

**Dr. iur. Christopher Hermann**
**früher Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, Berater im Gesundheitswesen**
**ORCID 0000-0002-6999-474X**

# Eine neue (alte) Sozialstaatslogik?

>> Udo Janßen hat im Frühjahr unter dem Titel „Die Sozialstaats-Matrix" eine „Architektur-Diagnose des deutschen Wohlfahrtsstaates" vorgelegt (https://t1p.de/64mk9). In einem ausführlichen Interview in Monitor Versorgungsforschung (MVF 3/2026, 6-12) hat er seine Thesen eingehend erläutert und als zentrales Problem des deutschen Gesundheitssystems dessen „grundlegende Systemlogik-Architektur" ausgemacht, „in die hineinreformiert" werde (7).

1 Zwar seien Faktoren wie der „medizinische Fortschritt, doppelte Demographie und Fachkräftemangel … sehr reale und drängende" Probleme. Um Gesundheitsreformen aber „wirkungsvoll gestalten zu können", müssten „strukturelle Logikbrüche im System identifiziert und im besten Fall aufgelöst werden". Da dies nicht erfolgt sei, folge in der Logik das Scheitern der Reformbemühungen der letzten Jahrzehnte (ebd.).

Das „Gesundheits- und Versorgungssystem" ruhe auf vier Grundprinzipien/Logiken: Solidarversicherungsprinzip, Fürsorgeprinzip, Daseinsvorsorgeprinzip und Wettbewerbsprinzip. „Diese eigentlich recht eigenständigen Logiken" seien aber „im Lauf der Zeit vermischt worden" (ebd.). Seine „Vier-Logiken-Matrix", die „Logiktrennung" (ebd.), sei im „Kern eine Rückbesinnung auf finanzökonomische Klarheit – auf eine Betrachtungsweise, die in den ersten Jahrzehnten unserer Republik organisierend wirkte und in den letzten drei Dekaden zunehmend verloren gegangen ist" (9).

In einem „Generationenprojekt – aber bitte eines mit zeitnahem Beginn" müsse es nunmehr um die „Überführung in eine neue Systemarchitektur" gehen, wobei die „ersten ernsthaften Architekturschritte und die Auflösung von zwei bis vier der wichtigsten Logikbrüche" innerhalb einer Legislaturperiode des Bundestages (vier Jahre) als realisierbar angesehen werden (11).

2 Janßens Intervention erweist sich grundsätzlich vor allem deshalb als überfällig und verdienstvoll, da sie es ermöglicht, eine Debatte im sozial- und speziell gesundheitspolitischen Diskurs wiederzubeleben, die nicht nur von den Beteiligten am politischen Prozess seit längerem ausgeblendet wird – nämlich die Orientierung an systemischem Denken und Handeln.

Unter den beiden Bundesgesundheitsministern der Großen Koalition ab 2018 und der Ampelregierung ab 2021 wurde die ordnungspolitische Statik des Gesundheitssystems sukzessive weg vom tradierten „System abgestufter Regulierung" (Wallrabenstein) mit der gemeinsamen Selbstverwaltung als zentralem Akteur in Richtung auf einen neuartigen Typus von Systemsteuerung – den exekutiven Dirigismus – verschoben, ohne dass die genannten zentralen Probleme des Gesundheitssystems trotz gesetzgeberischem Hyperaktionismus geringer geworden wären. Dies geschah subkutan, ohne jeden intensiveren ordnungspolitischen Diskurs in der Öffentlichkeit oder bei den politisch Verantwortlichen.

Mit der aktuellen Koalition hat sich an dieser Abstinenz grundlegend nichts verändert. Im Gegenteil wurde das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz von der Bundesgesundheitsministerin zwar medial als „Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen" gefeiert, zu dem es „keine Alternative" gebe (F.A.Z. 11.07.2026: 18). Eine Aussage zu einem über reine Kostenbegrenzung hinausgehenden ordnungspolitischen Kurs für ihre Gesundheitspolitik oder gar zu einer damit verfolgten inhaltlichen Agenda sucht man ebenso vergeblich wie im dem Spargesetz als Vorlage dienenden Bericht der aus zehn Wissenschaftlern bestehenden FinanzKommission (FK) Gesundheit.

3 So verdienstvoll sich das von Janßen verfolgte Anliegen einer systemischen Fundierung sozial-/gesundheitspolitischen Handelns damit auch grundsätzlich darstellt, so wenig vermag seine Systemlogik-Architektur in Anlage wie Begründung zu überzeugen.

Schon seine Prämisse für alle anschließenden Überlegungen, die vier Grundprinzipien des Gesundheitssystems seien erst „im Lauf der Zeit vermischt worden", sie hätten historisch als „recht eigenständige Logiken" zunächst also Bestand gehabt, hält einer näheren Prüfung kaum Stand. Die Ursprünge der steuerfinanzierten öffentlichen Fürsorge, der heutigen Sozialhilfe (Bundessozialhilfegesetz 1961 bzw. das SGB XII 2003) reichen in ihrem Ursprung bis weit in die vorindustrielle Zeit zurück. Sie wird nach wie vor charakterisiert vor allem durch individuelle Bedürftigkeitsprüfung zum (mittlerweile demokratisch legitimierten) jeweiligen persönlichen Mindestbedarf. Die Entstehung der Sozialversicherung (zuerst Gesetz betr. Krankenversicherung der Arbeiter 1883) ist ein originäres Produkt der Industrialisierung: Gesetzlicher Versicherungszwang für Arbeiter und sukzessive weitere Personengruppen (heute weitgehend alle – potenziell – Erwerbstätigen), Rechtsanspruch auf Leistungen bei Eintritt des Versicherungsfalls, überwiegende Beitragsfinanzierung. Die zusätzliche Finanzierung aus Steuermitteln bildet insbesondere in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von Anfang an (1889) ein wesentliches Instrument (zunächst ein Drittel der Gesamtausgaben, später weniger, mittlerweile wieder mehr). In die GKV fließen Steuermittel als Bundeszuschuss seit 2004.

Die von Janßen angeführte dritte Komponente, das Prinzip der Daseinsvorsorge durch Gebietskörperschaften durch die Erbringung zentraler (Versorgungs-)Dienstleistungen im öffentlichen Interesse, etwa die (Ab-)Wasser- und Energieversorgung oder (in der Bundesrepublik zeitweise höchst umstritten) die Bereitstellung stationärer Krankenhausinfrastruktur, steht zu den erstgenannten personenbezogenen Komponenten schon wegen eines völlig unspezifischen Adressatenkreises Gesamtbevölkerung (Bedürftige wie Nicht bedürftige, Sozialversicherte wie NichtSozialversicherte, Unternehmende wie Gewerbetreibende) völlig quer.

Die Begrifflichkeit („Daseinsvorsorge") selbst taucht auch in ganz anderem Kontext erstmals auf durch den konservativen Verwaltungs- und (in der frühen Bundesrepublik) Staatsrechtler Ernst Forsthoff im Jahr 1938 (!), der im Rahmen der Kennzeichnung

Zitationshinweis

Hermann, C.: „Eine neue (alte) Sozialstaatslogik?“, „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 42–43. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2866

öffentlicher Verwaltungstätigkeit die Leistungsverwaltung beschrieb als gegenüber der klassischen Eingriffsverwaltung (Gewerbekontrolle, Seuchenbekämpfung, Polizei) abzugrenzende Staatstätigkeit. Mittlerweile werden unter Daseinsvorsorge alle zur Befriedigung der Grundbedürfnisse erforderlichen Leistungen der öffentlichen Verwaltung verstanden, regulatorisch teilweise EU-gesteuert (Energie, Kommunikation).

Das vierte Architekturelement Janßens – der Markt – soll ihm zufolge der Logik der äquivalenzbasierten Risikoabsicherung Einzelner im Wettbewerb folgen. Die prinzipielle Abgrenzung innerhalb seiner Logikenarchitektur erfolgt dabei entgegen der Darstellung nicht durch „definierte Schnittstellen zu [allen] anderen Logiken“ (8), sondern einzig anhand der Schnittstelle PKV/GKV. Im Sozialstaat der Bundesrepublik können freilich nur Leistungen, die aufgrund letztlich demokratisch legitimierter Parlamentsentscheidung nicht durch die Solidargemeinschaft GKV kollektiv abgesichert sind, der Marktlogik unterliegen – aber auch nur dann.

4 Die „klaren Schnittstellen“ zur PKV, die Janßen erst für sein Modell einfordert, kennt indessen das geltende Recht durchaus in Form regulatorischer Kriterien, namentlich über die normative Definition des GKV-Versichertenkreises (vgl. §§ 5ff. SGB V). Diese Abgrenzung mag mittlerweile komplex sein; sie spiegelt damit aber vor allem auch die hochentwickelte Vielfalt sozialer und gesellschaftlicher Heterogenität im Deutschland der Berliner Republik wider. Janßen scheint an dieser Stelle eine gänzlich andere, systemisch neue Schnittstellendefinition über die Leistungsseite der Krankenversicherung zu verfolgen, nämlich die einer PKV, die „ihre Schnittstelle so definiert, dass es eine Basisversicherung für alle“ in der GKV gibt „und darüber hinausgehende, freiwillige Mehrleistungen, die über den freien Markt bedient werden“ (8). Das ist freilich genau das Gegenteil von „Rückbesinnung“.

Die Vermutung, dass Janßen mit seiner neuen Logik das Sozialstaatsmodell der Bundesrepublik in Eckpfeilern grundlegend verändern möchte, wird dadurch erhärtet, dass seine Prinzipien einer kohärenten Sozialstaatsarchitektur allein das Fürsorge- und das Versicherungsprinzip kennen, nicht aber das Versorgungsprinzip als weiteres veritables Element moderner Sozialstaatsverfassung.

Den toxischen Vermischungen systemischer Prinzipien, die Janßen zum Dreh- und Angelpunkt seiner Analyse macht, entgeht er insofern deshalb selbst nicht, als er durchgängig Leistungen nach dem Versorgungsprinzip (Kindergeld, Ausbildungsförderung, Entschädigungsleistungen), die im Gegensatz zu Fürsorgeleistungen gerade nicht von einer Bedürftigkeitsprüfung zur Sicherung des individuellen Existenzminimums abhängen, sondern aufgrund typisierender Regularien lediglich einer Bedarfsermittlung unterfallen, fälschlicherweise ebenfalls dem Fürsorgeprinzip zuordnet.

Hier wird besonders deutlich, dass Janßens vier Prinzipien einer „kohärenten Architektur des Sozialstaats“ zwar als Theoriegebäude intellektuell durchaus Interesse wecken können, die Komplexität des Sozialstaats und der Interdependenzen innerhalb seiner über Jahrzehnte gewachsenen Strukturen aber nicht adäquat erfassen.

Deshalb sind auch seine „exemplarischen Anwendungsfälle“ allenfalls vordergründig überzeugend. Schon der von ihm als „klarstem Vermischungstyp“ bezeichnete Fall – der als mangelhaft gebrandmarkte Umfang der Finanzierung der KV-Beiträge für die derzeit rd. 3,9 Millionen erwerbsfähigen Grundsicherungsbeziehenden (bis 30.06.2026 Bürgergeldbeziehende) aus Steuermitteln – dürfte zumindest verfassungsrechtlich gar nicht so eindeutig sein. Insbesondere vor dem Hintergrund des für die GKV ebenso wie für die Sozialversicherung insgesamt konstitutiven Solidarprinzips – das bei Janßen systematisch ausgespart bleibt – darf es als durchaus offen gelten, ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit bei der sozialen Absicherung gegen Krankheit der Menschen im Grundsicherungsbezug diese tatsächlich als eine (ausschließlich) sogenannte versicherungsfremde Leistung definiert werden kann, deren Finanzierung aus Steuermitteln – da Fürsorgeleistung – deshalb zwingend „kostendeckend“ zu erfolgen habe. Auch wenn sich Janßen bei seiner Einordnung nicht nur mit dem Mainstream in Wissenschaft (s. nur FK Gesundheit) oder Selbstverwaltung (der GKV-Spitzenverband hat mittlerweile für Krankenkassen entsprechend den Klageweg beschritten) einig wissen darf, fehlt schon sowohl ordnungspolitisch als auch normativ Klarheit darüber, was eigentlich sozialversicherungseigen oder -fremd ist und ob – wie hier – pflichtversicherte Mitglieder der GKV tatsächlich vom Gesetzgeber mit entsprechenden Folgen für deren Finanzierung „fälschlicherweise“ dort verortet sind. Zudem leistet der Bund „zur pauschalen Abgeltung“ von GKV-Aufwendungen für (freilich nicht näher definierte) „versicherungsfremde Leistungen“ jährlich seit mehr als zwei Jahrzehnten namhafte Milliardenbeträge (§ 221 SGB V). Dass die Belastung mit den finanziellen Folgen des sozialen Ausgleichs in der Sozialversicherung jedenfalls keine versicherungsfremde Leistung darstellt, hat das Bundesverfassungsgericht schon in seiner RSA-Entscheidung vor gut 20 Jahren klargestellt.

5 Hier wie insgesamt unterschätzt Janßen massiv die enorme Pfadabhängigkeit der deutschen Sozialstaatsentwicklung. Seine „Rückbesinnung“ auf eine Vier-Logiken-Trennung kann es in dieser Form schon deshalb nicht geben, da diese – entgegen der Ausgangsthese – stringent nie bestand (s. Beispiele Bundeszuschuss, Solidarprinzip).

Und selbst wenn das politisch völlig unrealistische Szenario der sozialstaatlichen Architekturklärung im Sinne Janßens als Generationenprojekt 2050 ff. doch eintreten sollte, warum sollten damit die eingangs aufgeworfenen systemischen GKV-Kardinalprobleme alternde Gesellschaft, Fachkräftemangel oder Finanzierung des medizinischen Fortschritts tatsächlich substanziell gelöst sein? <<

Einige grundlegende Literatur

1. Frerich J/Frey M 1993: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, 3 Bde., München
2. Hermann C 2020: Narrativ im Kaffeesatz. Oder das GKV-System auf der Rutschbahn des exekutiven Dirigismus, Observer Gesundheit – Politische Analysen, 17.09.2020, https://www.observer-gesundheit.de/narrativ-im-kaffeesatz-oder-das-gkv-system-2020-auf-der-rutschbahn-des-exekutiven-dirigismus
3. Hermann C 2025: Von Kontinuitäten, Scheinwelten und exekutivem Crash. Zur gesundheits- und pflegepolitischen Bilanz der Ampelkoalition, Observer Gesundheit – Politische Analysen, 07.02.2025, https://www.observer-gesundheit.de/von-kontinuitaeten-scheinwelten-und-exekutivem-crash
4. Kingreen T 2026: Der Schutz der sozialen Selbstverwaltung vor der unzureichend kompensierten Übertragung sozialversicherungsfremder Leistungen, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1, 1-10
5. Ruland F/Becker U/Axer P (Hg.) 2022: Sozialrechtshandbuch SRH, 7. Aufl., Baden-Baden mit instruktiven Beiträgen von Hänlein, Papier, Wallrabenstein u. a. zur Geschichte des Sozialrechts, dem Einfluss des Verfassungsrechts, zu allen Sozialversicherungszweigen, wesentlichen Sozialleistungen

Alle Titel mit vielen Weiterverweisen