSR 2015, S. 3
- Becker, Irene:** Neuermittlung der Regelbedarfe nach altem Muster, in: SozSich 2016, S. 461
- Berlit, Uwe:** Die Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende und in der Sozialhilfe, in: NDV 2017, S. 67
- Böhmling, Carolin:** Die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland, in: NDV 2017, S. 9
- Bördner, Jonas:** Das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – Rechtliche Auswirkungen auf Selbstverwaltung und Aufsicht (Tagungsbericht), in: NZS 2017, S. 413
- Breidenbach, Christian, Weid, Sabrina:** Halbbilanz: Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition, in: Das Krankenhaus 2015, S. 717
- Dann, Matthias, Scholz, Karsten:** Der Teufel steckt im Detail – Das neue Anti-Korruptionsgesetz für das Gesundheitswesen, in: NJW 2016, S. 2077
- Freitag, Philipp:** Familie, Rente, Pflege: Die Sozialpolitik der Großen Koalition auf dem Prüfstand, in: Sozialer Fortschritt 2015, S. 72
- Gerlach, Irene:** Rückblick auf die Familienpolitik im Jahr 2015, in: ZSR 2016, S. 25
- Gerlinger, Thomas:** Rückblick auf die Gesundheitspolitik im Jahr 2015, ZSR 2016, S. 35
- Rückblick auf die Gesundheitspolitik** im Jahr 2016, ZSR 2017, S. 37
- Graue, Bettina:** Neues im Bundeelterngeld- und Elternzeitrecht, in: SGB 2016, S. 421
- Huster, Stefan, Ströttchen, Jonathan:** Nikolaus, komm in unser Haus? – Ansprüche auf Arzneimittelversorgung bei nicht belegtem Zusatznutzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: GesR 2017, S. 352
- Kindel, Jutta:** Neue Gesetzgebung: Antwort auf gesellschaftliche Herausforderungen, in: ASU 2017, S. 236
- Kepert, Jan:** Das Integrationsgesetz – Ein Überblick zum Inkrafttreten weiterer Anspruchseinschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz, in: ZFSH/SGB 2016, S. 530
- Kluth, Winfried:** Begrenzung der Schutzgewährung versus alternative Formen der Migrationssteuerung, in: ZAR 2016, S. 1
- Löbner, Andreas, Tünz, Tina:** Kaum Licht im Dschungel – Elterngeldrecht aktuell, in: Sozialrecht aktuell, 2016, S. 41
- Makoski, Kyrril:** Krankenhausstrukturgesetz, in: GuP 2016, S. 30
- Matlok, Dana, Fecher, Katharina:** Das Flexirentengesetz und seine Regelungen, in: DRV 4/2017, S. 1
- Naegele, Gerhard:** Die Pflegeversicherung ein „sozialpolitisches Erfolgsmodell“?, in: Sozialrecht aktuell Sonderheft 2016, S. 7

Oppermann, Dagmar: Leistungseinschränkungen und Sanktionen als Mittel zur Bewältigung der Flüchtlingswelle, in: ZESAR 2017, S. 55

Paland, Norbert, Holland, Jana: Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, in: NZS 2016, S. 247

Rixen, Stephan: Aufsicht ist gut, Compliance ist besser: Was sich durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz bei den Spitzenorganisationen der Krankenversicherung ändert, in: SozSich 2017, S. 115

Schmidt, Sylvia: Das Dritte Pflegestärkungsgesetz, in: NZS 2017, S. 207

Schiefer, Bernd, Köster, Hans-Wilhelm u.a.: Arbeits- und sozialrechtliche Gesetzgebung der Großen Koalition – Bestandsaufnahme 2017, in: Der Betrieb 2017, S. 546

Steven, Hendrik: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Feinjustierung, in: GdS Magazin Juli/August 2014, S. 15

Winkel, Rolf, Nakielski, Hans: Krankenversicherung: Was sich 2016 ändert(e), in: SozSich 2016, S. 60

Zumbansen, Annika: Neues Hospiz- und Palliativgesetz – bringt es Verbesserungen?, in: Rechts- und Sozialpolitik 2015, S. 175