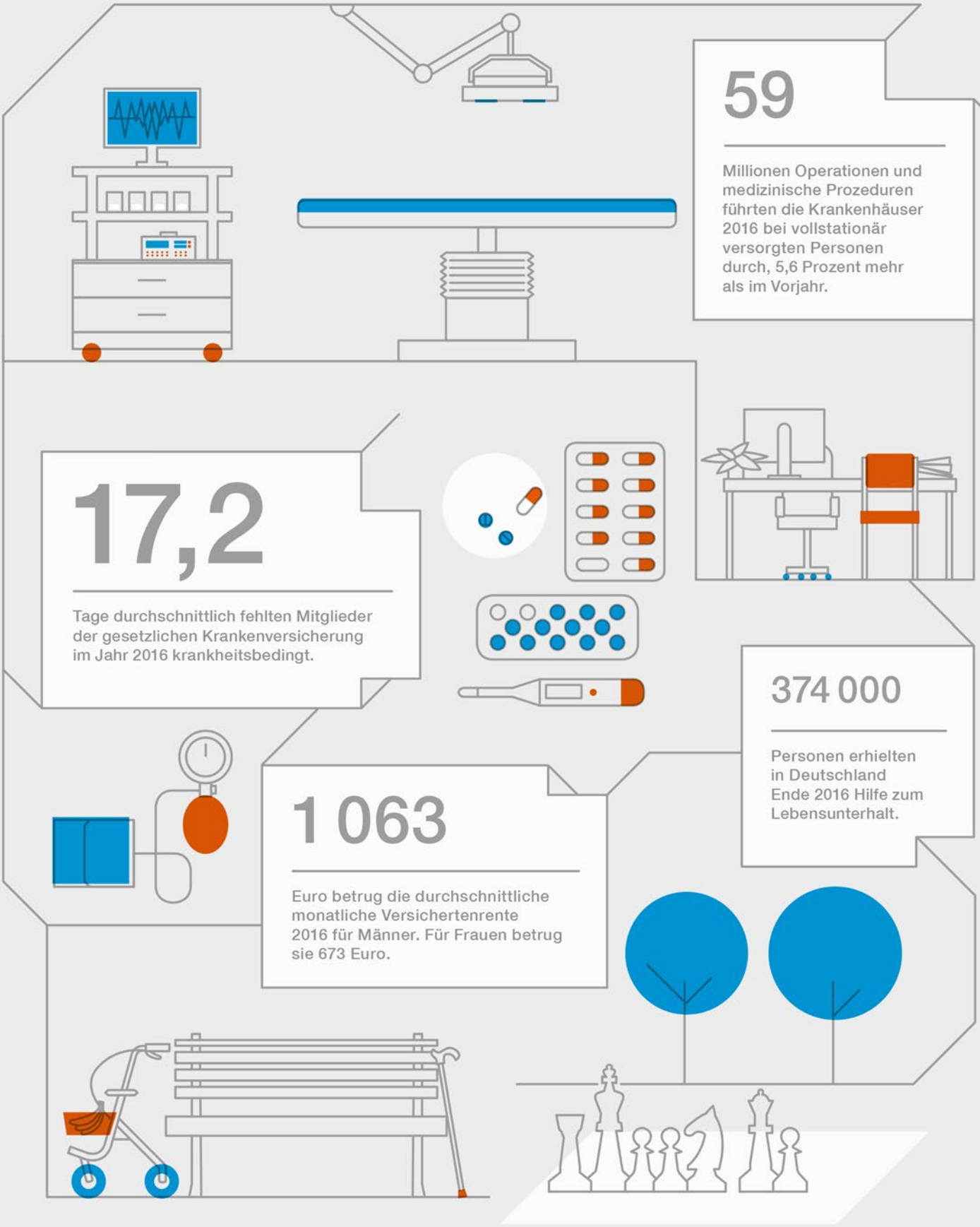
8
Gesundheit und soziale Sicherung

Auszug aus dem
Datenreport 2018


59
Millionen Operationen und medizinische Prozeduren führten die Krankenhäuser 2016 bei vollstationär versorgten Personen durch, 5,6 Prozent mehr als im Vorjahr.
17,2
Tage durchschnittlich fehlten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2016 krankheitsbedingt.
374 000
Personen erhielten in Deutschland Ende 2016 Hilfe zum Lebensunterhalt.
1 063
Euro betrug die durchschnittliche monatliche Versichertenrente 2016 für Männer. Für Frauen betrug sie 673 Euro.

8 Gesundheit und soziale Sicherung

8.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Karin Böhm

Statistisches Bundesamt (Destatis)

Gesundheit ist ein hohes Gut und hat entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität der Menschen. Für den Erhalt, die Förderung und Wiederherstellung unserer Gesundheit werden jährlich hohe finanzielle Mittel aufgewendet. Eine stabile Gesundheit verlangt vom Einzelnen, seine individuellen Ressourcen zu mobilisieren und Risiken zu vermeiden. Durch entsprechendes Verhalten, wie regelmäßigen Sport, gesunde Ernährung oder Verzicht auf Rauchen, können Eltern als Vorbild für ihre Kinder fungieren. Aber auch der Straßenverkehr, die zunehmende Digitalisierung oder andere äußere Einflüsse haben Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. So treten Themen wie Schulwegunfälle, die Zunahme von psychischen Erkrankungen und Internetsucht bei Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund: Im Jahr 2016 kam alle 24 Minuten ein Kind im Alter von 6 bis 14 Jahren im Straßenverkehr zu Schaden. Die Zahl der unter 15-Jährigen, die aufgrund einer Depression stationär betreut wurden, hat sich zwischen 2007 und 2016 vervierfacht. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in ihrer Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher 2015 festgestellt, dass sich die Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen unter 12- bis 17-jährigen Jugendlichen innerhalb von vier Jahren nahezu verdoppelt hat.

Gesundheitsdaten gehören zum grundlegenden Informationsbedarf für alle Beteiligten im Gesundheitswesen und für am Thema interessierte Menschen. Sie zeichnen ein aktuelles Bild über die Gesundheit unterschiedlicher Altersgruppen und zeigen Entwicklungen im Zeitverlauf. Außerdem liefern sie der Politik wichtige Informationen und dienen als Grundlage für gesetzliche Regelungen sowie das Evaluieren und Steuern von präventions- beziehungsweise gesundheitspolitischen Maßnahmen. Auch verschiedene internationale Institutionen nutzen die Daten, um länderspezifische Vergleiche durchzuführen. Die Wirtschaft interessiert sich für diese Daten, weil sie Grundinformationen über die Gesundheit der Menschen als Arbeitskräfte, als Patientinnen und Patienten sowie als Konsumentinnen und Konsumenten von entsprechenden Produkten und Dienstleistungen bieten.

Die Angaben in diesem Kapitel stammen aus gesundheitsbezogenen Statistiken der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Dabei handelt es sich um die Krankenhausstatistik, die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), die Statistik schwerbehinderter Menschen, die Pflegestatistik, die Todesursachenstatistik sowie die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche.

Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs wurden 22 309 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren 2016 stationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren 1,8 % mehr als 2015. Rund 68 % dieser Kinder und Jugendlichen waren noch keine 18 Jahre alt.

Geburtshilfe in Krankenhäusern

Im Jahr 2016 leisteten insgesamt 11 077 Hebammen und Entbindungspfleger Geburtshilfe in deutschen Krankenhäusern. Davon waren 9 301 festangestellte Kräfte (9 297 Hebammen und 4 Entbindungspfleger) sowie 1 776 Belegkräfte.

Der Anteil der Belegkräfte lag bundesweit bei 16 %. Am geringsten war der Belegkräfteanteil in Hamburger Krankenhäusern mit 2,6 %. Die Geburtshilfe in bayerischen Krankenhäusern arbeitete dagegen mit einem Belegkräfteanteil von 51 %.

Schwangerschaftsabbrüche

Im Jahr 2017 wurden 101 209 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet, zehn Jahre zuvor waren es 116 871 Eingriffe. Bezogen auf die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren waren dies 58 Abbrüche je 10 000 Frauen im Jahr 2017 gegenüber 60 Eingriffen je 10 000 Frauen im Jahr 2007.

Knapp drei Viertel (72 %) der Frauen, die 2017 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 17 % zwischen 35 und 39 Jahre. Rund 8 % der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von 3 %.

Nach der Beratungsregelung wurden 96 % der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in 4 % der Fälle die Begründung für den Abbruch.

▶ Info 1

Die Diagnosestatistik und ihre Erweiterung um die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

Die Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten zeigen das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig und melden jährlich die Diagnosen aller Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung entlassen wurden. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Personen erfassen sie jeden einzelnen Krankenhausaufenthalt als einen Fall (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Diagnoseangaben umfassen die Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und die Fachabteilungen des Krankenhauses.

Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik ergänzt die Krankenhausstatistik der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Das auf Fallpauschalen basierende DRG-Vergütungssystem entstand bei der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 (DRG steht für »Diagnosis Related Groups«). Die jährliche Statistik umfasst alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen (ohne psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen). Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erhebt die Daten und stellt sie dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung (Sekundärstatistik).

Gegenstand der DRG-Statistik sind die von den berichtspflichtigen Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Die vom Statistischen Bundesamt ausgewerteten Daten beziehen ebenfalls alle im Lauf des Berichtsjahres aus den oben genannten Einrichtungen entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten ein. Nicht nachgewiesen werden vor-, nach-, teilstationär oder ambulant behandelte Personen.

8.1.1 Diagnose und Behandlung im Krankenhaus

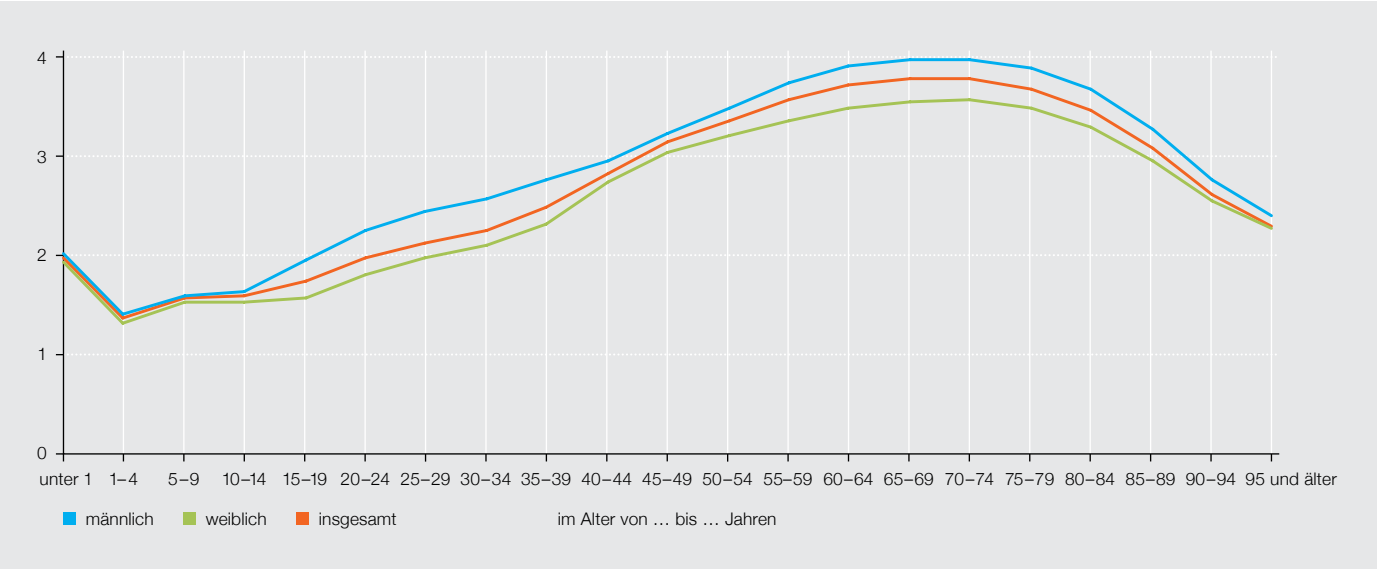
Diagnosen

Über die Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus informiert die Krankenhausdiagnosestatistik. Bei Frauen ist die Zahl der Behandlungsfälle von 9,1 Millionen Fällen (2006) um 15 % auf 10,5 Millionen Fälle (2016) gestiegen. Bei Männern stieg die Zahl der Behandlungsfälle sogar um 20 % von knapp 8,0 Millionen Fällen (2006) auf 9,6 Millionen Fälle (2016). ▶ Info 1

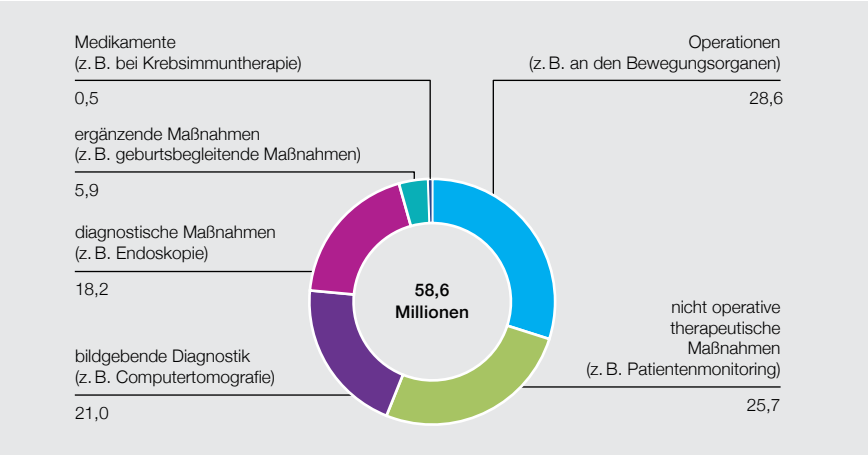
Die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren 2016 – wie bereits in den Vorjahren – Krankheiten des Kreislaufsystems. Rund 15 % aller Fälle waren dieser Krankheitsgruppe zuzuordnen. Im Vergleich zu 2006 ist die Zahl dieser Behandlungsfälle um 14 % angestiegen. An zweiter Stelle folgten Verletzungen und Vergiftungen sowie andere Folgen äußerer Ursachen. Sie stellten nach den Krankheiten des Kreislaufsystems die wichtigste Diagnosegruppe mit 10 % an allen Behandlungsfällen dar. Gegenüber 2006 ist ihre Zahl im Jahr 2016 um 16 % höher. An dritter Stelle lagen die Krankheiten des Verdauungssystems mit einem Anteil von ebenfalls rund 10 % an allen Diagnosen. Im Vergleich zu 2006 ist hier die Zahl um 15 % gestiegen.

Der höchste Anstieg mit 49 % war im Diagnosekapitel »Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, andernorts

▶ Abb 1 **Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Behandlungsmaßnahmen je Krankenhausfall 2016**



▶ Abb 2 **Operationen und Behandlungsmaßnahmen der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2016 — in Prozent**



nicht näher klassifiziert« zu beobachten. Hierzu gehören zum Beispiel Kreislaufkollaps oder Ohnmacht, Hals- und Brustschmerzen. Die Behandlungen im Kapitel Infektionen erhöhten sich innerhalb des gleichen Zeitraums um 42 %, die Krankheiten der Haut und Unterhaut haben um 30 % zugenommen und auch die Muskel-Skelett-Erkrankungen stiegen um ein Viertel (25 %) ihres Wertes von 2006. Im direkten Vergleich blieben lediglich die Behandlungen in Bezug auf Neubildungen (Krebs und gutartige Neubildungen) konstant. Ein Rückgang war nicht zu verzeichnen.

Operationen und medizinische Behandlungsmaßnahmen

Nach den Ergebnissen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) führten die Krankenhäuser 2016 bei den vollstationär versorgten Personen insgesamt 59 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durch. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 5,6 %. Auf einen Krankenhausfall, also eine in einem Krankenhaus behandelte Person, entfielen damit im Durchschnitt 3,1 Maßnahmen dieser Art. In allen Altersgruppen war die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren je Krankenhausfall bei Männern höher als bei Frauen. ▶ Abb 1

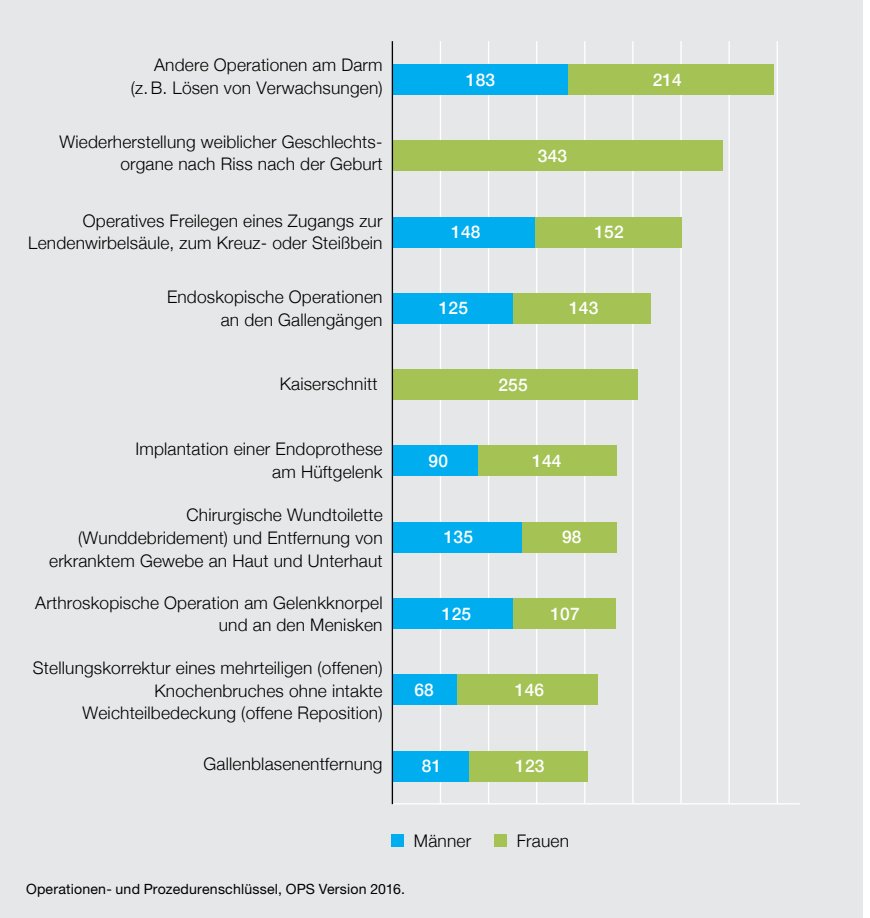
Werden die erfolgten Maßnahmen nach einzelnen Kapiteln des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) differenziert, lagen die Operationen mit 29 % an erster Stelle, an zweiter Stelle folgten mit 26 % nicht operative therapeutische Maßnahmen. An dritter Stelle stand mit 21 % die bildgebende Diagnostik, beispielsweise Computertomografie. ▶ Abb 2

Bei den durchgeführten Operationen lagen auch im Jahr 2016 Operationen an den Bewegungsorganen an erster Stelle, mit Abstand gefolgt von Operationen am Verdauungstrakt sowie Operationen an Haut und Unterhaut. Eine detailliertere Analyse der Operationsdaten zeigt, dass bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane

nach einer Ruptur/Dammriss durchgeführt wurde, gefolgt vom Kaiserschnitt und der Position »andere Operationen am Darm«.

Bei Männern lag die Position »andere Operationen am Darm« an erster Stelle, an zweiter Stelle folgte der Verschluss eines Leistenbruchs (Hernia inguinalis) sowie an dritter Stelle der Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuz- oder Steißbein. ▸ Abb 3

▸ Abb 3 **Die zehn häufigsten Operationen von Krankenhauspatientinnen und -patienten 2016 — in Tausend**



Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS Version 2016.

8.1.2 Schwerbehinderung

Im Unterschied zu einer akuten Krankheit oder einer Unfallschädigung mit kurzer Heilungsdauer ist eine Behinderung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für längere Zeit, möglicherweise für das ganze Leben. Als schwerbehindert gelten Menschen, denen ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr von den Versorgungsämtern zuerkannt wurde. Am 31. Dezember 2015 waren 7,6 Millionen amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen mit gültigem Ausweis bei den Versorgungsämtern registriert. Das entsprach einem Anteil von rund 9 % an der Bevölkerung. Etwas mehr als die Hälfte (51 %) waren Männer.

Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So war nahezu ein Drittel der schwerbehinderten Menschen 75 Jahre und älter. Knapp die Hälfte gehörte der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. Dagegen fielen der Anteil der 15- bis 24-Jährigen sowie auch der Anteil der unter 15-Jährigen mit jeweils 2 % gering aus. ▸ Tab 1

▸ Tab 1 **Schwerbehinderte 2015**

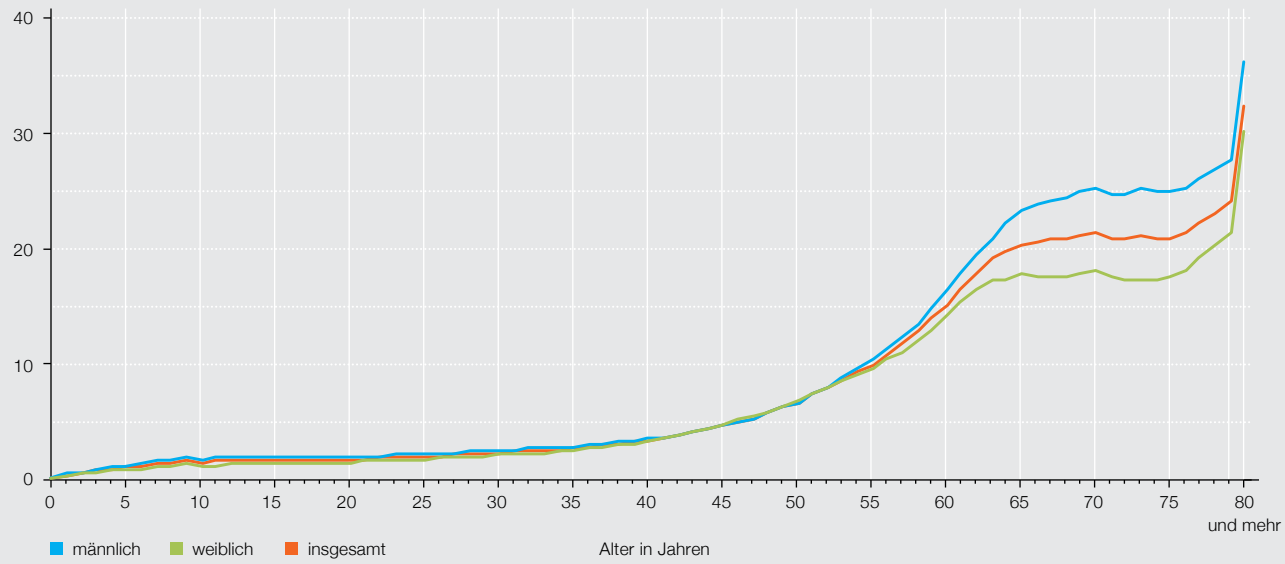
	Insgesamt	Davon im Alter von … bis … Jahren					
		unter 15	15–24	25–54	55–64	65–74	75 und älter
	in 1 000	in %					
Männlich	3 867	2,0	2,4	20,1	22,3	24,8	28,4
Weiblich	3 749	1,4	1,8	19,4	20,5	20,5	36,5
Insgesamt	**7 616**	**1,7**	**2,1**	**19,7**	**21,4**	**22,7**	**32,4**

Die Schwerbehindertenquote beziehungsweise die Wahrscheinlichkeit, schwerbehindert zu sein, steigt demzufolge mit zunehmendem Alter an. Während bei den 25- bis 34-Jährigen knapp 3 % schwerbehindert waren, hatte in der Gruppe der ab 80-Jährigen jeder Dritte einen Schwerbehindertenausweis. ▸ Abb 4

Männer waren – insbesondere in der Gruppe der ab 55-Jährigen – eher schwerbehindert als Frauen. Dies ist zu einem gewissen Teil dadurch erklärbar, dass Männer im Allgemeinen häufiger am Erwerbsleben teilnehmen als Frauen. Da ein Schwerpunkt der Leistungen des Schwerbehindertenrechts Regelungen zur Teilnahme am Arbeitsmarkt oder für einen früheren Übergang zur Rente betrifft, können Erwerbstätige beziehungsweise Arbeitsuchende ein größeres Interesse an einer Anerkennung der Behinderteneigenschaft haben als Nichterwerbspersonen.

Die weitaus meisten Behinderungen (86 % der Fälle) waren krankheitsbedingt. In 4 % der Fälle war die Behinderung angeboren beziehungsweise trat im ersten

▶ Abb 4 **Schwerbehindertenquote 2015 — in Prozent**

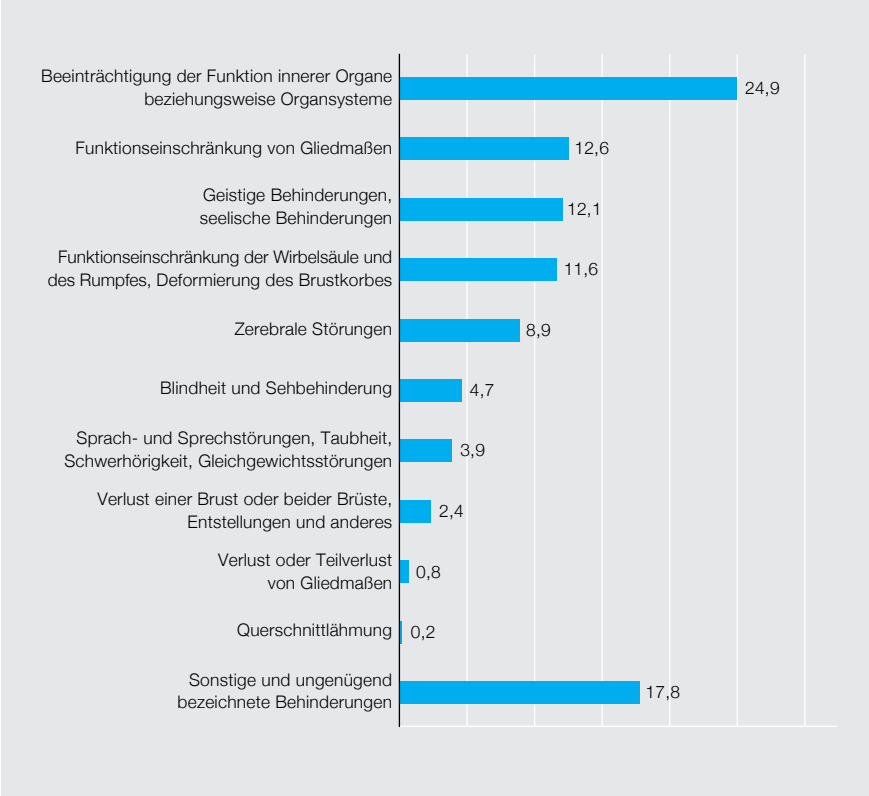


Bevölkerungsstand: 31.12.2015 – Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
Schwerbehindertenquote = Anteil der schwerbehinderten Menschen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.

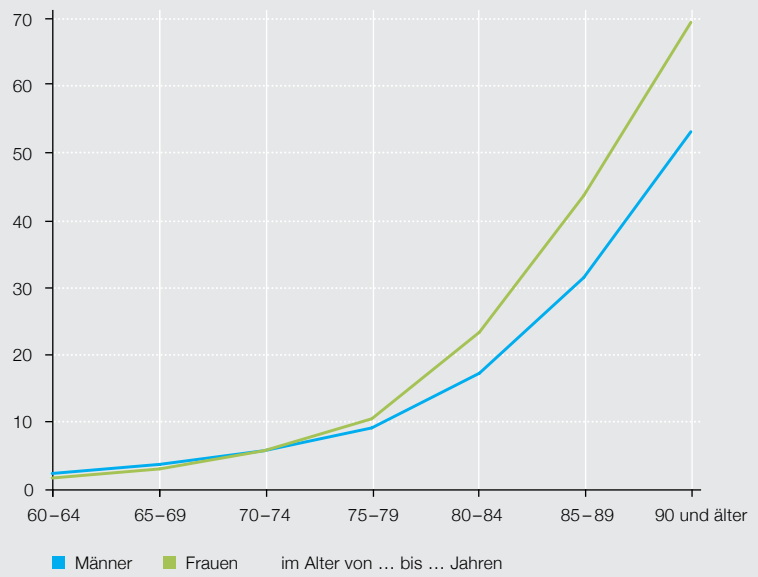
Lebensjahr auf und bei 2 % wurde das Leiden durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursacht. Weitere 0,3 % der schwerbehinderten Menschen hatten dauernde Schäden im Krieg, im Wehr- oder im Zivildienst erlitten. Die übrigen Behinderungen (8 %) beruhten auf sonstigen, mehreren oder ungenügend bezeichneten Ursachen.

Am häufigsten litten schwerbehinderte Menschen unter körperlichen Behinderungen (61 %). Bei 25 % der Personen waren die inneren Organe beziehungsweise Organsysteme betroffen. Bei 13 % waren Arme und/oder Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 12 % Wirbelsäule und Rumpf. In 5 % der Fälle lag Blindheit beziehungsweise eine Sehbehinderung vor. Rund 4 % litten unter Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Auf geistige oder seelische Behinderungen entfielen zusammen 12 % der Fälle, auf zerebrale Störungen 9 %. Bei den übrigen Personen (18 %) war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen. ▶ Abb 5

▶ Abb 5 **Schwerbehinderte Menschen 2015 — in Prozent**

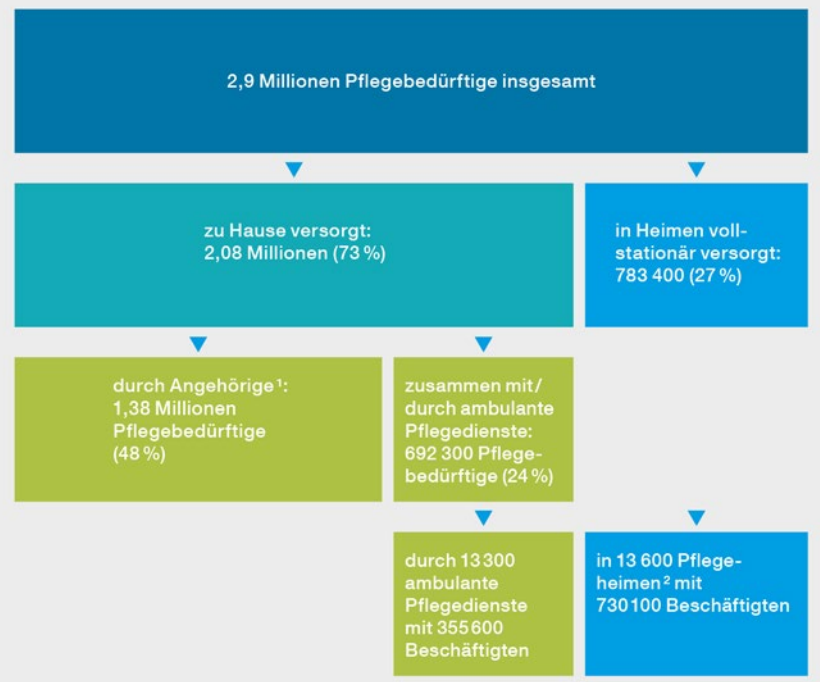


▶ Abb 6 **Pflegequoten von Seniorinnen und Senioren 2015 — Anteil an der Bevölkerung des jeweiligen Alters in Prozent**



Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.
Ergebnisse zum 31.12.2015 auf Grundlage des Zensus 2011.

▶ Abb 7 **Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2015**



8.1.3 Pflege

Pflegebedürftigkeit

Die fachgerechte und wertschätzende Versorgung von pflegebedürftigen Menschen war ein großes Thema bei der Bundestagswahl 2017. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch SGB XI) sind Menschen, die im täglichen Leben auf Dauer – wegen einer Krankheit oder Behinderung – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die Entscheidung über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit wird von den Pflegekassen beziehungsweise einem privaten Versicherungsunternehmen getroffen.

Im Dezember 2015 waren knapp 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Vier von fünf Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. Gut ein Drittel war sogar älter als 85 Jahre. Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen waren Frauen.

Im Vergleich zu 2005 ist eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten: Im Jahr 2005 betrug sie 2,1 Millionen und stieg auf knapp 2,9 Millionen im Jahr 2015 an. Ein wichtiger Faktor für den Anstieg ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Im Jahr 2005 waren 3,7 Millionen Menschen 80 Jahre und älter; 2015 waren es bereits 4,7 Millionen.

Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis 74-Jährigen jeder Zwanzigste (5 %) aller Menschen in Deutschland dieser Altersgruppe pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug 66 %. Auffallend ist, dass Frauen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig waren als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt zum Beispiel bei den 85- bis 89-jährigen Frauen die Pflegequote 44 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 31 %. ▶ Abb 6

Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und

Männern kann ein Faktor für den unterschiedlichen Verlauf der Pflegequoten auch das Antragsverhalten bei Frauen und Männern sein: Ältere Frauen leben häufiger allein als Männer. Bei Pflegebedarf kann somit schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer zunächst häufiger beispielsweise von ihren Frauen versorgt werden. Insofern könnte zunächst auf eine Antragstellung verzichtet werden. In diesem Fall werden sie auch nicht in der Pflegestatistik erfasst.

Knapp drei Viertel der Pflegebedürftigen in Deutschland wurden im Dezember 2015 zu Hause versorgt. Fast die Hälfte erhielt ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Inwieweit sich die Angehörigen durch privat bezahlte Haushaltshilfen, beispielsweise aus Osteuropa, unterstützen lassen, ist nicht bekannt. Bei einem weiteren Viertel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten erfolgte die Pflege zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Vollstationär in Pflegeheimen betreut wurden rund 783 400 Bewohnerinnen und Bewohner. ▸ Abb 7

Pflegebedürftigkeit kommt ebenfalls in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen vor. Hier waren im Dezember 2015 rund 80 500 Menschen pflegebedürftig, davon 62 % Jungen und 38 % Mädchen. Gemessen an der Gesamtzahl der Bevölkerung Deutschlands in dieser Altersgruppe betrug die Pflegequote 0,7 %. Sie ist erwartungsgemäß deutlich niedriger als bei den Älteren. Die Versorgung Pflegebedürftiger unter 15 Jahren fand 2015 fast ausschließlich zu Hause statt, lediglich 200 Kinder erhielten vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeheimen. In 3 800 Fällen erfolgte die Pflege zu Hause teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Mit einem Anteil von gut 95 % leisteten Angehörige hauptsächlich die pflegerische Versorgung der Kinder.

Bundesweit gab es im Dezember 2015 rund 13 600 zugelassene voll- beziehungsweise teilstationäre Pflegeheime. Gut die Hälfte der Heime befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Durchschnitt wurden in einem Pflegeheim 63 Pflegebedürftige betreut. Die meisten Heime boten vollstationäre Dauerpflege an.

Personal in Pflegeeinrichtungen

In den Heimen waren zum Jahresende 2015 insgesamt 730 100 Menschen beschäftigt. Teilzeitkräfte machten dabei knapp zwei Drittel aus; die Mehrzahl aller Beschäftigten (84 %) waren Frauen.

Rund 40 % der Beschäftigten waren 50 Jahre und älter. Die meisten Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Altenpfleger/-pflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin waren dabei die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse. Von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen hatte zusammen fast jede/jeder Zweite entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-pflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerin. In den im Dezember 2015 insgesamt 13 300 zugelassenen ambulanten Pflegediensten arbeiteten 355 600 Menschen. Etwa zwei Drittel davon waren Teilzeit beschäftigt; der Frauenanteil lag bei 87 % aller Beschäftigten. Im Alter von 50 Jahren und mehr waren 38 % der Beschäftigten. Der Haupteinsatzbereich des Personals war die Grundpflege. Hier hatten zwei Drittel der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt.

8.1.4 Todesursachen

Allgemeine Sterblichkeit

Im Jahr 2015 verstarben in Deutschland insgesamt 925 200 Menschen, davon 49 % Männer und 51 % Frauen. Die Zahl der Sterbefälle insgesamt ist im Vergleich zu 2005 um 11,4 % gestiegen. Bei einem Vergleich der Männer und Frauen zeigt sich, dass die Geschlechter unterschiedlich stark betroffen sind: Während die Zahl der verstorbenen Frauen im Jahr 2015 nur um 0,4 % höher als 1995 lag, stieg die Anzahl der verstorbenen Männer im gleichen Zeitraum um 9,5 %. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen beispielsweise von der bei Frauen höheren Lebenserwartung über das höhere Risikoverhalten der Männer bis hin zu einem unterschiedlichen Gesundheitsbewusstsein.

Auch bei den Altersgruppen gab es in den letzten zehn Jahren große Verschiebungen: Der Anteil der Verstorbenen, die 90 Jahre und älter waren, stieg seit 1995 um 8,3 % an und lag im Jahr 2015 bei 18 %.

Häufigste Todesursachen

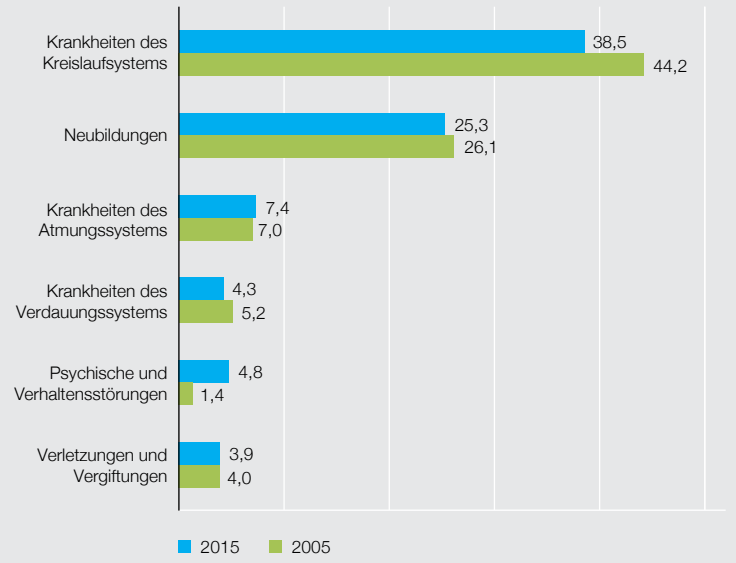
Die häufigste Todesursache (Einzeldiagnose) war bei Männern wie Frauen gleich: Es handelte sich um die chronische ischämische Herzkrankheit. Sie war die meistbenannte Todesursache 2015. An ihr verstarben 76 000 Personen, davon waren 38 800 männlich und 37 200 weiblich.

Fünf der zehn häufigsten Todesursachen waren dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuzuordnen. Es handelte sich dabei um die chronische ischämische Herzkrankheit, den akuten Myokardinfarkt, die Herzinsuffizienz, die hypertensive Herzkrankheit sowie Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Allein an diesen fünf Erkrankungen starben 2015 insgesamt 98 100 Männer und 119 200 Frauen. Weitere wichtige Todesursachen waren die Krebsleiden (bösartige Neubildungen). Bei den Männern waren die bösartigen Neubildungen der Bronchien und Lunge, der Prostata, des Dickdarms und des Pankreas die Ursache für 60 300 Sterbefälle. Bei den Frauen waren es die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (Brustkrebs) sowie der Bronchien und Lunge; insgesamt 34 000 Frauen verstarben daran.

Todesursachen im Zeitvergleich

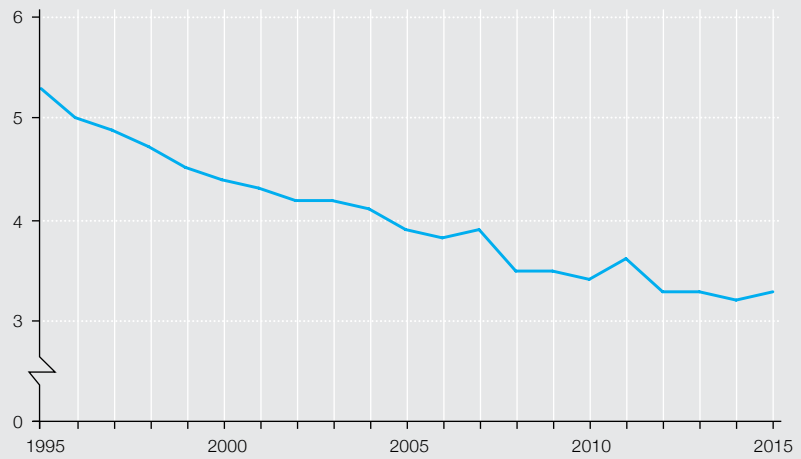
Die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen am Sterbegeschehen ist im Zeitraum 2005 bis 2015 gesunken. Allein der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems ist um 5,7 Prozentpunkte zurückgegangen. Starben im Jahr 2005

▶ Abb 8 **Krankheitsbedingte Todesursachen — in Prozent**



Definition nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10.

▶ Abb 9 **Säuglingssterbefälle je 1 000 Lebendgeborene**



noch 44 % aller Verstorbenen an einer solchen Erkrankung, betrug der Anteil im Jahr 2015 nur noch 39 %. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen Todesursachen von 1,4 % im Jahr 2005 auf 4,8 % angestiegen. Insbesondere die Demenz trug zu diesem Zuwachs bei. ▶ Abb 8

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit bezeichnet die Rate der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder. Sie ist ein wichtiges Maß für den allgemeinen Lebensstandard und die Qualität der medizinischen Versorgung eines Landes. Sie wird im folgenden Abschnitt als absolute Zahl und über die Zahl der Todesfälle bezogen auf 1 000 Lebendgeborene dargestellt.

Im Vergleich zu 2005 (3,9 Sterbefälle je 1 000 Lebendgeborene) ging die Säuglingssterblichkeit auf 3,3 Sterbefälle je 1 000 Lebendgeborene im Jahr 2015 zurück. Dabei haben Jungen mit 3,4 Sterbefällen schlechtere Überlebenschancen als Mädchen mit 3,1 Sterbefällen. Im Jahr 2015 starben insgesamt 2 405 Säuglinge im ersten Lebensjahr, davon waren 1 297 Jungen und 1 108 Mädchen. Zwischen den Jahren 2005 und 2015 ist die absolute Zahl der Säuglingssterbefälle um 291 zurückgegangen, was einer Minderung von 11 % entspricht. ▶ Abb 9

Auch von Bundesland zu Bundesland variierte die Säuglingssterblichkeit: von 2,4 gestorbenen Säuglingen je 1 000 Lebendgeborenen in Sachsen bis zu 4,4 Säuglingen in Bremen. Grundsätzlich konnte sie in jedem Land seit 2005 gesenkt werden. Die größten Rückgänge hatten Brandenburg mit 37 % und Thüringen mit fast 32 %.

8.1.5 Stationäre Versorgung

Drei große Akteure prägen die medizinische Versorgung in Deutschland: die Erbringer ambulanter Leistungen (beispielsweise in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie in Apotheken), die Erbringer stationärer Leistungen (in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen) sowie die Leistungserbringer vorgelagerter Marktstufen (Hersteller von medizinisch-technischen Geräten und von Arzneimitteln). Letztere kommen dabei in der Regel nicht direkt mit den Nachfragern gesundheitlicher Güter und Leistungen in Kontakt.

Der folgende Abschnitt beschreibt das Leistungsangebot der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (Betten und personelle Ausstattung) sowie deren Inanspruchnahme.

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind Gegenstand der jährlichen Krankenhaus-

▶ Tab 2 **Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegungen**

		2006	2016	Veränderung gegenüber 2006 in %
Krankenhäuser	Anzahl	2 104	1 951	–7,3
Betten	Anzahl	510 767	498 718	–2,4
	↳ je 100 000 Einwohner[1]	620	606	–2,3
Fälle	in 1 000	16 833	19 533	+16,0
Pflegetage	in 1 000	142 251	142 170	–0,1
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	8,5	7,3	–13,9
Durchschnittliche Bettenauslastung	in %	76,3	77,9	+2,1

1 Mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet.

▶ Tab 3 **Personal in Krankenhäusern**

	2006	2016	Veränderung gegenüber 2006 in %
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt			
Ärztlicher Dienst	123 715	158 148	+27,8
Nichtärztlicher Dienst[1]	668 200	722 371	+8,1
↳ Pflegedienst	299 328	325 119	+8,6
Personalbelastungszahl je Vollkraft nach Betten[2]			
Ärztlicher Dienst	15,7	12,3	–21,8
Nichtärztlicher Dienst[1]	2,9	2,7	–7,6
↳ Pflegedienst	6,5	6,0	–8,0

1 Ohne Personal der Ausbildungsstätten und ohne Schülerinnen und Schüler sowie Auszubildende.
2 Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft pro Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten.

statistik. Sie erfasst in erster Linie Angaben über die sachliche und personelle Ausstattung der Häuser (Anzahl der Häuser, aufgestellte Betten sowie ärztliches und nichtärztliches Personal). Darüber hinaus ermöglichen patientenbezogene Daten (Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage beziehungsweise Pflegetage) Aussagen über leistungsbezogene Kennziffern der Einrichtungen (Nutzungsgrad der Betten und durchschnittliche Verweildauer).

Ausstattung der Krankenhäuser

Im Jahr 2016 standen in insgesamt 1 951 Krankenhäusern rund 498 700 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Gegenüber 2006 war die Zahl der Krankenhäuser infolge von Schließungen und Fusionen um 7,3 % niedriger, die Anzahl der Krankenhausbetten war um 2,4 % geringer. ▶ Tab 2

Je 100 000 Einwohner standen 606 Krankenhausbetten zur Verfügung. Das waren 14 Betten je 100 000 Einwohner weniger als im Jahr 2006. Ein Krankenhaus in Deutschland verfügte im Jahr 2016 über durchschnittlich 256 Betten (2006: 243 Betten).

Informationen zum Personal in Krankenhäusern werden zum einen als Beschäftigtenzahl (sogenannte Kopfzahl) zum 31. Dezember eines Jahres, zum anderen in Form von Vollzeitäquivalenten erhoben. Die Beschäftigtenzahl berücksichtigt im Unterschied zum Vollzeitäquivalent keine unterschiedlichen Beschäftigungsmodelle wie Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung. Um dem Rechnung zu tragen, werden die Beschäftigten auf die volle tarifliche Arbeitszeit, das heißt in Vollkräfte, umgerechnet. ▶ Info 2

▶ Info 2

Personalbelastungszahl – Vollkräfte

Ein Vergleich der Personalausstattung von Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland basiert auf der Personalbelastungszahl bezogen auf belegte Betten. Diese Kennziffer gibt an, wie viele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich je Arbeitstag zu versorgen hat. Durch Einbeziehung der Jahresarbeitszeit einer Vollkraft wird dem Umstand Rechnung getragen, dass ein belegtes Bett 24 Stunden Betreuung je Tag erfordert, eine Vollkraft jedoch an durchschnittlich 220 Arbeitstagen im Jahr (nur) acht Stunden täglich zur Verfügung steht. Die Personalbelastungszahl ergibt sich entsprechend als Quotient aus der Anzahl der Stunden, in denen die Betten in einem Jahr belegt waren (= Belegungsstunden der Betten im Jahr) und der Anzahl der Stunden, in denen Vollkräfte für die Betreuung der Betten in einem Jahr zur Verfügung standen (= Jahresarbeitsstunden der Vollkräfte).

Die Personalbelastungszahl wird jeweils für das ärztliche und das nichtärztliche Personal der Krankenhäuser ermittelt sowie innerhalb des nichtärztlichen Personals gesondert für den Pflegedienst. Dem Pflegedienst kommt im Bereich der Krankenhäuser eine besondere Bedeutung zu, da hier 45 % der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst arbeiten.

In allen genannten Beschäftigtengruppen ist die Personalbelastung nach Anzahl der je Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten zurückgegangen. Dies folgt teilweise aus der rückläufigen Verweildauer (– 14 %) gegenüber 2006. Zugleich nahm die Zahl der Vollkräfte zu: im Pflegedienst um 8,6 % und im nichtärztlichen Dienst insgesamt um 8,1 %. Folglich sank die Personalbelastung der Pflegevollkräfte 2016 gegenüber 2006 um 0,5 Betten (– 8,0 %), die Belastung der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst insgesamt um 0,2 Betten (– 7,6 %). ▶ Tab 3

Im ärztlichen Dienst ist die Personalbelastung sogar um 3,4 belegte Betten

(– 22 %) zurückgegangen. Dies ist auf die parallel zur sinkenden Verweildauer verlaufende Zunahme der Vollkräfte im ärztlichen Dienst um 28 % zurückzuführen.

Im Durchschnitt hatte eine Vollkraft im ärztlichen Dienst 2016 täglich 12,3 belegte Betten zu betreuen. Im Jahr 2006 waren es noch 15,7 Betten gewesen. Eine Vollkraft im nichtärztlichen Dienst hatte 2016 im Bundesdurchschnitt täglich 2,7 Betten (2006: 2,9 Betten) zu versorgen. Im Pflegedienst war eine Vollkraft im Jahr 2016 im Durchschnitt je Arbeitstag für 6,0 belegte Betten zuständig (2006: 6,5 Betten).

Leistungen und Auslastung der Krankenhäuser

Rund 19,5 Millionen Patientinnen und Patienten wurden 2016 vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage lag bei 142,2 Millionen. Gegenüber 2006 ist die Fallzahl um 16 % gestiegen – zugleich ist die Zahl der Berechnungs-/Belegungstage um 0,1 % zurückgegangen.

Aus der Division von Berechnungs- und Belegungstagen durch die Zahl der Patientinnen und Patienten (Fälle) wird die durchschnittliche Verweildauer berechnet, die im Jahr 2016 bei 7,3 Tagen lag. Die Liegezeiten im Krankenhaus haben sich weiter verkürzt: Ein Aufenthalt dauerte im Jahr 2006 noch durchschnittlich 8,5 Tage. Die Verweildauer im Krankenhaus wird wesentlich von der Diagnose der Patientinnen und Patienten und damit der Fachabteilung, in der sich diese aufhalten, beeinflusst. Während ein Aufenthalt in der Fachabteilung »Augenheilkunde« im Durchschnitt 2,9 Tage dauerte, mussten Patientinnen und Patienten in der Fachabteilung »Herzchirurgie« mit 11,1 Tagen annähernd viermal so lange im Krankenhaus bleiben. Die längste durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung betrug 15,4 Tage in der »Geriatrie«. Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung dauerte zwischen 23,4 Tagen in der »Psychiatrie und Psychotherapie« und 42,7 Tagen in der »Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik«.

Die steigende Zahl der Patientinnen und Patienten ist ein Indiz für den zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung mit entsprechend erhöhter Krankheitsanfälligkeit. Die kürzere durchschnittliche Verweildauer beruht einerseits auf dem medizinischen Fortschritt und andererseits auf den Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich.

Im Jahr 2016 waren die Krankenhausbetten zu 77,9 % ausgelastet. Dieser Wert verdeutlicht das Verhältnis aus tatsächlicher Bettenbelegung und maximaler Bettenbelegung. In allen psychiatrischen Fachabteilungen lag die Bettenauslastung über 90 % (maximal 94 % in der »Psychiatrie und Psychotherapie«). Im Bereich der allgemeinen Fachabteilungen hatte die »Geriatrie« mit rund 90 % die höchste, die »Nuklearmedizin« mit 48 % die geringste Bettenauslastung.

Ausstattung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 1 149 Einrichtungen für Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen mit 165 200 Betten. Im Vergleich zu 2006 ist die Anzahl der Einrichtungen um 8,4 % und die Anzahl der Betten um 4,3 % niedriger. ▸ Tab 4

Je 100 000 Einwohner standen hier 201 Betten zur Verfügung. Im Jahr 2006 waren es noch 210 Betten je 100 000 Einwohner. Im Durchschnitt verfügte eine solche Einrichtung 2016 über 144 Betten (2006: 138 Betten).

Die Belastung sowohl des ärztlichen als auch des nichtärztlichen Personals bezogen auf die Anzahl der täglich zu versorgenden belegten Betten ist in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen deutlich höher als im Krankenhausbereich. Das heißt, in gleicher Zeit versorgt die in einer Rehabilitationseinrichtung tätige Vollkraft mehr Patienten als die vergleichbare, in einem Krankenhaus tätige Vollkraft, weil der Pflege- und Betreuungsaufwand bei Rehabilitationspatienten geringer ist.

Im Vergleich zu 2006 ist die Zahl der Pflegetage (entspricht der Anzahl der belegten Betten) 2016 um 6,8 % gestiegen (siehe Tab 4). Demgegenüber ist die Anzahl der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst nur um 0,6 %, die der Pflegekräfte nur um 2,9 % gestiegen. Deshalb entfielen auf eine einzelne Vollkraft im nichtärztlichen Dienst durchschnittlich 8,3 täglich zu versorgende belegte Betten; im Jahr 2006 waren es 7,8 Betten. Eine Pflegevollkraft kümmerte sich täglich im Durch-

Rauchen

Im Jahr 2017 bekannten sich 22 % der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren, die im Mikrozensus Auskunft zu dieser Frage gaben, zum Rauchen. Das waren weniger als bei der letzten Befragung 2013. Über das Rauchverhalten in Europa informiert Kapitel 11.1, Seite 431.

Die Frage nach den Rauchgewohnheiten ist eine der gesundheitsbezogenen Fragen im Mikrozensus, die den Haushalten im vierjährlichen Abstand gestellt werden, zuletzt 2017. Sie beziehen sich auf Krankheit und Unfallverletzung am Befragungstag oder in den vier Wochen davor, das Rauchverhalten sowie Körpergröße und -gewicht. Ausführliche Ergebnisse lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor und sind unter www.destatis.de zu finden. Die Daten von 2013 enthält das Kapitel 10.1 des Datenreports 2016.

Daten zur Krankenversicherung werden auch alle vier Jahre erfragt, zuletzt im Jahr 2015. Diese Ergebnisse sind ebenfalls unter www.destatis.de zu finden beziehungsweise die Angaben von 2011 im Datenreport 2016.

▶ Tab 4 **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Betten und Patientenbewegungen**

		2006	2016	Veränderung gegenüber 2006 in %
Einrichtungen	Anzahl	1 255	1 149	–8,4
Betten	Anzahl	172 717	165 223	–4,3
	↳ je 100 000 Einwohner[1]	210	201	–4,3
Fälle	in 1 000	1 837	1 984	+8,0
Pflegetage	in 1 000	47 011	50 211	+6,8
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	25,6	25,3	–1,1
Durchschnittliche Bettenauslastung	in %	74,6	83,0	+11,3

1 Mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet.

▶ Tab 5 **Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen**

	2006	2016	Veränderung gegenüber 2006 in %
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt			
Ärztlicher Dienst	8 117	8 666	+6,8
Nichtärztlicher Dienst[1]	82 372	82 828	+0,6
↳ Pflegedienst	20 724	21 329	+2,9
Personalbelastungszahl je Vollkraft nach Betten[2]			
Ärztlicher Dienst	79,0	79,0	+0,0
Nichtärztlicher Dienst[1]	7,8	8,3	+6,2
↳ Pflegedienst	30,9	32,1	+3,8

1 Ohne Personal der Ausbildungsstätten und ohne Schülerinnen und Schüler sowie Auszubildende.
2 Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft pro Arbeitstag zu versorgenden belegten Betten.

schnitt um 32,1 Betten (2006: 30,9 Betten). Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst ist wie die Zahl der Pflegetage um 6,8 % gestiegen; deshalb hatte eine ärztliche Vollkraft 2016 wie im Vergleichsjahr 2006 im Durchschnitt täglich 79,0 belegte Betten zu betreuen. ▶ Tab 5

Leistungen und Auslastung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Die Zahl der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen lag 2016 bei knapp 2 Millionen und damit um 8,0 % höher als 2006. Insgesamt verbrachten die Patientinnen und Patienten über 50 Millionen Pflegetage in den Einrichtungen, gut 3 Millionen Pflegetage mehr als 2006.

Daraus ergibt sich eine rechnerische Verweildauer von durchschnittlich 25,3 Tagen. Im Jahr 2006 lag diese noch bei 25,6 Tagen. In der Fachabteilung »Allgemeinmedizin« dauerte der Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 19,8 Tage. Mehr als dreieinhalb Mal so lange (durchschnittlich 70,5 Tage) hielten sich Patientinnen und Patienten in der Fachabteilung »Psychiatrie und Psychotherapie« auf.

Die Betten waren 2016 zu 83 % ausgelastet (2006: knapp 75 %). Die höchste Bettenauslastung verzeichneten die Fachabteilungen »Psychiatrie und Psychotherapie« sowie »Neurologie« mit jeweils 88 %; am geringsten waren die Betten in der Fachabteilung »Kinderheilkunde« mit 62 % ausgelastet.

8.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Thomas Lampert,
Benjamin Kuntz, Jens Hoebel,
Stephan Müters, Lars Eric Kroll
Robert Koch-Institut

WZB/SOEP

Der Begriff »gesundheitliche Ungleichheit« beschreibt soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Mit der Sozialepidemiologie hat sich in den letzten Jahren eine eigenständige Forschungsdisziplin etabliert, die den Schwerpunkt auf die Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit legt. Auch die Gesundheitsberichterstattung präsentiert mittlerweile regelmäßig Daten und Fakten zur gesundheitlichen Ungleichheit. Im Folgenden wird auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen, zum Beispiel auf das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), den Mikrozensus und das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts, um das Ausmaß und die Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland zu beschreiben.

8.2.1 Einkommen und Gesundheit

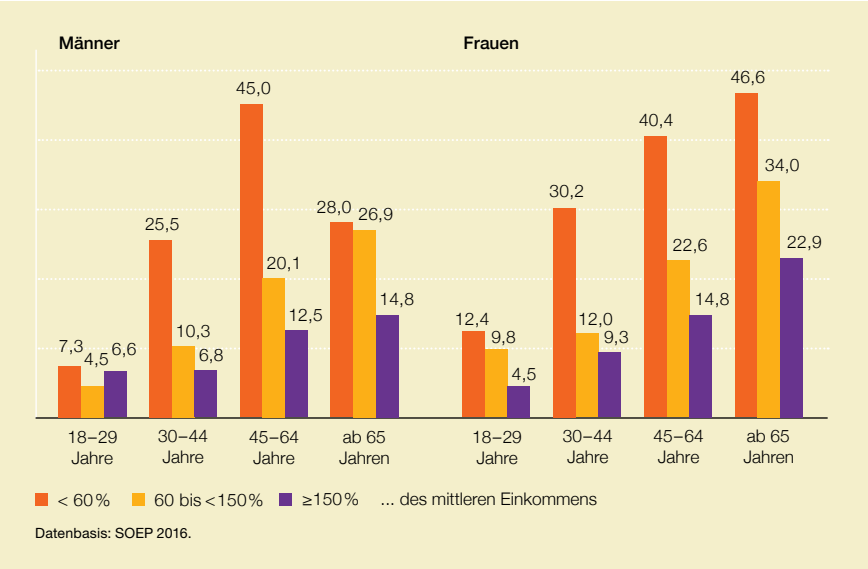
Das Einkommen vermittelt den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und ist eine wichtige Grundlage der Vermögensbildung, der Vorsorge und der sozialen Absicherung. Neben den materiellen Aspekten ist das Einkommen für die soziale Integration und soziokulturelle Teilhabe sowie für das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bedeutsam. So lässt sich zeigen, dass Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind (siehe dazu die entsprechenden Abschnitte in Kapitel 6.3 und 6.4.2), ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als weniger gut oder schlecht bewerten. Allerdings bestehen in dieser Hinsicht auch Unterschiede zwischen den Angehörigen der mittleren und höheren Einkommensgruppe. Diese Einkommensabhängigkeit zeichnete sich bei Männern und Frauen im Jahr 2016 spätestens ab einem Lebensalter von 30 Jahren deutlich ab. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes zeigt sich, dass bei Männern aus der armutsgefährdeten Gruppe das Risiko eines weniger guten oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes im Verhältnis zu Männern aus der hohen Einkommensgruppe um den Faktor 3,5 erhöht war. Bei Frauen betrug das entsprechende Verhältnis 3,3 zu 1. ▸ Abb 1

Bezüglich der Verbreitung chronischer Krankheiten und Beschwerden lässt sich für die Altersgruppe ab 45 Jahren feststellen, dass viele Erkrankungen in der Armutsrisikogruppe vermehrt auftreten, zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Arthrose und Depression. Bei Männern besteht außerdem ein Zusammenhang zwischen Armutsrisiko und Herzinsuffizienz, Arthritis sowie chronischer Niereninsuffizienz. Bei Frauen treten neben den zuvor genannten Erkrankungen und Beschwerden auch Asthma bronchiale und erhöhte Blutfettwerte in der Armutsrisikogruppe häufiger auf.

Viele chronische Krankheiten und Beschwerden können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen. Neben dem Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperlicher Inaktivität und Fehlernährung gilt dies auch für Übergewicht, insbesondere für Adipositas als starker Ausprägungsform. Wie die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) deutlich machen, waren Männer und Frauen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, in fast allen Altersgruppen deutlich häufiger adipös als Männer und Frauen aus den höheren Einkommensgruppen. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes hatten Männer aus der niedrigen im Vergleich zu Männern aus der hohen Einkommensgruppe ein um den Faktor 2 erhöhtes Risiko, adipös zu sein. Bei Frauen aus der niedrigen Einkommensgruppe war das Risiko sogar um den Faktor 3,1 erhöht. ▸ Info 1, Abb 2

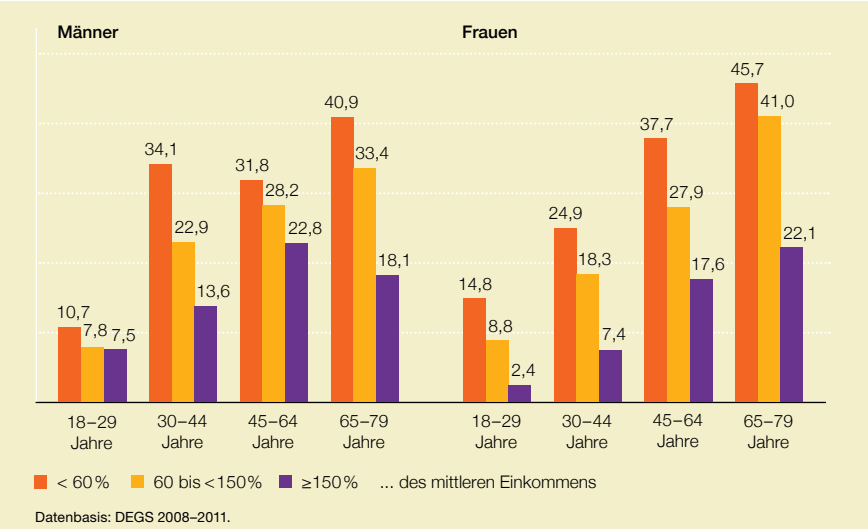
Aufschluss über Einkommensunterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung geben Daten des SOEP. Demnach hatten Männer und Frauen, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze lag, im Verhältnis zur hohen

▶ Abb 1 **Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen 2016 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 2016.

▶ Abb 2 **Adipositas (BMI ≥ 30) nach Einkommen 2008 – 2011 — in Prozent**



Datenbasis: DEGS 2008–2011.

▶ Tab 1 **Lebenserwartung bei Geburt nach Einkommen 1995 – 2005 — Mittelwerte**

Einkommen	Männer	Frauen
	Lebenserwartung in Jahren	
< 60 % des mittleren Einkommens	70,1	76,9
60 bis < 80 % des mittleren Einkommens	73,4	81,9
80 bis < 100 % des mittleren Einkommens	75,2	82,0
100 bis < 150 % des mittleren Einkommens	77,2	84,4
≥ 150 % des mittleren Einkommens	80,9	85,3
Insgesamt	75,3	81,3

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

▶ Info 1

Übergewicht

Als Übergewicht wird eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils bezeichnet, die mit einer Gesundheitsgefährdung verbunden ist und Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann. Ist das Übergewicht besonders stark ausgeprägt, wird dies als Adipositas bezeichnet. Übergewicht und Adipositas werden in epidemiologischen Studien in der Regel anhand des sogenannten Body-Mass-Index (BMI) bestimmt. Dazu wird das Körpergewicht (gemessen in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert. Nach Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Übergewicht bei Erwachsenen durch einen BMI von 25 und höher definiert. Von Adipositas wird bei Erwachsenen ab einem BMI von 30 gesprochen.

Einkommensgruppe ein 2,7- beziehungsweise 2,4-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko. Die mittlere Lebenserwartung von Männern der niedrigen Einkommensgruppe lag bei Geburt fast 11 Jahre unter der von Männern der hohen Einkommensgruppe. Bei Frauen betrug die Differenz rund 8 Jahre. Auffallend ist dabei, dass sich auch zwischen den mittleren Einkommensgruppen Unterschiede zeigen, sodass von einer graduellen Abstufung der Lebenserwartung ausgegangen werden kann. ▶ Tab 1

Auch in der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren zeichnen sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen deutlich ab. Einer Studie zufolge betrug die Differenz zwischen der hohen und der niedrigen Einkommensgruppe bei Männern 5,3 Jahre und bei Frauen 3,5 Jahre. Die Differenzen in der ferneren Lebenserwartung lassen sich der Studie zufolge zum Teil auf eine erhöhte psychische und physische Belastung im Lebenslauf sowie auf geringere

▶ Abb 3 **Zusammenhang zwischen mittlerer Lebenserwartung bei Geburt und Armutsrisikoquote auf NUTS-2 Ebene (Regierungsbezirke, statistische Regionen) 2014**

Datenbasis: INKAR 2018, IT-NRW Ergebnisse des Mikrozensus 2018.

materielle, kulturelle und soziale Ressourcen in der unteren Einkommensgruppe zurückführen.

Auf sozialräumlicher Ebene ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung ebenfalls zu beobachten. Im Allgemeinen gilt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Regionen mit den niedrigsten Armutsrisikoquoten am höchsten ist und dass dieser Zusammenhang umso stärker sichtbar wird, je kleinräumiger die Betrachtung erfolgt. Bei Männern betrug die Differenz in der Lebenserwartung auf NUTS-2 Ebene (Regierungsbezirke beziehungsweise statistische Regionen) zwischen den Regionen mit den höchsten und niedrigsten Armutsrisikoquoten etwa drei Jahre, bei Frauen etwa ein Jahr. ▶ Abb 3

8.2.2 Bildung als Ressource für Gesundheit

Neben dem Einkommen besitzt auch die Bildung einen hohen Stellenwert für die Gesundheit. Durch den Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt ergeben sich Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie zur Einkommenssituation. Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln. ▶ Info 2

▶ Info 2

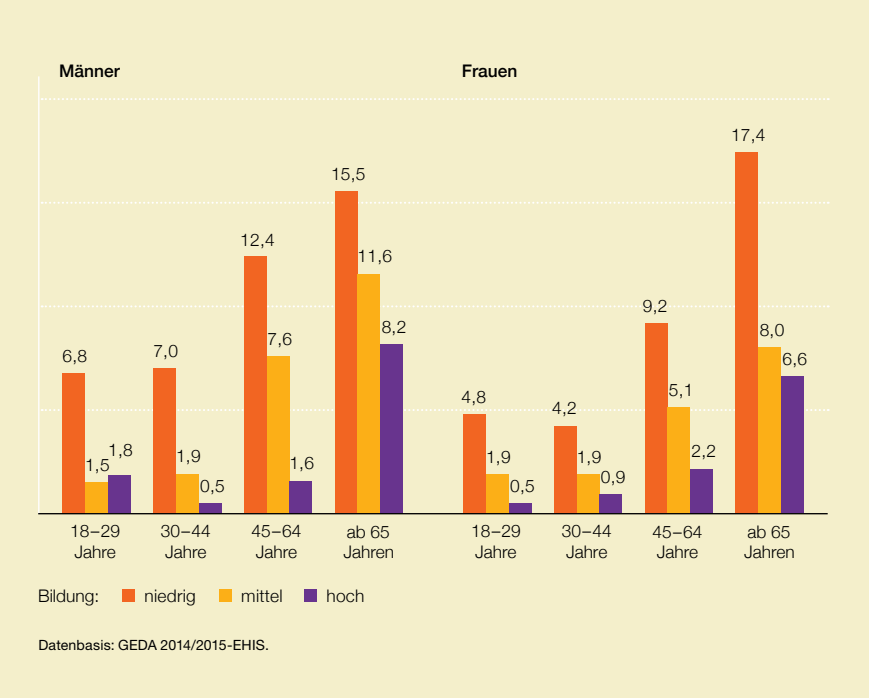
Bildungsniveau

Zur Ermittlung des Bildungsniveaus wird im Folgenden auf die CASMIN-Klassifikation (»Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations«) zurückgegriffen, die in den 1970er-Jahren für international vergleichende Analysen zur sozialen Mobilität entwickelt wurde. Im Jahr 2003 wurde eine überarbeitete Version vorgestellt, die aktuellen Entwicklungen der Bildungssysteme, insbesondere in Großbritannien, Frankreich und Deutschland, Rechnung trägt. Die CASMIN-Klassifikation ist an Bildungszertifikaten orientiert, wobei sowohl schulische als auch berufsbildende Abschlüsse berücksichtigt werden. Die Bildungsabschlüsse werden entsprechend ihrer funktionalen Äquivalenz im Ländervergleich neun Kategorien zugeordnet, von denen ausgehend ein niedriges, mittleres und hohes Bildungsniveau (»primary/low secondary«, »mediate/high secondary«, »tertiary« education) abgegrenzt werden kann.

Gesundheitliche Probleme und Krankheiten, die die Ausübung alltäglicher Aktivitäten dauerhaft einschränken, sind mit negativen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen verbunden, haben Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld und stellen zudem die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Nach den Daten der GEDA-Studie 2014/2015 (»Gesundheit in Deutschland aktuell«) gaben Personen mit niedriger Bildung in jedem Alter häufiger als Personen mit hoher Bildung an, aufgrund einer chronischen Krankheit in der Alltagsgestaltung erheblich eingeschränkt zu sein. Im Verhältnis zur hohen Bildungsgruppe drückte sich dies bei Männern mit niedriger Bildung in einem um das 4,0-fache und bei Frauen in einem um das 3,5-fache erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen aus. ▶ Abb 4

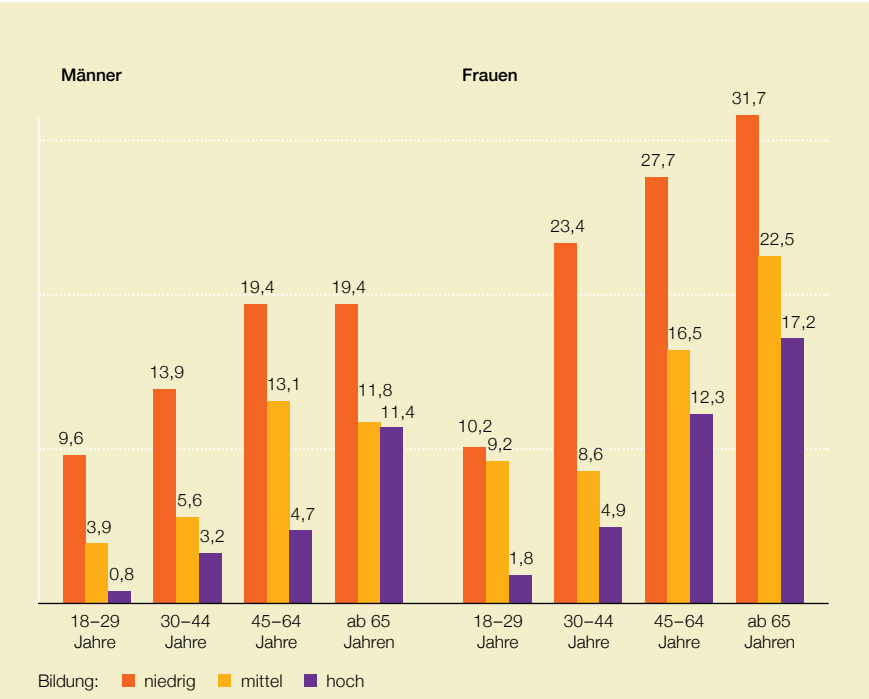
Personen mit niedriger Bildung berichten signifikant häufiger, in den letzten vier Wochen immer oder oft unter starken Schmerzen gelitten zu haben, als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Der Zusammenhang zwischen Bildung und

▶ Abb 4 **Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung 2014 — in Prozent**



Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS.

▶ Abb 5 **Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer« oder »oft«) nach Bildung 2016 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 2016.

Schmerzen ist bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zu beobachten. Kontrolliert man den Alterseinfluss, hatten Männer der niedrigen im Vergleich zu denen der hohen Bildungsgruppe ein 3,3-mal so hohes Risiko, von starken körperlichen Schmerzen betroffen zu sein. Bei Frauen betrug das entsprechende Verhältnis 2,8 zu 1. Auch zwischen der mittleren und hohen Bildungsgruppe sind signifikante Unterschiede im Vorkommen von Schmerzen festzustellen. ▶ Abb 5

Die Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten lässt sich mit Befunden zum Tabakkonsum verdeutlichen. Personen mit niedriger Bildung rauchen weitaus häufiger als Personen mit mittlerer Bildung und insbesondere als Personen mit hoher Bildung. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes war das Risiko zu rauchen bei Männern und Frauen mit niedriger im Vergleich zu denen mit hoher Bildung um den Faktor 1,9 beziehungsweise 2,5 erhöht. Am Verhältnis von ehemaligen und aktuellen Raucherinnen und Rauchern wird zudem deutlich, dass Personen mit niedriger Bildung seltener beziehungsweise später das Rauchen wieder aufgeben. ▶ Tab 2

Auch in Bezug auf gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit treten Unterschiede nach dem Bildungsniveau zutage. Personen mit hoher Bildung erreichen deutlich häufiger die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Bewegungsempfehlung entsprechender Ausdaueraktivitäten von mindestens 2,5 Stunden pro Woche als Personen mit mittlerer und niedriger Bildung. Dies gilt für alle betrachteten Altersgruppen. Während nach den Daten der GEDA-Studie 57 % der Männer und 54 % der Frauen mit hoher Bildung die Bewegungsempfehlung erreichten, waren es bei Männern und Frauen der niedrigen Bildungsgruppe nur 41 % beziehungsweise 34 %. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Bildungsgruppen lässt sich feststellen, dass Männer mit niedriger Bildung im Vergleich zu Männern mit hoher Bildung ein 1,8-mal höheres Risiko aufwiesen, die

▶ Tab 2 **Rauchverhalten nach Bildung 2014 — in Prozent**

	Männer			Frauen		
	Raucher	Ex-Raucher	Nie-Raucher	Raucher-innen	Ex-Raucher-innen	Nie-Raucher-innen
18–29 Jahre						
Niedrige Bildung	48,8	11,0	40,2	37,3	17,4	45,3
Mittlere Bildung	33,2	13,1	53,7	29,1	15,9	55,0
Hohe Bildung	25,7	9,3	65,0	15,6	14,6	69,8
30–44 Jahre						
Niedrige Bildung	43,7	29,3	27,0	37,9	27,2	34,9
Mittlere Bildung	36,4	30,0	33,6	28,7	26,6	44,7
Hohe Bildung	25,9	23,1	51,0	13,1	28,0	58,8
45–64 Jahre						
Niedrige Bildung	34,3	39,4	26,3	27,9	33,9	38,2
Mittlere Bildung	28,8	38,4	32,8	24,9	31,8	43,3
Hohe Bildung	17,9	33,4	48,7	13,1	32,3	54,5
Ab 65 Jahren						
Niedrige Bildung	8,0	55,5	36,5	6,2	22,4	71,5
Mittlere Bildung	11,1	55,7	33,2	7,4	28,4	64,2
Hohe Bildung	9,8	54,4	35,9	7,6	32,9	59,5

Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS.

Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Ausdaueraktivität nicht einzuhalten. Bei Frauen lag das Verhältnis der beiden Vergleichsgruppen bei 2,2 zu 1.

Bildungsunterschiede zeigen sich darüber hinaus in Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, das Gesundheitswissen und die Krankheitsbewältigung. Beispielsweise nehmen Personen mit niedriger Bildung seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und andere Präventionsangebote wahr, die größtenteils zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können. Dies gilt zum Beispiel für die zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder den Gesundheits-Check-up ab 35. Dies trifft ebenso auf die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen zu, die zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung und Gesundheitsvorsorge motivieren sollen. Zudem kennen Personen mit niedriger Bildung deutlich weniger der typischen Symptome für Schlaganfall und Herzinfarkt als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Interessant ist auch, dass Diabetikerinnen und Diabetiker mit niedriger Bildung seltener an Diabetikerschulungen teilnehmen und weitaus größere Schwierigkeiten haben, die Behandlung der Erkrankung im Alltag umzusetzen.

Die Relevanz der Bildung für die Gesundheit zeigt sich auch hinsichtlich der Lebenserwartung. Die Ergebnisse eines Vergleichs der Geburtskohorten 1925 und 1955 legen nahe, dass der allgemeine Anstieg der mittleren Lebenserwartung in engem Zusammenhang mit der Ausweitung der Bildungsbeteiligung der Bevölkerung zu sehen ist. Männer im Alter von 45 Jahren, die das Abitur oder Fachabitur erworben haben, hatten im Durchschnitt eine 5,3 Jahre höhere Lebenserwartung als gleichaltrige Männer mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss.

8.2.3 Arbeitsweltbezogene Einflüsse auf die Gesundheit

Krankheits- oder unfallbedingte Fehlzeiten sind ein zentraler Indikator arbeitsweltbezogener Einflüsse auf die Gesundheit. Sie machen auf Gesundheitsrisiken und Belastungen aufmerksam, bevor Berufskrankheiten entstehen oder es zu vorzeitigen krankheitsbedingten Renteneintritten kommt. Die Fehlzeiten lassen sich zudem nach Diagnosen differenzieren und geben dadurch einen Überblick über die Krankheitslast in der erwerbstätigen Bevölkerung. Im Jahr 2016 gingen nach Ergebnissen der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz (BAuA) 23 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurück, 16 % auf psychische und Verhaltensstörungen, 14 % auf Atemwegserkrankungen, 10 % auf Unfälle und Verletzungen sowie jeweils 5 % auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems. Die Kosten des durch die Arbeitsunfähigkeit bedingten Produktionsausfalls werden für Deutschland im Jahr 2016 auf 75 Milliarden Euro geschätzt. Die Daten zeigen außerdem, dass Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2016 durchschnittlich 17,2 Tage krankheitsbedingt fehlten.

Auswertungen auf Basis der Daten zu Fehlzeiten von erwerbstätigen Versicherten der AOK zeigen zudem regelmäßig, dass Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten oder in einfachen Dienstleistungsberufen deutlich häufiger und länger arbeitsunfähig sind als Männer und Frauen in hoch qualifizierten und wissensbasierten Berufen. Allerdings ist zu beachten, dass in diese Statistik nur Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als drei Kalendertagen eingehen, wodurch das tatsächliche Ausmaß der Fehlzeiten unterschätzt wird.

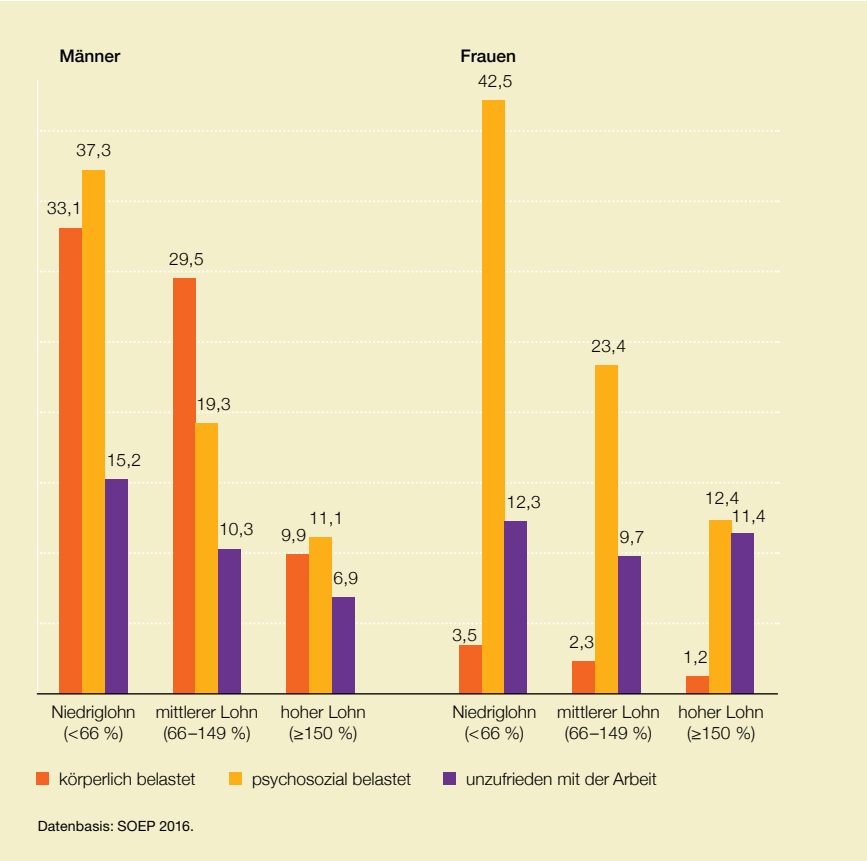
Krankheitsbedingte Fehlzeiten stehen in engem Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen. Beschäftigte mit niedrigem Berufsstatus sind häufiger sowohl körperlichen als auch psychosozialen Belastungen ausgesetzt als Beschäftigte mit höhe-

rem Berufsstatus, was unter anderem auf ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung bei der Arbeit sowie zwischen Arbeitsanforderungen und Einflussmöglichkeiten der Erwerbstätigen zurückgeführt wird (siehe dazu auch Kapitel 5.4.2, Seite 189).

Das Ausmaß der Arbeitsbelastung und der Unzufriedenheit mit der Arbeit von Erwerbstätigen kann für das Jahr 2016 ihrem Lohn gegenübergestellt werden. Der Lohn der Beschäftigten wird über den Bruttostundenlohn erfasst und nach internationalen Vorgaben ins Verhältnis zum Median der Einkommensbeziehenden gesetzt. Beschäftigte mit weniger als zwei Dritteln des Medianlohns (etwa 10,36 Euro im Jahr 2016) werden als Niedrigeinkommensbeziehende und solche mit mehr als 150 % als Hocheinkommensbeziehende (23,30 Euro) angesehen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sowohl die körperliche und psychosoziale Arbeitsbelastung als auch die Unzufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit bei Männern und Frauen der niedrigen Lohngruppe größer sind als in der mittleren und hohen Lohngruppe. ▸ Abb 6

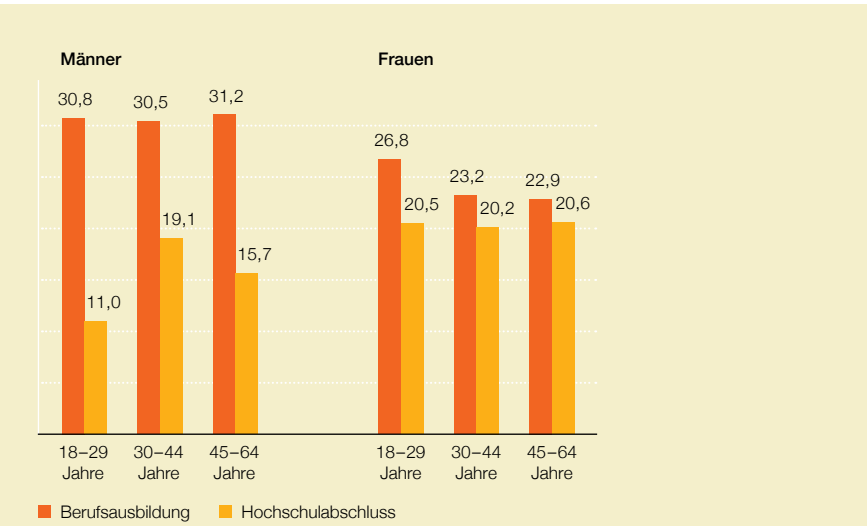
Gesundheitsschädigende Arbeitsbelastungen entstehen im Wechselspiel zwischen Belastungen und Ressourcen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die selbst wahrgenommene gesundheitliche Belastung durch die Arbeit ist ein guter Indikator, um Gesundheitsrisiken von Erwerbstätigen abzubilden. Hierbei zeigt sich bei Vollzeit erwerbstätigen Männern ein enger Zusammenhang mit der Qualifikation der Beschäftigten. Demnach fühlen sich hoch qualifizierte Erwerbstätige deutlich seltener gesundheitlich stark belastet als Erwerbstätige, die eine Lehre oder Ausbildung an einer Berufs- oder Fachschule abgeschlossen haben. Bei Frauen zeigt sich dagegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen Qualifikation und Arbeitsbelastung. Insgesamt stieg der Anteil der Erwerbstätigen, die ihre Gesundheit durch die Arbeit als stark oder sehr stark gefährdet ansehen, von 17 % im Jahr 2010 auf 23 % im Jahr 2014. ▸ Abb 7

▸ Abb 6 **Arbeitsbelastung und Zufriedenheit nach Bruttostundenlohn bei 30- bis 64-jährigen Erwerbstätigen 2016 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 2016.

▸ Abb 7 **Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit bei Vollzeiterwerbstätigen nach beruflicher Qualifikation 2014 — in Prozent**



Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS.

▶ Tab 3 **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte nach Diagnose und Versicherungsstatus 2015**

Diagnosen	Männer			Frauen		
	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose[1]	Verhältnis in %	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose[1]	Verhältnis in %
	Tage je 100			Tage je 100		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	41	50	81	43	53
Neubildungen	45	77	170	72	88	121
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13	30	228	12	23	183
Psychische und Verhaltensstörungen	191	765	401	303	999	330
Krankheiten des Nervensystems	39	68	177	47	65	140
Krankheiten des Auges	13	13	104	12	16	133
Krankheiten des Ohres	15	17	114	16	13	80
Krankheiten des Kreislaufsystems	86	121	140	49	62	125
Krankheiten des Atmungssystems	274	116	42	302	146	48
Krankheiten des Verdauungssystems	99	86	87	81	72	90
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	29	29	99	17	25	145
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	479	644	134	380	618	163
Krankheiten des Urogenitalsystems	18	20	108	41	37	90
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	73	88	120	86	101	117
Verletzungen und Vergiftungen	223	182	82	138	160	116
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	28	37	133	43	51	118
Insgesamt	**1711**	**2343**	**137**	**1717**	**2564**	**149**

1 Betrachtet werden Empfänger von ALG I; Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und pflichtversichert Beschäftigten.
Datenbasis: BKK, »Gesundheitsreport 2016«.

8.2.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Verlust des Arbeitsplatzes hat nicht nur Konsequenzen für die Einkommenssituation und den Lebensstandard, sondern ist auch mit psychosozialen Belastungen und einer Verminderung des Selbstwerts verbunden. Auswirkungen auf die Gesundheit sind vor allem dann zu erwarten, wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert und die Aussichten auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gering sind. Zudem unterliegen gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, und haben schlechtere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung.

Hinweise auf Krankheiten und Beschwerden, die bei arbeitslosen Männern und Frauen vermehrt auftreten, liefert die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der gesetzlichen Krankenkassen. Dem BKK-Gesundheitsreport kann entnommen werden, dass arbeitslose Versicherte im Berichtsjahr 2015 mit durchschnittlich 32,7 Tagen pro Mitglied deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflichtversicherte Beschäftigte und freiwillig versicherte Beschäftigte mit 11,9 beziehungsweise 10,5 Tagen.

Eine diagnosespezifische Betrachtung verdeutlicht, dass Unterschiede zwischen arbeitslosen und beschäftigten Versicherten insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitstagen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen), Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Krankheiten des Nervensystems hervortreten. Insgesamt wurden im Jahr 2015 für arbeitslose Versicherte fast 1,5-mal so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet wie für beschäftigte Pflichtversicherte. ▶ Tab 3

Nicht erst Arbeitslosigkeit, sondern bereits Arbeitsplatzunsicherheit ist mit einem häufigeren Auftreten von Gesundheitsproblemen assoziiert. Beschäftigte, die ihren Arbeitsplatz als gefährdet ansehen, sind häufiger stressbelastet und weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf als erwerbstätige Männer und Frauen in ungefährdeten Beschäftigungsverhältnissen.

Eine Vielzahl von Studien belegt sowohl die negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit als auch schlechtere Beschäftigungschancen für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2014/2015 gaben 25 % der Männer und 22 % der Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren an, dass ihre beeinträchtigte Gesundheit ein Grund für den Verlust ihres Arbeitsplatzes war. Dieser Anteil ist seit 2010 angestiegen. Außerdem berichteten 83 % der Männer und 85 % der Frauen, dass sich ihr Gesundheitszustand nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit nicht wieder verbessert oder sogar noch weiter verschlechtert hat.

8.2.5 Kinder- und Jugendgesundheit

Im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben gestellt. Störungen während der frühen Phasen des Körperwachstums und der Organreifung machen sich nicht nur unmittelbar bemerkbar, sondern können auch zu langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen führen. Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich im Kindes- und Jugendalter ausbilden, haben häufig bis ins Erwachsenenalter hinein Bestand.

Insgesamt haben sich die allgemeinen Lebensbedingungen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Kindern in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Dies lässt sich unter anderem an einer historisch niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit, einer verbesserten Mundgesundheit und einer deutlich geringeren Verbreitung ehemals häufiger Infektionskrankheiten festmachen. Doch auch wenn ein Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst, besteht zwischen ihrer gesundheitlichen Lage und der sozialen Lage ihrer Familie noch immer ein enger Zusammenhang. Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer belegen, dass frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen vermehrt bei sozial benachteiligten Kindern auftreten. Jene weisen demnach weitaus häufiger körperliche, psychische, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsdefizite auf als Kinder aus sozial bessergestellten Familien.

Bereits rund um die Geburt treten deutlich ausgeprägte soziale Unterschiede in der Verbreitung gesundheitsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren zutage. Wie die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigen, besteht hinsichtlich des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft ein auffälliger sozialer Gradient: Je höher der sozioökonomische Status, desto geringer ist der Anteil der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben. Ein ebenso gerichteter Zusammenhang zeigt sich auch mit Blick auf das Stillverhalten: Mit zunehmendem sozioökonomischen Status sinkt der Anteil der Kinder, die nie gestillt wurden. ▸ Abb 8

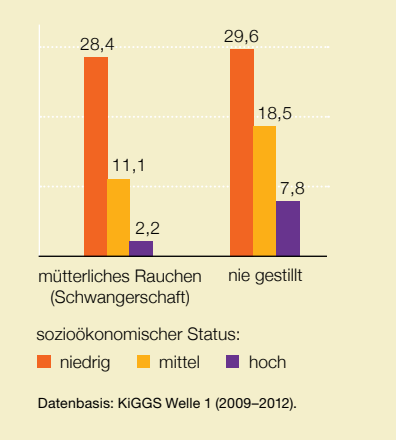
Darüber hinaus belegen die Ergebnisse der KiGGS-Studie, dass der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als »sehr gut« oder »gut« einstufen, bei jenen mit hohem sozioökonomischen Status am größten ist. Während bei körperlichen Erkrankungen nur geringe Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status festzustellen sind, treten psychische und Verhaltensauffälligkeiten vermehrt bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status auf.

Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten ist unter anderem zu beobachten, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche seltener Sport treiben, sich ungesünder ernähren und zu einem größeren Anteil übergewichtig sind. Außerdem rauchen sie häufiger und sind in stärkerem Maße Passivrauchbelastungen ausgesetzt. Hinzu kommt, dass Angebote wie die Früherkennungsuntersuchungen von sozial benachteiligten Eltern mit ihren Kindern seltener in Anspruch genommen werden als von sozial besser gestellten Familien. ▸ Abb 9

8.2.6 Migration und Gesundheit

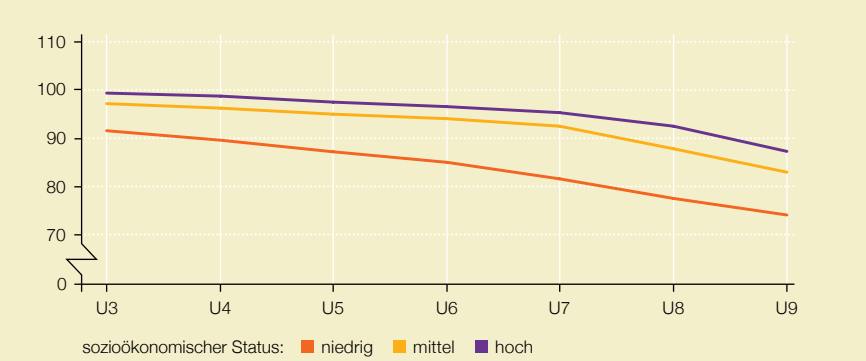
Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine überaus heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich unter anderem in Bezug auf Herkunftsland, Migrationserfahrung, Aufenthaltsdauer und soziale Integration (siehe Kapitel 7.3, Seite 272). Wenn nach Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten gefragt wird, sind auch psychosoziale Belastungen, die sich aus der Migrationserfahrung und Schwierigkeiten der sozialen Integration ergeben, zu berücksichtigen. Außerdem spielen kulturelle Unterschiede im Gesundheits-

▸ Abb 8 **Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft und Stillverhalten bei 0- bis 6-jährigen Kindern nach Sozialstatus — in Prozent**



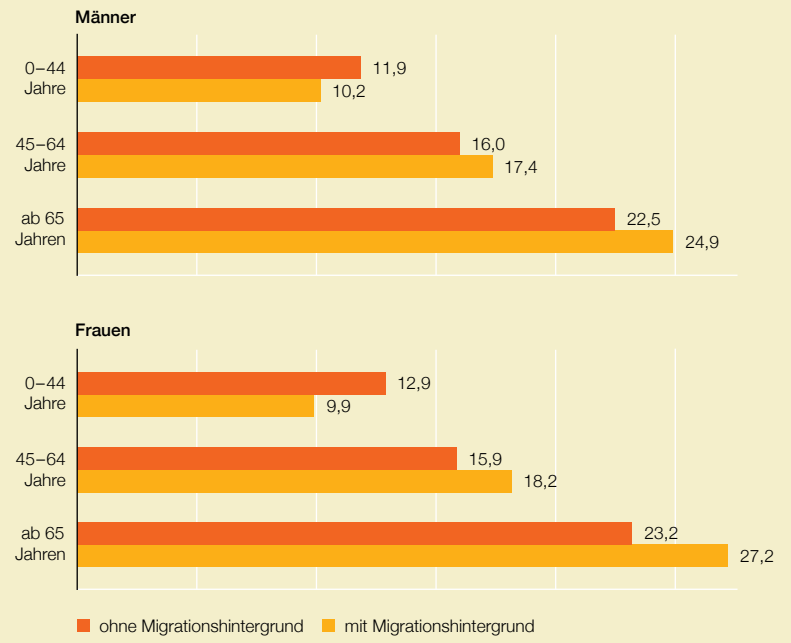
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012).

▸ Abb 9 **Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) bei 7- bis 13-jährigen Kindern nach Sozialstatus — in Prozent**



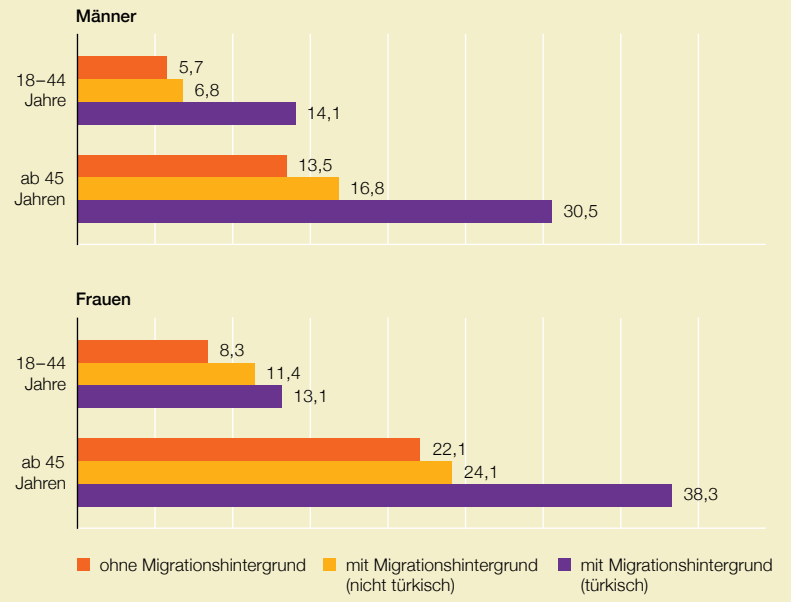
Vollständige Untersuchungsreihe; ausgeschlossen sind Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind.
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012).

▶ Abb 10 **Kranke und Unfallverletzte nach Migrationshintergrund 2013 — in Prozent**



Datenbasis: Mikrozensus 2013.

▶ Abb 11 **Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer« oder »oft«) nach Migrationshintergrund 2016 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 2016.

und Krankheitsverständnis sowie die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland eine Rolle.

Vergleichende Aussagen zum Krankenstand von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind anhand der Daten des Mikrozensus 2013 möglich. Im Alter bis 44 Jahre gaben Personen mit Migrationshintergrund etwas seltener als die übrige Bevölkerung an, in den letzten vier Wochen krank oder unfallverletzt gewesen zu sein. Bei den 45- bis 64-Jährigen sowie den 65-Jährigen und Älteren waren Männer und Frauen mit Migrationshintergrund hingegen etwas häufiger von einer Krankheit oder Unfallverletzung betroffen als die Vergleichsgruppen ohne Migrationshintergrund. ▶ Abb 10

In einigen Bereichen treten erst bei einer nach Herkunftsland differenzierten Betrachtung gesundheitliche Unterschiede zutage. So berichteten türkischstämmige Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund oder Migrantinnen und Migranten aus anderen Herkunftsländern von körperlichen Schmerzen in den letzten vier Wochen. Dies zeigt sich insbesondere mit Blick auf türkischstämmige Frauen in der zweiten Lebenshälfte. Nach Kontrolle für die unterschiedliche Altersstruktur hatten türkischstämmige Männer und Frauen ein gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund 2,9- beziehungsweise 2,2-fach erhöhtes Risiko, von körperlichen Schmerzen betroffen zu sein. Bei Migrantinnen und Migranten aus anderen Herkunftsländern war hingegen kein erhöhtes Risiko für das Auftreten körperlicher Schmerzen festzustellen. ▶ Abb 11

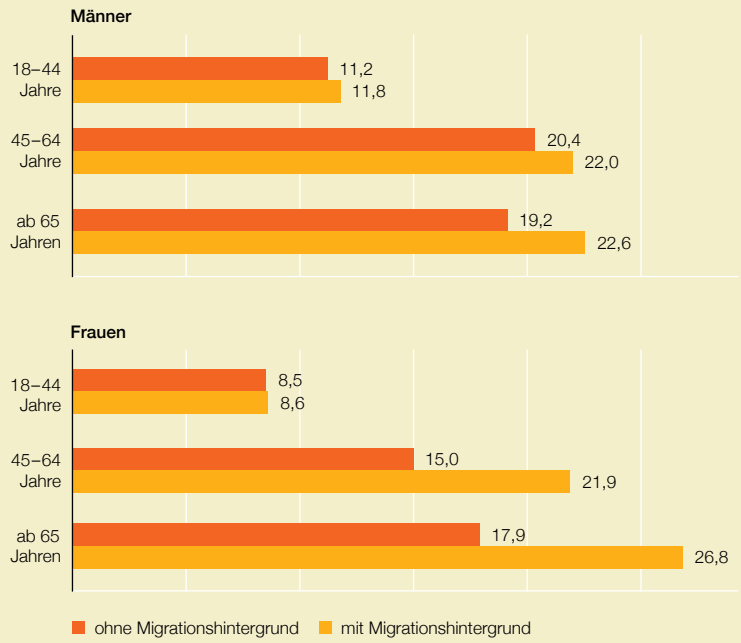
Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich auch bei verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken beobachten. Dabei zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten häufiger adipös sind. Allerdings treten diese Unterschiede erst ab einem Alter von 45 Jahren und insbesondere bei Frauen zutage. ▶ Abb 12

Beim Rauchverhalten von Migrantinnen und Migranten bestehen ebenfalls ausgeprägte, aber geschlechtsspezifische

Unterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Der Anteil aktueller Raucher lag bei Männern mit Migrationshintergrund in fast allen Altersgruppen über dem der Männer ohne Migrationshintergrund (insgesamt 33 % gegenüber 28 %). Bei Migrantinnen war der Anteil dagegen insgesamt etwas niedriger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (19 % gegenüber 20 %).

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Nutzergruppe des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems. Dabei unterscheiden sie sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten und in ihren Bedürfnissen von der Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die vorliegenden Studien zeigen, dass Migrantinnen und Migranten in bestimmten Situationen häufiger Rettungsstellen als Hausärzte aufsuchen, seltener Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen und im Fall eines in der Familie aufgetretenen Pflegefalls seltener auf ambulante Pflegedienste zurückgreifen. Außerdem ist festzustellen, dass Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit seltener Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen sowie einen geringeren Rehabilitationserfolg und höhere Frühverentungsquoten aufweisen. Darüber hinaus stellt die in den letzten Jahren verstärkte Zuwanderung von Schutzsuchenden die bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung vor große Herausforderungen.

▶ Abb 12 **Adipositas (BMI ≥ 30) nach Migrationshintergrund 2013 — in Prozent**



Datenbasis: Mikrozensus 2013.

▶ Tab 4 **Entwicklung der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) bei 30- bis 64-Jährigen nach drei Einkommensgruppen 1994–2013 — in Prozent**

	1994–1998	1999–2003	2004–2008	2009–2013
Männer				
< 60 % des mittleren Einkommens	27,8	28,9	32,5	32,4
60 bis < 150 % des mittleren Einkommens	16,0	15,4	16,6	15,9
≥ 150 % des mittleren Einkommens	11,6	10,5	11,3	11,1
Frauen				
< 60 % des mittleren Einkommens	27,3	26,3	28,0	31,4
60 bis < 150 % des mittleren Einkommens	19,2	16,6	17,1	17,2
≥ 150 % des mittleren Einkommens	14,4	13,0	13,0	12,4

Datenbasis: SOEP 1994–2013.

8.2.7 Zeitliche Entwicklungen und Trends

Zeitliche Entwicklungen und Trends der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sind bislang nur vereinzelt untersucht worden. Mit den Daten des SOEP lassen sich Veränderungen in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes im Zeitraum von 1994 bis 2013 analysieren. Für die 30- bis 64-jährige Bevölkerung zeigt sich im Vergleich von vier Beobachtungszeiträumen (1994 bis 1998, 1999 bis 2003, 2004 bis 2008 und 2009 bis 2013), dass in der niedrigen Einkommensgruppe der Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilten, im Verlauf der letzten 20 Jahre zunahm. In der hohen Einkommensgruppe und bei Frauen auch in der mittleren Einkommensgruppe ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Bezüglich des Risikos eines weniger guten oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes nahm die relative Differenz zwischen der niedrigen und der hohen Einkommensgruppe bei Kontrolle des Alterseinflusses – über die vier Zeiträume betrachtet – bei Männern um 53 % und bei Frauen um 63 % zu. ▶ Tab 4

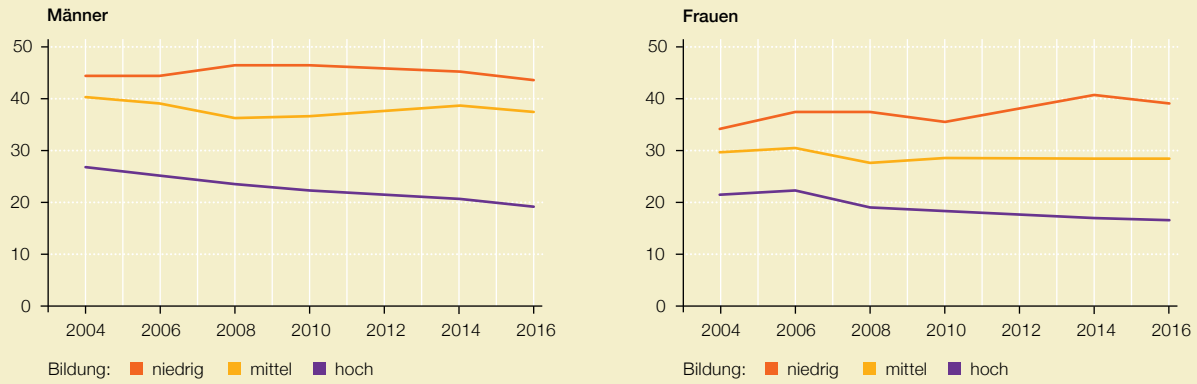
Darüber hinaus können zeitliche Entwicklungen und Trends im Rauchverhalten und in der sportlichen Aktivität für die Altersgruppe der 30- bis 64-Jährigen untersucht werden. Für den Zeitraum 2004 bis 2016 weisen die Daten insbesondere für die hohe Bildungsgruppe auf einen deutlichen Rückgang des Rauchens hin. In der niedrigen Bildungsgruppe blieb der Anteil der Raucher im Zeitverlauf nahezu konstant, während sich der Anteil der Raucherinnen mit niedriger Bildung sogar noch erhöhte. Infolgedessen nahmen die Unterschiede im Rauchverhalten der Bildungsgruppen weiter zu, bezogen auf das alterskontrollierte Risiko um 50 % bei Männern und um 83 % bei Frauen. ▸ Abb 13

Für die Sportbeteiligung ist im Zeitraum 1994 bis 2015 eine deutliche Zunahme festzustellen. Dabei fällt auf, dass in der Altersspanne von 30 bis 64 Jahren der Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten vier Wochen keinen Sport getrieben hatten, in allen Bildungsgruppen abnahm. Bei Personen mit hoher Bildung zeichnet sich diese Entwicklung aber noch deutlicher ab als bei Personen mit mittlerer und niedriger Bildung. Nach Kontrolle des Alterseffektes stieg die relative Differenz des Risikos für sportliche Inaktivität im Vergleich der niedrigen zur hohen Bildungsgruppe bei Männern um 101 % und bei Frauen um 87 %. ▸ Abb 14

8.2.8 Zusammenfassung

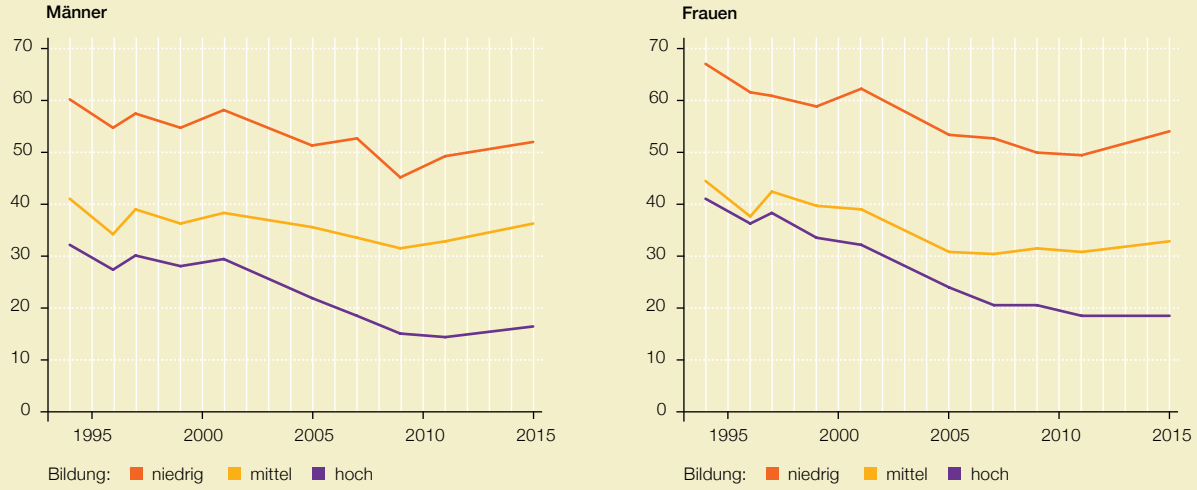
In den letzten Jahren ist die gesundheitliche Ungleichheit zu einem zentralen Thema der Forschung, Berichterstattung

▸ Abb 13 **Entwicklung des Rauchens bei 30- bis 64-Jährigen nach Bildung 2004 – 2016 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 2004–2016.

▸ Abb 14 **Entwicklung der sportlichen Inaktivität bei 30- bis 64-Jährigen nach Bildung 1994 – 2015 — in Prozent**



Datenbasis: SOEP 1994–2015.

und Politik geworden. Die präsentierten Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass viele Krankheiten und Beschwerden bei Personen mit geringem Einkommen, niedriger Bildung und niedriger beruflicher Stellung im Vergleich zu anderen vermehrt vorkommen. Darüber hinaus schätzen diese Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Ein Grund hierfür dürften die beobachteten Unterschiede im Gesundheitsverhalten sein, zum Beispiel in Bezug auf Tabakkonsum und körperlich-sportliche Aktivität sowie zum Teil auch die Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten. Die stärkere Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren findet letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und einer geringeren Lebenserwartung der benachteiligten Einkommens-, Bildungs- und Berufsgruppen Ausdruck. Darüber hinaus ist Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit verbunden. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind zum einen unter materiellen Aspekten zu sehen, zum Beispiel dem engeren finanziellen Handlungsspielraum und dem geringeren Lebensstandard. Zum anderen sind psychosoziale Belastungen von Bedeutung, die zum Beispiel aus Zukunftssorgen oder Ausgrenzungserfahrungen resultieren können.

Menschen mit Migrationshintergrund weisen in einigen Bereichen eine schlechtere Gesundheit auf als die übrige Bevölkerung. Auch in Bezug auf die Prävention und die medizinische und pflegerische Versorgung stellt sich die Situation von Migrantinnen und Migranten zum Teil ungünstiger dar als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Von einer generellen gesundheitlichen Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten kann aber nicht gesprochen werden. Die vorliegenden Forschungsergebnisse legen eine differenzierte Bewertung nahe, wobei neben den jeweiligen Lebensbedingungen und Teilhabechancen auch kulturelle Besonderheiten, die Migrationserfahrungen sowie die soziale und gesundheitliche Lage im Herkunftsland berücksichtigt werden sollten.

Die vorliegenden Studien zu zeitlichen Entwicklungen und Trends sprechen dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in den letzten 20 Jahren weitgehend stabil geblieben ist und in einigen Bereichen sogar zugenommen hat. Dies lässt sich beispielsweise für den allgemeinen Gesundheitszustand, das Rauchverhalten und die sportliche Aktivität belegen. Auch Studien aus anderen Ländern deuten eher auf eine Ausweitung als auf eine Verringerung der sozial bedingten Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung hin.

Bezüglich der Frage nach Ansatzpunkten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten ist der Befund von Bedeutung, dass sich die sozialen Unterschiede bereits in der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen deutlich abzeichnen. Dies gilt sowohl für die körperliche als auch die psychische und psychosoziale Gesundheit. Auch für das Gesundheitsverhalten zeigt sich, dass die Weichen sehr früh gestellt werden. Entsprechend früh sollten Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen. Aber auch im jungen, mittleren und höheren Erwachsenenalter gibt es zahlreiche noch nicht ausgeschöpfte Potenziale für weitere Verbesserungen der Gesundheit. Für die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit besonders bedeutsam ist dabei die Verhältnisprävention, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen der Menschen zielt und damit nicht nur Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, sondern politikbereichsübergreifende Anstrengungen, unter Einbeziehung zum Beispiel der Sozial-, Familien-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Umweltpolitik, erfordert.

8.3 Soziale Sicherung

Heiko Pfaff, Johannes Proksch, Stefan Rübenach

Statistisches Bundesamt (Destatis)

Ein menschenwürdiges Dasein für alle Bürgerinnen und Bürger zu sichern, ist Ziel der Sozialgesetzgebung in Deutschland. Hierzu gehören das Schaffen gleicher Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, sowie der Schutz und die Förderung der Familie. Zudem soll die Sozialgesetzgebung den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abwenden oder ausgleichen.

Ein hoher Anteil der Ausgaben der öffentlichen Haushalte (einschließlich der Sozialversicherungsträger und der Bundesagentur für Arbeit) fließt daher heute in die soziale Sicherung. Seit einigen Jahren wird jedoch – auch angesichts von Finanzierungsfragen – eine rege Debatte über Reformen der Sozialsysteme geführt. Beispiele hierfür sind die schrittweise Erhöhung der Regelaltersgrenze für Rentnerinnen und Rentner seit 2012 oder die Neuregelung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ab 2020 im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) durch das Bundesteilhabegesetz.

Auch die Familienpolitik steht weiterhin im Mittelpunkt der gesellschaftlichen Diskussion: So sind neben der Betreuungssituation von Kindern auch die gesetzlichen Änderungen zum Elterngeld (ElterngeldPlus) von großem Interesse.

8.3.1 Sozialbudget

Einen Überblick über das System der sozialen Sicherung bietet das Sozialbudget der Bundesregierung. Hier werden die verschiedenen Leistungen des Sicherungssystems jährlich zusammengestellt. Außer-

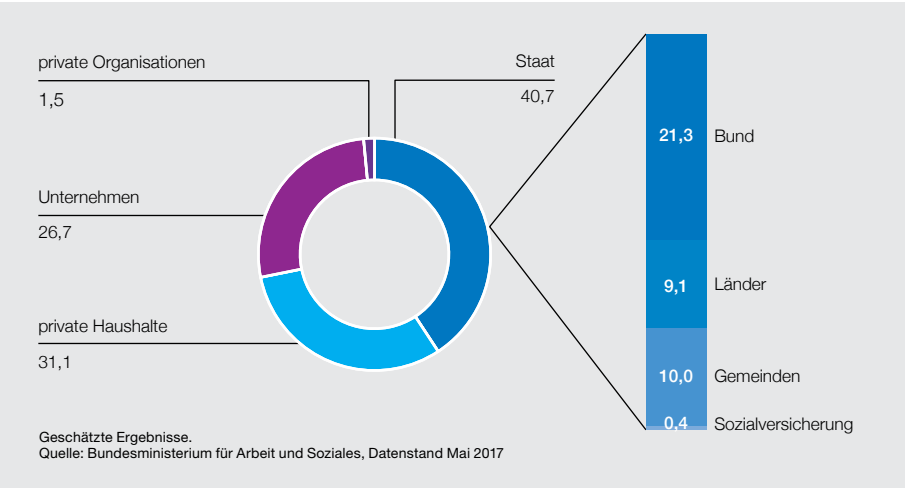
▶ Info 1

Darstellung im Sozialbudget

Um eine Vergleichbarkeit der einzelnen Bereiche untereinander und mit den umfassenderen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (siehe Kapitel 4.1, Seite 129) zu ermöglichen, werden für die Darstellung im Sozialbudget die Leistungen und deren Finanzierung bereinigt. Beispielsweise werden im Sozialbudget die Sozialleistungen insgesamt um die Selbstbeteiligung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger und um die Beiträge des Staates zur Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung für Empfängerinnen und Empfänger sozialer Leistungen bereinigt.

Aus diesem Grund und wegen methodischer Unterschiede weichen die Angaben teilweise von den in den folgenden Abschnitten dargestellten Statistiken ab.

▶ Abb 1 **Finanzierung des Sozialbudgets 2016 — in Prozent**



Geschätzte Ergebnisse.
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Datenstand Mai 2017

dem ist die Höhe der jeweiligen Finanzierung durch öffentliche Zuweisungen sowie durch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber abzulesen.

Die Leistungen des Sozialbudgets beliefen sich 2016 für Deutschland auf insgesamt 918,0 Milliarden Euro. Die Sozialleistungsquote – also das Verhältnis dieser Sozialleistungen im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt – betrug 2016 für Deutschland 29 %. ▶ Info 1

Wer finanziert das soziale Netz? Drei große Beitragszahler sind auszumachen: Der Staat (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung), die privaten Haushalte und die Arbeitgeber. ▶ Abb 1

Im Jahr 2016 floss der größte Anteil des Sozialbudgets in die »Sozialversicherungssysteme«. Die Leistungen der Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie der Unfallversicherung beliefen sich dabei zusammen auf 554,4 Milliarden Euro. Die »Förder- und Fürsorgesysteme« bildeten mit 175,9 Milliarden Euro das zweitgrößte System im Sozialbudget. Zu diesem Leistungsbereich gehören das Kindergeld und der Familienleistungsausgleich sowie das Erziehungsgeld/Elterngeld. Außerdem sind die Grundsicherung für Arbeitsuchende, die Arbeitslosenhilfe/sonstige Arbeitsförderung und die Ausbildungs- und Aufstiegsförderung hier zugeordnet, des Weiteren auch die Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe sowie das Wohngeld. ▶ Tab 1

Für die »Arbeitgebersysteme« wurden insgesamt 83,5 Milliarden Euro aufgewendet. Hierzu zählen die Entgeltfortzahlungen zum Beispiel im Krankheitsfall, die betriebliche Altersversorgung und die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst sowie sonstige Arbeitgeberleistungen (zum Beispiel Bereitstellung von Betriebswohnungen). Die »Systeme des öffentlichen Dienstes« hatten 2016 mit 74,1 Milliarden Euro einen Anteil von 8 % am Sozialbudget. Wie bei den »Sozialversicherungssystemen« steht auch hier die Altersversorgung, und zwar die des öffentlichen Dienstes, im Vordergrund.

▶ Tab 1 **Leistungen und Finanzierung des Sozialbudgets 2016**

	Leistungen insgesamt	Finanzierung durch		
		Sozialbeiträge der Versicherten	Sozialbeiträge der Arbeitgeber	Zuschüsse des Staates
	in Milliarden Euro	in Millionen Euro		
Sozialbudget insgesamt[1]	**918,0**	**296 226**	**330 040**	**326 232**
Sozialversicherungssysteme	**554,4**	**244 078**	**207 814**	**104 776**
Rentenversicherung	293,3	97 417	98 100	88 414
Krankenversicherung	220,7	110 488	70 008	15 503
Pflegeversicherung	29,6	18 775	11 548	–
Unfallversicherung	13,2	1 658	11 499	810
Arbeitslosenversicherung	26,7	15 740	16 659	50
Sondersysteme	**34,2**	**44 451**	**3 251**	**5 156**
Alterssicherung der Landwirte	2,7	572	–	2 243
Versorgungswerke	6,0	8 415	858	31
Private Altersvorsorge	0,5	11 760	–	2 881
Private Krankenversicherung	23,9	21 983	2 049	–
Private Pflegeversicherung	1,2	1 721	344	–
Systeme des öffentlichen Dienstes	**74,1**	**251**	**33 011**	**37 910**
Pensionen	55,2	251	20 979	32 228
Familienzuschläge	3,6	–	–	2 744
Beihilfen	15,4	–	12 032	2 937
Arbeitgebersysteme	**83,5**	**7 447**	**85 964**	**466**
Entgeltfortzahlung	43,3	–	43 324	–
Betriebliche Altersversorgung	26,8	5 445	29 788	–
Zusatzversorgung	12,1	2 002	11 520	466
Sonstige Arbeitgeberleistungen	1,3	–	1 331	–
Entschädigungssysteme	**2,5**	**–**	**–**	**2 611**
Soziale Entschädigung	1,0	–	–	1 031
Lastenausgleich	0,0	–	–	14
Wiedergutmachung	1,1	–	–	1 105
Sonstige Entschädigungen	0,5	–	–	461
Förder- und Fürsorgesysteme	**175,9**	**–**	**–**	**175 314**
Kindergeld und Familienleistungsausgleich	44,2	–	–	44 175
Erziehungsgeld/Elterngeld	6,8	–	–	6 777
Grundsicherung für Arbeitsuchende	42,7	–	–	42 696
Arbeitslosenhilfe/sonstige Arbeitsförderung	0,7	–	–	161
Ausbildungs- und Aufstiegsförderung	2,2	–	–	2 233
Sozialhilfe	39,5	–	–	39 521
Kinder- und Jugendhilfe	38,5	–	–	38 511
Wohngeld	1,2	–	–	1 242

Geschätzte Ergebnisse.
1 Konsolidiert um die umgeleiteten Sozialbeiträge für Empfängerinnen und Empfänger sozialer Leistungen zwischen den Institutionen. Ohne Beiträge des Staates. Entsprechend sind die Gesamtsummen des Sozialbudgets niedriger als die addierten Werte aus den einzelnen Institutionen.
– Nichts vorhanden.
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

▶ Info 2

Zähl-/Gültigkeitskonzept der Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Im April 2016 wurde das bisherige Zähl- und Gültigkeitskonzept der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) rückwirkend ab Einführung der Statistik im Jahr 2005 revidiert. Durch die Revision der Grundsicherungsstatistik SGB II wird eine vollständige statistische Abbildung aller Personengruppen im SGB II gewährleistet.

Nach dem neuen Zähl- und Gültigkeitskonzept werden die Regelleistungsberechtigten klar abgetrennt ausgewiesen. Systematisch getrennt davon werden nun Daten zu weiteren Personen in Bedarfsgemeinschaften wie sonstige Leistungsberechtigte und nicht leistungsberechtigte Personen in Bedarfsgemeinschaften zur Verfügung gestellt, die zuvor zum Teil mit als Leistungsberechtigte ausgewiesen wurden. Zu den Nichtleistungsberechtigten zählen Personen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen vom Leistungsanspruch nach dem SGB II ausgeschlossen sind, sowie minderjährige Kinder in Bedarfsgemeinschaften ohne individuellen Leistungsanspruch.

In der amtlichen Sozialberichterstattung wird rückwirkend ab dem Jahr 2006 nur die Personengruppe der Regelleistungsberechtigten zu den Empfängerinnen und Empfängern sozialer Mindestsicherungsleistungen gezählt. Diese Gruppe setzt sich aus den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und den nicht erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zusammen.

Nicht zu den Empfängerinnen und Empfängern sozialer Mindestsicherungsleistungen gehören in der amtlichen Sozialberichterstattung die nach dem neuen Zähl- und Gültigkeitskonzept der Statistik der Bundesagentur für Arbeit ab dem Jahr 2016 (rückwirkend bis 2005) ausgewiesenen sonstigen Leistungsberechtigten und die Nichtleistungsberechtigten. Da nach der Revision der Ausweis der Regelleistungsberechtigten nun systematisch bereinigt um diese Personengruppen erfolgt, liegt die Zahl der Regelleistungsberechtigten etwas unter der entsprechenden Zahl vor der Revision.

Nähere Informationen zu den Datenquellen der sozialen Mindestsicherung sind unter www.amtliche-sozialberichterstattung.de verfügbar.

▶ Tab 2 **Leistungen der sozialen Mindestsicherung am Jahresende 2016**

	Empfängerinnen und Empfänger
Gesamtregelleistungen nach dem SGB II insgesamt (Dezember)	5 972 889
↳ Arbeitslosengeld II	4 322 837
↳ Sozialgeld	1 650 052
Mindestsicherungsleistungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII insgesamt	1 159 292
↳ Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (am Jahresende)	133 389
↳ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Dezember)	1 025 903
Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Jahresende)	728 239
Insgesamt	**7 860 420**

Jahresende ist der Stichtag 31.12. und Dezember beinhaltet den ganzen Monat.
Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (SGB II), Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Die »Sondersysteme« hatten zusammen einen Leistungsumfang von 34,2 Milliarden Euro. Dazu zählen die private Kranken- und Pflegeversicherung, die private Altersvorsorge sowie die Versorgungswerke für freiberuflich Tätige und die Alterssicherung der Landwirte. Die Bedeutung der »Entschädigungssysteme« verliert mit zunehmendem Abstand von der Zeit des Nationalsozialismus (1933 bis 1945) an Gewicht. Im Jahr 2016 wurden 2,5 Milliarden Euro für Entschädigungen verschiedener Art ausgegeben.

8.3.2 Mindestsicherungssysteme

Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme sind finanzielle Hilfen des Staates, die zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts an leistungsberechtigte Personen ausgezahlt werden. Dazu zählen in der Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik folgende Leistungen:

- Gesamtregelleistungen (Arbeitslosengeld [ALG] II und Sozialgeld) nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), ▶ Info 2
- Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (zum Beispiel Wohn- und Pflegeheime) nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII,
- Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Am Jahresende 2016 erhielten in Deutschland insgesamt 7,9 Millionen Menschen die oben genannten Transferleistungen, um ihren grundlegenden Lebensunterhalt zu bestreiten. Damit waren 9,5 % der in Deutschland lebenden Menschen auf existenzsichernde finanzielle Hilfen des Staates angewiesen. ▶ Tab 2

Vor allem Menschen in den Stadtstaaten und teilweise in den neuen Ländern sowie in Nordrhein-Westfalen waren verstärkt auf Leistungen der Mindestsicherung angewiesen. In Berlin war ihr Anteil mit 19 % an der Bevölkerung am höchsten, gefolgt von Bremen mit 18 %. Besonders selten bezogen die Menschen in den südlichen Bundesländern Leistungen der Mindestsicherung. So erhielten Ende 2016 in Bayern 5,1 % und in Baden-Württemberg 5,9 % der Einwohnerinnen und Einwohner entsprechende Leistungen. ▶ Abb 2

Gesamtregelleistungen nach dem SGB II

Der mit Abstand größte Anteil an den Empfängerinnen und Empfängern von Mindestsicherungsleistungen entfiel auf die Gesamtregelleistungen Arbeitslosengeld (ALG II) und Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). ALG II erhalten erwerbsfähige Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet, die Altersgrenze für den Rentenbeginn nach § 7a SGB II noch nicht erreicht haben und ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen

Mitteln bestreiten können. Ihre im Haushalt lebenden nicht erwerbsfähigen Familienangehörigen (vor allem Kinder) erhalten Sozialgeld. ▸ Info 3

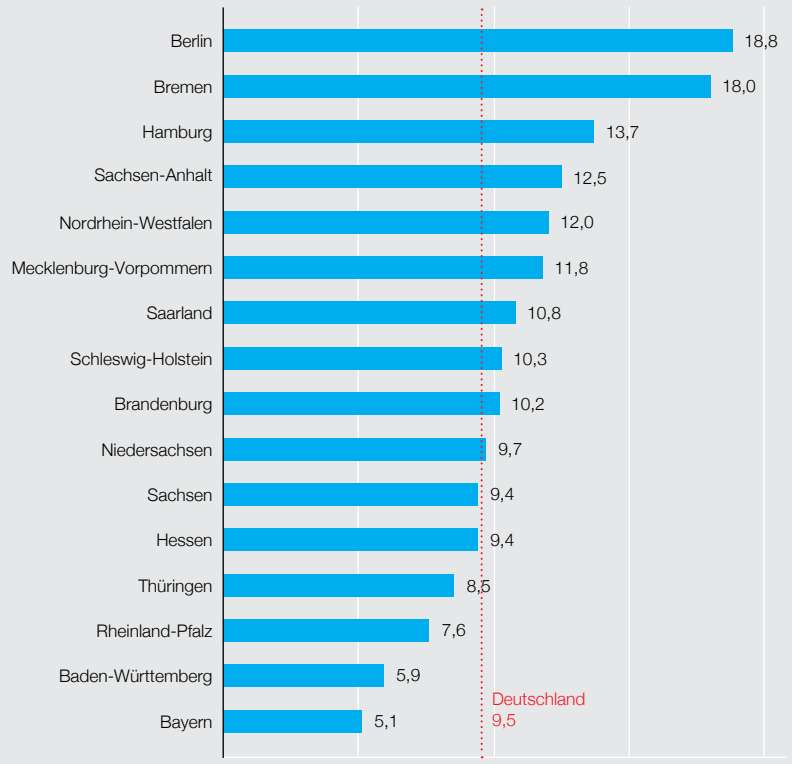
Die umgangssprachlich mit »Hartz IV« bezeichneten Leistungen der »Grundsicherung für Arbeitsuchende« nach dem SGB II wurden im Dezember 2016 an insgesamt knapp 6,0 Millionen regelleistungsberechtigte Personen ausgezahlt.

Von den rund 6,0 Millionen Regelleistungsberechtigten waren nach Angaben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Dezember 2016 etwa 1,8 Millionen Ausländerinnen und Ausländer. Bezogen auf die ausländische Bevölkerung bis unter der Altersgrenze für den Rentenbeginn entsprach dies einem Anteil von 21 %. Die Bezugsquote von ausländischen Regelleistungsberechtigten war in den ostdeutschen Bundesländern mit 29 % deutlich höher als in den westdeutschen; dort lag sie bei 20 %.

In den Stadtstaaten und den neuen Ländern waren deutlich mehr Personen auf die Leistungen nach dem SGB II angewiesen als in den westdeutschen Flächenländern. Auch hier war der Anteil an der Bevölkerung in Berlin mit 19 % am höchsten. Deutlich über dem Durchschnitt aller Bundesländer (9,1 %) lag Bremen mit 18 %, gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 14 %. Am seltensten nahmen die Menschen in Bayern (4,2 %) und in Baden-Württemberg (5,1 %) SGB-II-Leistungen in Anspruch. ▸ Abb 3

Das sogenannte Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige Familienangehörige von ALG-II-Empfängern. Im Dezember 2016 wurden rund 1,7 Millionen Sozialgeldempfänger registriert. Der Anteil an allen Regelleistungsberechtigten von Leistungen nach dem SGB II lag im Dezember 2016 bei 28 %. Die Sozialgeldempfänger waren zu 97 % Kinder unter 15 Jahren. Der Anteil der Kinder an allen Bezieherinnen und Beziehern von Regelleistungen nach dem SGB II lag im Bundesdurchschnitt bei 27 %. Rund 4,3 Millionen der insgesamt 6,0 Millionen Regelleistungsempfänger nach dem SGB II waren im Dezember 2016 erwerbsfähig und erhiel-

▸ Abb 2 **Empfängerinnen und Empfänger von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2016 — Anteil an der Gesamtbevölkerung in Prozent**



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder

▸ Info 3

Arbeitslosengeld

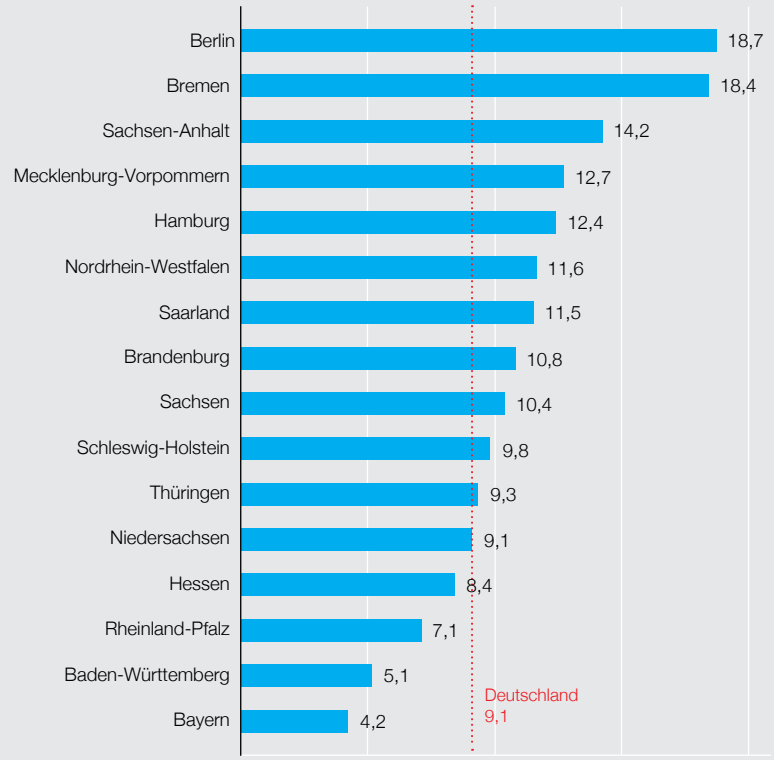
Mit der sogenannten Hartz-IV-Reform ist die soziale Sicherung von Arbeitslosen zum Jahresbeginn 2005 umstrukturiert worden. Dadurch entstand ein zweigliedriges System der sozialen Sicherung für arbeitslose beziehungsweise bedürftige Personen, dessen erste Stufe aus einer lohnabhängigen Versicherungsleistung – dem Arbeitslosengeld, auch ALG I genannt – besteht. Die Anspruchsdauer des Arbeitslosengeldes richtet sich nach der Dauer der vorangegangenen Versicherungszeiten und dem Alter der arbeitslosen Personen.

Die zweite Stufe der sozialen Absicherung bildet seit Jahresbeginn 2005 eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung im Rahmen der »Grundsicherung für Arbeitsuchende«, das ALG II. Diese Leistung konzentriert sich auf erwerbsfähige Hilfebedürftige ohne eigenes Einkommen oder Personen, deren Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Anspruchshöhe orientiert sich nicht am letzten Arbeitslohn, sondern am erforderlichen Bedarf der leistungsberechtigten Personen, um den notwendigen Lebensunterhalt abzusichern.

Altersgrenze für den Rentenbeginn

Personen, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichten die Altersgrenze mit Ablauf des Monats, in dem sie das 65. Lebensjahr vollendeten. Beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 wird die Altersgrenze seit dem 1. Januar 2012 schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Für den Berichtszeitraum Dezember 2016 gilt eine Altersgrenze von 65 Jahren und 5 Monaten. In Bezug auf die Altersgrenze stehen für die Berechnung von Bezugsquoten Bevölkerungsdaten nach Geburtsmonat grundsätzlich nicht zur Verfügung. Zur Berücksichtigung der Verschiebung der Altersgrenze von 65 auf 67 Jahre wird bei Berechnungen von Bezugsquoten eine Gleichverteilung der Geburten über das jeweilige Geburtsjahr unterstellt.

▶ Abb 3 **Empfängerinnen und Empfänger von Gesamtregelleistungen nach dem SGB II im Dezember 2016 — Anteil an der Bevölkerung bis zur Altersgrenze in Prozent**



Quellen: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder

ten ALG II. Frauen und Männer waren mit jeweils 50 % in gleichem Maße auf entsprechende Leistungen angewiesen.

Sozialhilfe nach dem SGB XII

Im Rahmen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) erhielten am Jahresende 2016 rund 1,2 Millionen Menschen »Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen« oder »Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung«.

Die Sozialhilfe bildet das unterste soziale Auffangnetz für bedürftige Menschen. Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen bestreiten können, sowie deren im Haushalt lebende Kinder unter 15 Jahren.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII »Sozialhilfe« soll den Grundbedarf vor allem an Nahrung, Kleidung, Unterkunft und Heizung decken (sogenanntes soziokulturelles Existenzminimum).

Ende 2016 erhielten in Deutschland insgesamt rund 374 000 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, darunter 133 000 Personen außerhalb von Einrichtungen wie Wohn- oder Pflegeheimen. Zu den Bezieherinnen und Beziehern sozialer Mindestsicherungsleistungen werden ausschließlich Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen gezählt. Damit werden Überschneidungen und Doppelzählungen mit den bereits darin enthaltenen Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Einrichtungen (nahezu deckungsgleicher Personenkreis) vermieden.

Rund 19 000 der 133 000 Hilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen waren Ausländerinnen und Ausländer. Von allen rund 19 000 ausländischen Hilfebeziehern kamen 25 % aus einem EU-Staat, 3,4 % waren Asylberechtigte und knapp 1,7 % waren Bürgerkriegsflüchtlinge.

Am Jahresende 2016 waren rund 16 % der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen Kinder unter 18 Jahren. Die 133 000 Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen lebten in 123 000 Personengemeinschaften, für die eine gemeinsame Bedarfsberechnung erfolgt. Im Durchschnitt bestand eine Personengemeinschaft aus 1,1 Empfängern. Drei Viertel (75 %) dieser Gemeinschaften waren Einpersonenhaushalte, 16 % Zweipersonenhaushalte und 9,3 % waren Haushalte mit drei oder mehr Personen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen wird im Wesentlichen in Form von Regelsätzen, Mehrbedarfszuschlägen und durch die Übernahme der Unterkunftskosten einschließlich der Heizkosten gewährt. Darüber hinaus können auch Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Alterssicherung übernommen und Bedarfe für Bildung und Teilhabe gewährt werden. Die Summe aus den vorgenannten Bedarfspositionen für alle Angehörigen der Personengemeinschaft ergibt deren Bruttobedarf. Zieht man hiervon das angerechnete Einkommen ab, erhält man den Nettobedarf. Durchschnittlich hatte eine Personengemeinschaft mit Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen Ende 2016 einen monatlichen Bruttobedarf von 795 Euro, wovon – sofern derartige Aufwendungen anfielen – 353 Euro auf die Kosten für Unterkunft und Heizung entfielen. Im Durchschnitt wurden 491 Euro je Personengemeinschaft gewährt – das waren 62 % des Bruttobedarfs. Sofern Einkommen vorhanden war, wurden

durchschnittlich 421 Euro je Personengemeinschaft angerechnet.

Fast drei Viertel (73 %) der Personengemeinschaften mit Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen verfügten über ein oder mehrere Einkommen. Am häufigsten erhielten diese Personengemeinschaften Renten wegen Erwerbsminderung (52 %), Altersrente (22 %) oder öffentlich-rechtliche Leistungen für Kinder (20 %).

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII »Sozialhilfe« erhalten dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren sowie Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Absatz 2 SGB XII erreicht haben und ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln aufbringen können (zur Altersgrenze siehe Info 3).

Rund 1 026 000 Personen bezogen am Jahresende 2016 in Deutschland Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. In der Bevölkerung ab 18 Jahren waren 1,5 % auf die Grundsicherung nach dem SGB XII angewiesen. Von den 1 026 000 Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern hatten rund 500 000 Personen die Altersgrenze noch nicht erreicht (49 %). Sie erhielten Grundsicherungsleistungen aufgrund einer dauerhaft vollen Erwerbsminderung. Diese Menschen werden dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich auch künftig nicht mehr zur Verfügung stehen. Rund 526 000 Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger (51 %) hatten die im Berichtszeitraum Dezember 2016 gültige Altersgrenze von 65 Jahren und 5 Monaten erreicht. Sie erhielten Grundsicherung im Alter. Damit konnten Ende 2016 deutschlandweit 3,1 % der Einwohner, die die Altersgrenze erreicht oder überschritten hatten, ihren Lebensunterhalt lediglich mithilfe von Grundsicherungsleistungen abdecken. ▸ Abb 4

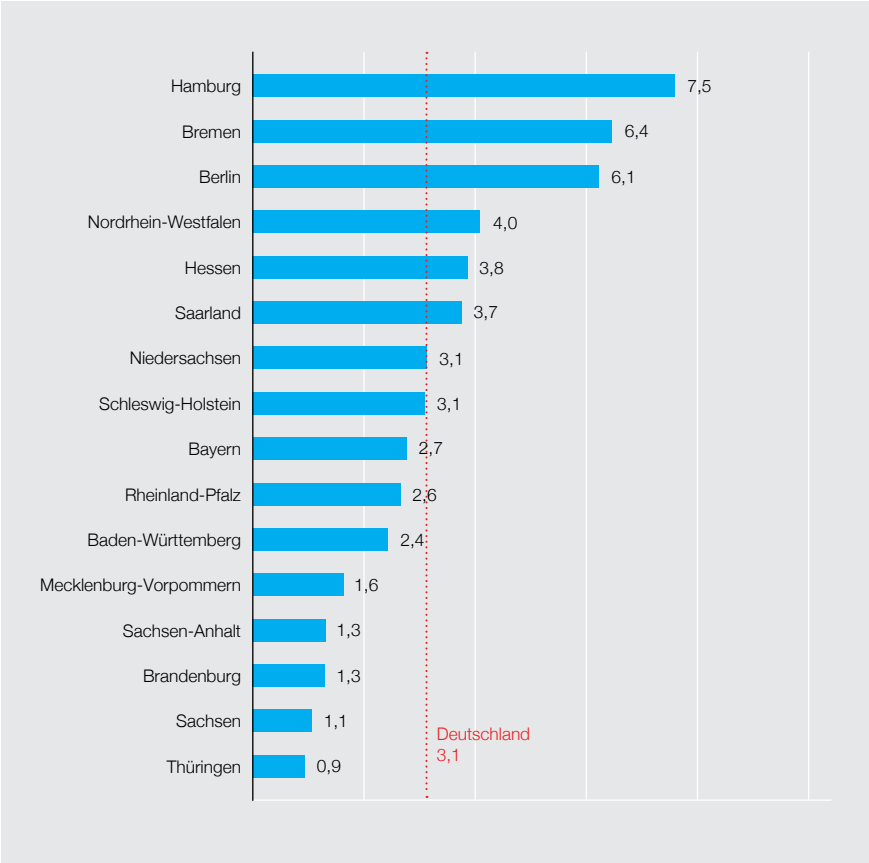
Bei den Empfängern von Grundsicherung im Alter gibt es sowohl regionale (West-Ost) als auch geschlechtsspezifische Unterschiede: Ende 2016 bezogen in Deutschland rechnerisch 3,2 % der Frauen und 2,9 % der Männer Grundsicherung im Alter. Während im früheren Bundesgebiet 3,5 % der Frauen, die die Altersgrenze erreicht hatten, Grundsicherung erhielten, waren es in den neuen Ländern und Berlin 2,0 % der Frauen in diesem Alter. Bei den gleichaltrigen Männern lag die Inanspruchnahme bei 3,1 % im Westen Deutschlands und bei 2,2 % im Osten Deutschlands.

Eine Ursache für die geringeren Grundsicherungsquoten der älteren Menschen in den ostdeutschen Bundesländern kann die höhere Erwerbsbeteiligung – vor allem auch die der Frauen – in der ehemaligen DDR sein. Daraus resultieren heute höhere Rentenansprüche, die meist zur Sicherung des Lebensunterhalts im Alter ausreichen. Eine weitere mögliche Ursache für die geringere Inanspruchnahme in Ostdeutschland ist ein geringeres Mietenniveau als in Westdeutschland.

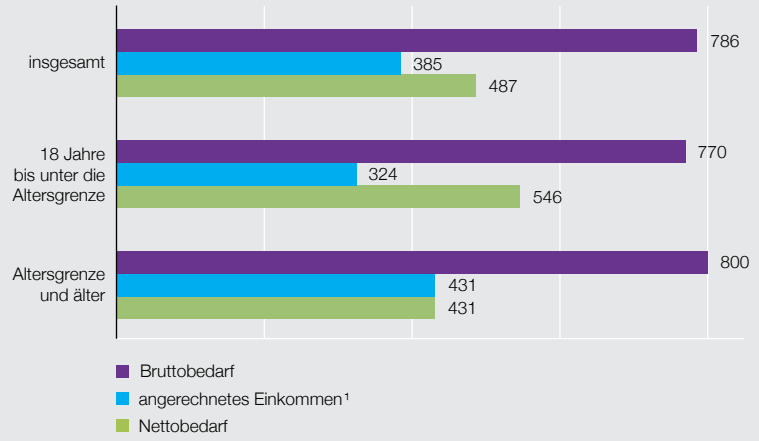
Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtzahl der Empfänger von Grundsicherungsleistungen lag Ende 2016 bei 17 %. Drei Viertel (75 %) der insgesamt 179 000 leistungsberechtigten ausländischen Personen hatten eine Staatsangehörigkeit eines EU-Staates. Rund 3,5 % aller leistungsberechtigten Ausländerinnen und Ausländer waren Asylberechtigte und 2,2 % waren Bürgerkriegsflüchtlinge.

Die monatlichen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden nach Regelsätzen erbracht – wie die Leistungen nach dem SGB II und die der Hilfe zum Lebensunterhalt. Neben dem Regelsatz

▸ Abb 4 **Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter über der Altersgrenze Dezember 2016 — Anteil an der jeweiligen Bevölkerung in Prozent**



▶ Abb 5 **Durchschnittliche Bedarfe der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Dezember 2016 — in Euro**



1 Bezogen auf Leistungsberechtigte mit angerechnetem Einkommen.

werden die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung als Bedarf anerkannt sowie unter anderem auch eventuell anfallende Beiträge für Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Mehrbedarfszuschläge. Die Gesamtsumme dieser Bedarfspositionen ergibt den Bruttobedarf, also den Betrag, den die antragstellende Person für ihren Lebensunterhalt monatlich benötigt. Zieht man hiervon das anrechenbare Einkommen der Person ab, erhält man den Nettobedarf.

Im Durchschnitt errechnete sich für einen Empfänger/eine Empfängerin von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Ende 2016 ein monatlicher Bruttobedarf von 786 Euro. Durchschnittlich 379 Euro wurden je Monat für den Regelsatz aufgewendet. Fielen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung an, gingen diese mit durchschnittlich 348 Euro in die Bedarfsberechnung ein. Hatten die Beziehenden ein anrechenbares Einkommen, so lag dies bei durchschnittlich 385 Euro. Der Nettobedarf je Leistungsberechtigten betrug durchschnittlich 487 Euro. Leistungsberechtigte, die die Altersgrenze bereits erreicht hatten, verfügten mit 431 Euro über ein deutlich höheres anzurechnendes Einkommen als Leistungsberechtigte bis zur Altersgrenze (324 Euro). Letztere hatten mit durchschnittlich 546 Euro einen deutlich höheren Nettobedarf als Leistungsberechtigte über der Altersgrenze (431 Euro). ▶ Abb 5

Asylbewerberleistungen

In Deutschland lebende Asylbewerberinnen und -bewerber erhalten seit 1993 anstelle von Sozialhilfe bei Bedarf Asylbewerberleistungen, um ihren Lebensunterhalt und ihre spezielle Bedarfssituation – beispielsweise bei Krankheit – zu sichern. Leistungsberechtigt sind Ausländerinnen und Ausländer, die sich im Bundesgebiet aufhalten und die im Asylbewerberleistungsgesetz aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. ▶ Info 4

Ausländerinnen und Ausländer, die vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft erhalten oder als Asylberechtigte anerkannt sind, sind hingegen nicht leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und können im Bedarfsfall Sozialhilfe erhalten. Sie werden in der Statistik über Asylbewerberleistungen nicht berücksichtigt. Am Jahresende 2016 erhielten gut 728 000 Personen Asylbewerberleistungen (Regelleistungen).

Die von der amtlichen Statistik nachgewiesenen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz umfassen die sogenannten Regelleistungen und die besonderen Leistungen. Die Regelleistungen dienen zur Deckung des täglichen Bedarfs und werden entweder in Form von Grundleistungen oder als Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt. Die Grundleistungen sollen den notwendigen Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts (notwendiger Bedarf) decken. Unter besonderen Umständen können – anstelle der Sachleistungen – auch Wertgutscheine oder andere vergleichbare, nicht bare Abrechnungen sowie Geldleistungen erbracht werden. Zusätzlich erhalten die Empfängerinnen und Empfänger Leistungen zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens (notwendiger persönlicher Bedarf). Die so gewährte individuelle Hilfeleistung ist insgesamt geringer als die korrespondierenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt. In speziellen Bedarfssituationen werden besondere Leistungen gewährt: Dazu gehören etwa Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, Leistungen in Form von Bereitstellung von Arbeitsgelegenheiten, insbesondere zur Aufrechterhaltung und Betreibung der Aufnahmeeinrichtung beziehungsweise vergleichbaren Einrichtung, sowie sonstige Leistungen im Sinne des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Ende des Jahres 2016 wohnten die 728 000 Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen in insgesamt 443 000 Haushalten. Die Zahl der Leistungsbezieher ging gegenüber dem Vorjahr um 25 % zurück. ▶ Abb 6

Zwei Drittel (66 %) der Empfänger von Regelleistungen waren Männer. Über die Hälfte aller Bezieherinnen und Bezieher (54 %) war jünger als 25 Jahre. Dezentral

untergebracht waren 44 % der Regelleistungsempfängerinnen und -empfänger, während die übrigen in Gemeinschaftsunterkünften oder Aufnahmeeinrichtungen lebten.

Die meisten Bezieherinnen und Bezieher von Regelleistungen stammten aus Asien (64 %), gefolgt von Personen aus Afrika und Europa (jeweils 17 %). Die knapp 463 000 asiatischen Bezieher von Regelleistungen kamen vornehmlich aus Afghanistan (30 %), Syrien (26 %), dem Irak (18 %), dem Iran (7 %), Pakistan (6 %) sowie Armenien (2 %). Die rund 124 000 europäischen Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen waren mit 33 % überwiegend im Besitz eines serbischen, kosovarischen oder montenegrinischen Passes oder eines Passes von deren Vorgängerstaaten. Rund 22 % stammten aus der Russischen Föderation und 16 % aus Albanien.

8.3.3 Fördersysteme

Wohngeld

Das Wohngeld ist ein je zur Hälfte vom Bund und von den Ländern getragener Zuschuss zu den Wohnkosten. Nach den Vorschriften des Wohngeldgesetzes wird es einkommensschwächeren Haushalten gewährt, damit diese die Wohnkosten für angemessenen und familiengerechten Wohnraum tragen können. Wohngeld wird entweder als Mietzuschuss für Mietobjekte oder als Lastenzuschuss für Haus- und Wohnungseigentum geleistet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder, deren monatlichem Gesamteinkommen sowie der zu berücksichtigenden Miete beziehungsweise Belastung. Ausführliche Informationen zum Thema Wohnen und Miete enthält Kapitel 6.2, Seite 217. ▸ Info 5

Zum Jahresende 2016 bezogen 631 000 Haushalte in Deutschland Wohngeld. Das waren 1,5 % aller Privathaushalte. Von den Wohngeldhaushalten waren rund 595 000 Haushalte (94 %) sogenannte reine Wohngeldhaushalte und 36 000 Haushalte (6 %) wohngeldrecht-

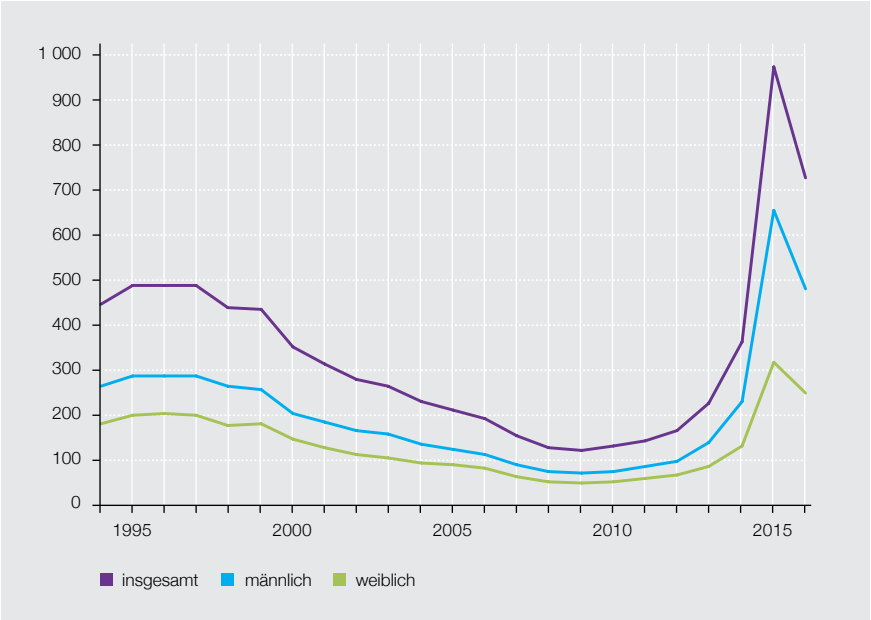
▸ Info 4

Berechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungsberechtigt sind Ausländerinnen und Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und eine der in § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Dies sind

- Besitz einer Aufenthaltsgestattung,
- Besitz einer Aufenthaltserlaubnis zum subsidiären Schutz,
- Besitz einer Duldung,
- eine Abschiebungsandrohung, die noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
- Personen, deren Einreise über einen Flughafen nicht oder noch nicht gestattet ist,
- Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der genannten Personen, die nicht selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen, sowie
- Personen, die einen Folge- oder Zweitantrag stellen.

▸ Abb 6 **Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz am Jahresende 1994–2016 — in Tausend**



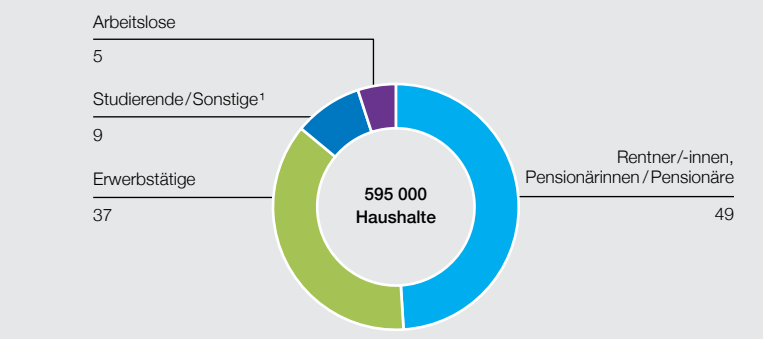
▸ Info 5

Änderungen beim Wohngeld

Mit der Wohngeldnovelle 2016 wurden die sogenannten Tabellenwerte nach 2009 erneut angepasst, indem neben dem Anstieg der Bruttokaltmieten und des Einkommens auch der Anstieg der warmen Nebenkosten und damit insgesamt der Bruttowarmmiete berücksichtigt wurde. Zum anderen wurden die Miethöchstbeträge regional gestaffelt angehoben. Die Miethöchstbeträge bestimmen den Betrag, bis zu dem die Miete durch das Wohngeld bezuschusst wird. In Regionen mit stark steigenden Mieten sind diese überdurchschnittlich stark angestiegen.

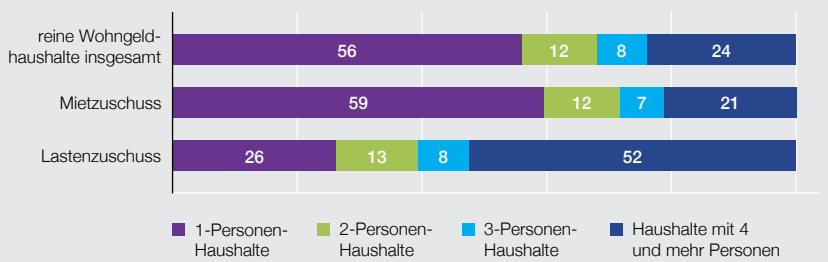
Neben gesetzlichen Änderungen spielen für die Entwicklung des Wohngeldes weitere Faktoren eine Rolle: Einen wichtigen Einfluss hat unter anderem die konjunkturelle Entwicklung. Prinzipiell nimmt die Zahl der Wohngeldhaushalte mit steigender Arbeitslosigkeit zu, bei sinkender Arbeitslosigkeit geht sie zurück. Bei einem Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit kommt es vermehrt zum Wechsel von Haushalten aus der Grundsicherung, die Leistungen für Unterkunft nach SGB II erhielten, in das Wohngeld. Dies führt wiederum dazu, dass die Zahl der Wohngeldhaushalte im Aufschwung nicht mehr – beziehungsweise nicht so stark – sinkt, wie das ohne eine Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit der Fall wäre.

▶ Abb 7 **Reine Wohngeldhaushalte nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers 2016 — in Prozent**



Stichtag: 31.12.2016.
1 Mit Einkommen nach § 14 Absatz 2 Nummer 27 bis 29 Wohngeldgesetz (WoGG).

▶ Abb 8 **Reine Wohngeldhaushalte nach Art des Wohngeldes und Haushaltsgröße 2016 — in Prozent**



Stichtag: 31.12.2016.

liche Teilhaushalte. In reinen Wohngeldhaushalten leben ausschließlich wohngeldberechtigte Haushaltsmitglieder. Dagegen wohnen in Mischhaushalten wohngeldberechtigte und nicht wohngeldberechtigte Personen zusammen. Zum wohngeldrechtlichen Teilhaushalt zählen die wohngeldberechtigten Mitglieder eines Mischhaushalts.

Im Jahr 2016 gab der Staat für Wohngeldleistungen rund 1,1 Milliarden Euro aus. Gegenüber dem Jahr 2015 stieg die Zahl der Wohngeldhaushalte insgesamt um 37 %. Bei den wohngeldrechtlichen Teilhaushalten war ein Rückgang von 11 % zu verzeichnen, wohingegen die Anzahl der reinen Wohngeldhaushalte um 42 % stieg. Die Wohngeldausgaben stiegen im gleichen Zeitraum insgesamt um rund 68 %.

Das Wohngeld kommt in erster Linie Mieterinnen und Mietern zugute: Mehr als neun von zehn Wohngeldhaushalten (92 %) erhielten Ende 2016 ihr Wohngeld als Mietzuschuss. Der Rest (rund 8 %) erhielt es als Lastenzuschuss, der Eigentümerinnen und Eigentümern gewährt wird.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich, sofern nicht anders erwähnt, ausschließlich auf reine Wohngeldhaushalte, die am Jahresende 2016 den überwiegenden Teil der Wohngeldhaushalte (94 %) ausmachten.

Ende 2016 waren knapp die Hälfte (49 %) der Empfängerinnen und Empfänger von Wohngeld Rentner oder Pensionäre, etwa ein Drittel (37 %) ging einer beruflichen Tätigkeit nach. Rund ein Zehntel (9 %) der Wohngeldempfänger studierte noch oder war aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig. Rund 5 % waren arbeitslos. ▶ Abb 7

Mehr als die Hälfte (56 %) der reinen Wohngeldhaushalte waren am Jahresende 2016 Einpersonenhaushalte. In rund einem Viertel (24 %) der Haushalte lebten mindestens vier Personen. Rund 12 % der Wohngeldhaushalte waren Zweipersonenhaushalte und 8 % Dreipersonenhaushalte. ▶ Abb 8

Als Mietzuschuss wird das Wohngeld überwiegend an kleinere Haushalte gezahlt, als Lastenzuschuss dagegen eher an größere Haushalte. So wurde der Mietzuschuss am Jahresende 2016 zu 71 % an Ein- und Zweipersonenhaushalte gezahlt. Mehr als die Hälfte der Empfängerinnen und Empfänger eines Mietzuschusses (59 %) lebte allein. In den Haushalten mit Lastenzuschuss wohnten dagegen überwiegend (52 %) vier und mehr Personen.

Am 31. Dezember 2016 hatte ein reiner Wohngeldhaushalt einen durchschnittlichen monatlichen Anspruch auf Wohngeld in Höhe von 157 Euro. Die Haushalte mit Lastenzuschuss hatten in der Regel höhere Wohnkosten zu tragen. An sie wurden mit durchschnittlich 227 Euro deutlich höhere Beträge gezahlt als an die Haushalte mit Mietzuschuss in Höhe von 151 Euro. Grundsätzlich ist der Wohngeldanspruch umso höher, je größer der Haushalt ist und je geringer das der Berechnung zugrunde liegende Gesamteinkommen. ▶ Tab 3

Das Wohngeld stellt immer nur einen Zuschuss zur Miete oder Belastung dar. Ein Teil der Wohnkosten muss in jedem Fall von der Antragstellerin beziehungs-

▶ Tab 3 **Reine Wohngeldhaushalte nach Haushaltsgröße und Höhe des monatlichen Wohngeldes 2016**

	Insgesamt		Davon mit einem monatlichen Wohngeld von ... bis unter ... Euro			Durchschnittlicher Wohngeldanspruch/Monat
			unter 50	50–150	150 und mehr	
	Anzahl	in %	in % von Spalte 1			in Euro
Insgesamt	**595 150**	**100**	**13,8**	**45,2**	**41,0**	**157**
Mietzuschuss	549 973	92,4	14,3	46,3	39,3	151
Lastenzuschuss	45 177	7,6	7,5	31,4	61,1	227
Haushalte ...						
von Alleinstehenden	335 087	56,3	18,5	58,0	23,4	111
mit 2 Haushaltsmitgliedern	73 491	12,3	11,7	40,7	47,6	159
mit 3 Haushaltsmitgliedern	44 956	7,6	10,4	34,2	55,4	183
mit 4 Haushaltsmitgliedern	64 412	10,8	6,6	27,9	65,5	205
mit 5 Haushaltsmitgliedern	45 849	7,7	4,1	18,4	77,4	254
mit 6 und mehr Haushaltsmitgliedern	31 355	5,3	2,1	9,5	88,4	365

Stichtag: 31.12.2016.

weise dem Antragsteller getragen werden. Durch den Bezug von Wohngeld sanken die durchschnittlichen tatsächlichen Wohnkosten je Wohngeldempfängerhaushalt von 448 Euro auf 291 Euro.

Die Höhe der Miete beziehungsweise der Belastung ist eine zentrale Größe bei der Festlegung des Wohngeldes. Zur zuschussfähigen Miete gehören auch bestimmte Umlagen, Zuschläge und Vergütungen, zum Beispiel die Kosten des Wasserverbrauchs, der Abwasser- und Müllbeseitigung, der Treppenhausbeleuchtung und Ähnliches. Außer Betracht bleiben dagegen die Heizungs- und Warmwasserkosten; daher wird auch von »Bruttokaltmiete« gesprochen. Zur Belastung bei den Eigentümerhaushalten zählen der Kapitaldienst (Zinsen, Tilgung) sowie die Aufwendungen für die Bewirtschaftung des Wohnraums, zu denen Instandhaltungs-, Betriebs- und Verwaltungskosten zu rechnen sind.

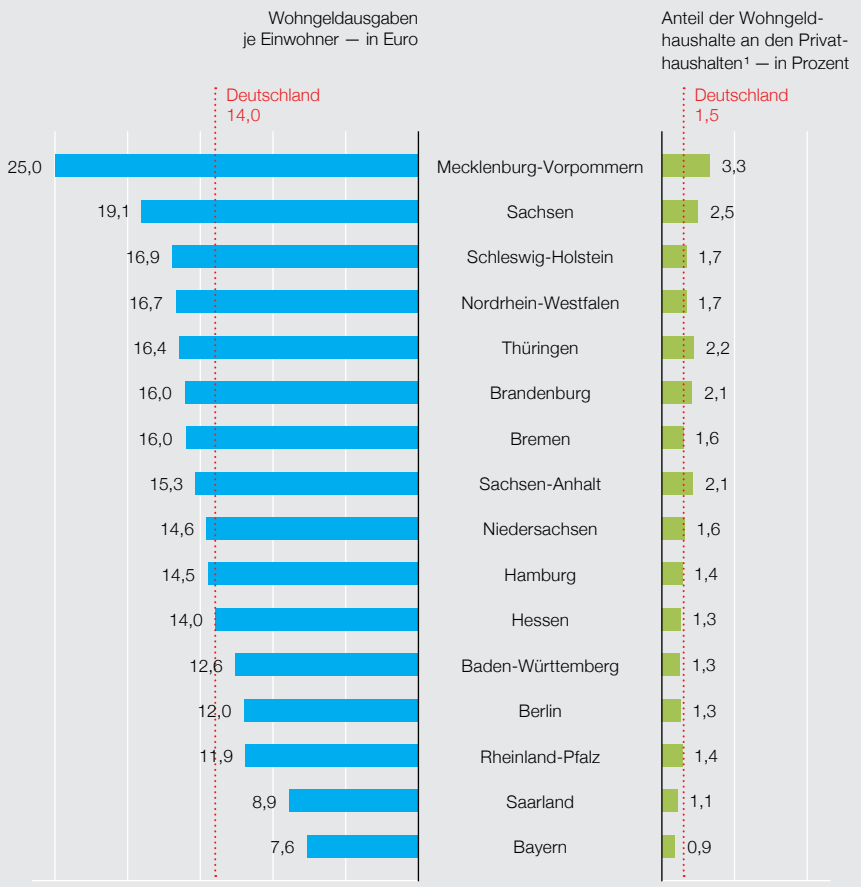
Die monatliche Bruttokaltmiete reiner Wohngeldhaushalte mit Mietzuschuss betrug Ende 2016 durchschnittlich 7,39 Euro je Quadratmeter Wohnfläche, die monatliche Belastung der entsprechenden Haushalte mit Lastenzuschuss lag mit durchschnittlich 5,77 Euro je Quadratmeter Wohnfläche niedriger.

Das hat im Wesentlichen zwei Gründe: Einerseits sind die durchschnittlichen Mieten je Quadratmeter in kleinen Wohnungen höher als in größeren. Zusätzlich überwiegen unter den Haushalten mit Mietzuschuss Einpersonenhaushalte, die in der Regel über eine kleine Wohnfläche verfügen. Andererseits leben in Wohngeldhaushalten mit Lastenzuschuss zumeist vier und mehr Haushaltsmitglieder in größeren Wohnungen mit mindestens 120 Quadratmetern zusammen. Zusätzlich ist die Belastung bei Wohngeldhaushalten mit Lastenzuschuss besonders niedrig, wenn für Wohnraum keine Belastung aus dem Kapitaldienst mehr besteht, sondern nur noch die Belastung aus der Bewirtschaftung (Instandhaltungs- und Betriebskosten).

Bei der Wohngeldförderung existieren in Deutschland ein Ost-West- und ein Nord-Süd-Gefälle. Zum Jahresende 2016 waren im früheren Bundesgebiet ohne Berlin 1,4 % aller privaten Haushalte reine Wohngeldhaushalte oder wohngeldrechtliche Teilhaushalte. In den neuen Ländern und Berlin war dieser Anteil mit 2,1 % deutlich höher. In den alten Bundesländern war der Anteil der Wohngeldhaushalte an den Privathaushalten in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen mit jeweils 1,7 % am höchsten, gefolgt von Niedersachsen und Bremen mit jeweils 1,6 %. Am seltensten erhielten die Haushalte in Bayern (0,9 %) und im Saarland (1,1 %) sowie in Baden-Württemberg und Hessen (jeweils 1,3 %) Wohngeld. In den östlichen Flächenländern hatte Mecklenburg-Vorpommern (3,3 %) den höchsten und Brandenburg sowie Sachsen-Anhalt (jeweils 2,1 %) den niedrigsten Anteil an Wohngeldhaushalten. In Berlin nahmen 1,3 % der Haushalte Wohngeld in Anspruch, was der Größenordnung der Inanspruchnahme in den alten Bundesländern entspricht. ▶ Abb 9

Im früheren Bundesgebiet ohne Berlin lag dabei der durchschnittliche monatliche Wohngeldanspruch von reinen Wohngeldhaushalten bei 169 Euro, in den neuen Ländern und Berlin bei 128 Euro sowie bundesweit bei 157 Euro. Die durchschnittliche monatliche Miete beziehungsweise Belastung von reinen Wohngeldhaushalten belief sich auf 7,15 Euro je Quadratmeter Wohnfläche. In den alten Bundesländern ohne Berlin lagen die durchschnittlichen Wohnkosten bei 7,37 Euro je Quadratmeter, in den neuen Bundesländern und Berlin bei 6,54 Euro je Quadratmeter.

▶ Abb 9 **Wohngeldausgaben und Wohngeldhaushalte nach Ländern 2016**



1 Reine Wohngeldhaushalte und wohngeldrechtliche Teilhaushalte bezogen auf die Zahl der Privathaushalte nach dem Mikrozensus 2016 (Jahresdurchschnitt/Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2011).

▶ Info 6

Elterngeld

Elterngeldbezüge für bis Ende 2012 geborene Kinder erfasste die ab 2008 durchgeführte Statistik über die beendeten Leistungsbezüge. In dieser inzwischen eingestellten Erhebung erfolgte erst nach Abschluss eines Leistungsbezuges eine Meldung zur Statistik. Für ab dem 1. Januar 2013 geborene Kinder melden die Elterngeldstellen alle drei Monate die Leistungsbezüge des jeweils vergangenen Quartals (Statistik zum Elterngeld [Leistungsbezüge]).

Seit dem dritten Quartal 2015, der Einführung von ElterngeldPlus (für nach dem 30. Juni 2015 geborene Kinder), werden zusätzlich zu den bisher erhobenen Merkmalen auch die Art der Leistung (Basis-Elterngeld beziehungsweise ElterngeldPlus beziehungsweise Partnerschaftsbonus) für jeden Bezugsmonat erfasst. Durch die Einführung dieser neuen Leistungsart kann sich die Bezugsdauer nun erheblich verlängern – die Ergebnisse zu abgeschlossenen Geburtszeiträumen sind deshalb erst später verfügbar. Gültige Rechtsgrundlage der Bundesstatistik zum Elterngeld für ab dem 1. Januar 2013 geborene Kinder ist das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) in der Neufassung vom 27. Januar 2015 (BGBl I 2015, Seite 33). Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle Leistungsbezieher nach dem Sitz der Elterngeldstelle, die im betrachteten Berichtsjahr 2017 mindestens einen Monat Elterngeld bezogen haben.

Elterngeld

Das im Januar 2007 eingeführte Elterngeld löste das bis dahin gewährte Erziehungsgeld ab. Es soll die Familien nach der Geburt eines Kindes insbesondere dann finanziell absichern, wenn durch die Betreuung des Kindes die Eltern ihre berufliche Arbeit unterbrechen oder einschränken und daher Erwerbseinkommen wegfallen.

Elterngeld steht allen Müttern und Vätern zu, die einen Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und mit ihrem Kind in einem Haushalt leben.

Eltern, deren Kinder nach dem 30. Juni 2015 geboren wurden, können zwischen dem Bezug von Basis-Elterngeld (bisheriges Elterngeld) und ElterngeldPlus wählen oder beides kombinieren. ▶ Info 6

(Basis-)Elterngeld kann für insgesamt 14 Monate nach der Geburt eines Kindes bewilligt werden, wovon ein Elternteil allein im Regelfall maximal zwölf Monate beanspruchen kann. Zwei weitere Monate gibt es, wenn auch der andere Elternteil Elterngeld für sich beantragt und einem der beiden Elternteile für zwei Monate Erwerbseinkommen wegfällt. Alleinerziehende können bei Wegfall von Erwerbseinkommen die vollen 14 Monate Elterngeld in Anspruch nehmen.

Die Höhe des Elterngeldes hängt vom durchschnittlich verfügbaren Erwerbseinkommen im Jahr vor der Geburt ab und beträgt mindestens 300 Euro und höchstens 1 800 Euro monatlich. Bei einem vor der Geburt verfügbaren Einkommen in Höhe von 1 000 Euro bis 1 200 Euro beträgt das Elterngeld 67 % des Voreinkommens. Bei geringerem Einkommen steigt die Ersatzrate schrittweise auf bis zu 100 %. Bei höherem Einkommen sinkt die Ersatzrate auf bis zu 65 % (maximal 1 800 Euro). Der Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro wird

▶ Tab 4 **Elterngeldbeziehende nach Art der Inanspruchnahme und Ländern 2017**

	Insgesamt	Davon		Frauen	Davon		Männer	Davon	
		mit Elterngeld-Plus[1]	darunter mit Partner-schafts-bonus[2]		mit Elterngeld-Plus[1]	darunter mit Partner-schafts-bonus[2]		mit Elterngeld-Plus[1]	darunter mit Partner-schafts-bonus[2]
	Anzahl	in %		Anzahl	in %		Anzahl	in %	
Baden-Württemberg	240 290	21,2	6,9	179 558	25,1	4,1	60 732	9,7	28,5
Bayern	291 134	17,9	7,8	216 120	21,1	4,7	75 014	8,6	29,4
Berlin	86 959	21,0	18,3	64 613	21,9	12,7	22 346	18,5	37,6
Brandenburg	47 198	18,1	11,8	36 077	20,3	7,8	11 121	11,2	34,8
Bremen	13 882	27,4	5,6	11 130	30,5	3,3	2 752	14,8	24,3
Hamburg	46 054	16,0	16,4	34 796	17,3	10,7	11 258	11,7	42,7
Hessen	129 428	21,1	6,3	100 816	24,1	3,8	28 612	10,7	26,3
Mecklenburg-Vorpommern	29 033	16,2	7,8	22 981	18,2	4,8	6 052	8,6	32,0
Niedersachsen	166 925	26,9	4,8	131 095	31,3	2,9	35 830	11,0	24,7
Nordrhein-Westfalen	365 791	23,9	6,2	289 489	27,0	3,8	76 302	12,2	27,0
Rheinland-Pfalz	81 775	29,3	3,8	65 673	33,6	2,2	16 102	11,8	22,3
Saarland	17 536	22,5	2,7	14 464	25,3	1,6	3 072	9,4	16,9
Sachsen	89 443	25,6	8,2	65 011	30,4	5,3	24 432	12,7	26,9
Sachsen-Anhalt	39 408	21,0	5,0	30 988	23,9	3,1	8 420	10,4	21,9
Schleswig-Holstein	54 489	23,4	6,9	43 244	26,2	4,2	11 245	12,4	29,1
Thüringen	45 405	31,8	5,8	34 019	38,6	3,5	11 386	11,6	28,3
Deutschland	**1 744 750**	**22,4**	**7,2**	**1 340 074**	**25,9**	**4,4**	**404 676**	**11,2**	**28,7**

Beziehende mit nach dem 30.6.2015 geborenen Kindern (neue Rechtslage).
1 Hierunter werden auch Beziehende gezählt, die nicht über den gesamten Bezugszeitraum, sondern nur zeitweise ElterngeldPlus beziehen. Die Inanspruchnahme von ElterngeldPlus muss nicht in den aktuellen Berichtszeitraum fallen.
2 Hierunter werden alle Beziehenden gezählt, die im Rahmen ihres Bezuges die Inanspruchnahme von Partnerschaftsbonus-Monaten vorgesehen haben. Die Inanspruchnahme des Partnerschaftsbonus muss nicht in den aktuellen Berichtszeitraum fallen.

auch gezahlt, wenn vor der Geburt des Kindes kein Einkommen erzielt wurde. Je nach Familiensituation erhöht sich der Betrag um einen Geschwisterbonus und/oder einen Mehrlingszuschlag.

Mit den Regelungen zum ElterngeldPlus sollen insbesondere diejenigen Eltern begünstigt werden, die bereits während des Elterngeldbezuges wieder in Teilzeit arbeiten wollen. Es beträgt monatlich maximal die Hälfte des Elterngeldes, das den Eltern bei vollständigem Wegfall des Erwerbseinkommens nach der Geburt zustünde. Dementsprechend liegt der monatliche Anspruch auf ElterngeldPlus zwischen 150 Euro und 900 Euro.

Durch die Einführung dieser neuen Leistungsart kann sich die Bezugsdauer nun erheblich verlängern, denn aus einem bisherigen (Basis-)Elterngeldmonat werden zwei ElterngeldPlus-Monate. Wenn beide Elternteile gleichzeitig für vier Monate jeweils zwischen 25 und 30 Stunden in der Woche arbeiten, gibt es außerdem einen Partnerschaftsbonus in Form von vier zusätzlichen ElterngeldPlus-Monaten je Elternteil. Dies gilt auch für getrennt erziehende Eltern, die als Eltern gemeinsam in Teilzeit gehen. Alleinerziehenden steht der Partnerschaftsbonus ebenfalls zu.

Im Jahr 2017 bezogen insgesamt 1,76 Millionen Mütter und Väter Elterngeld. Das Elterngeld wurde deutlich häufiger an Mütter als an Väter ausgezahlt: Die 1,35 Millionen Empfängerinnen machten 77 % der Beziehenden aus. Der Anteil der Väter lag entsprechend bei 23 %. Den höchsten Väteranteil gab es 2017 in Sachsen mit 28 %, den niedrigsten im Saarland mit 18 %.

Rund 1,74 Millionen Leistungsbezieherinnen und -bezieher des Jahres 2017 hatten ein Kind, das nach dem 30. Juni 2015 geboren wurde. Für diesen Personenkreis galten bereits die neuen Wahlmöglichkeiten des ElterngeldPlus. Hiervon entschieden sich 22 % für die neue Form der Leistungsgewährung. Die Inanspruchnahme ist dabei regional unterschiedlich: Während in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern nur 16 % der Beziehenden ElterngeldPlus beantragten, waren es in Thüringen 32 %. ▶ Tab 4

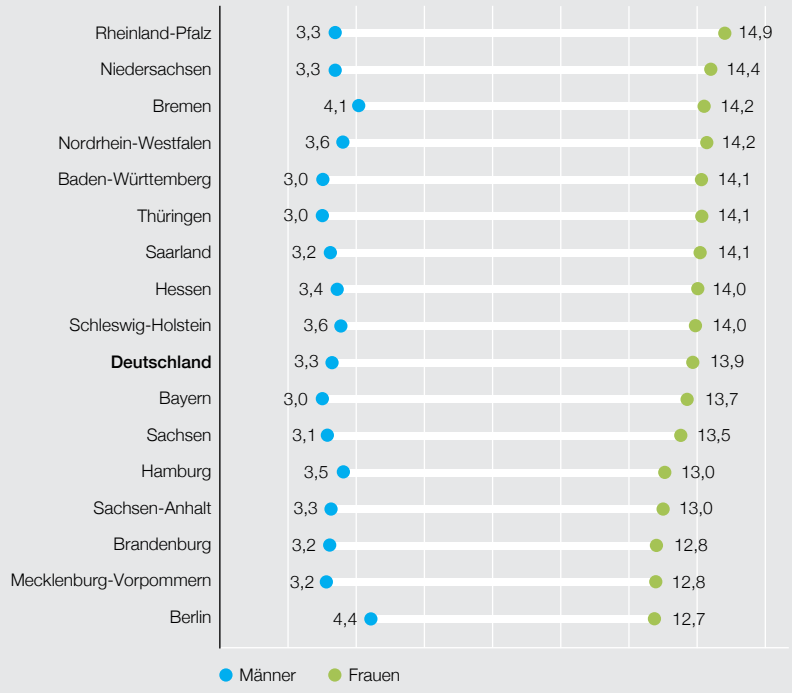
Das ElterngeldPlus kam vor allem bei Frauen auf Anhieb gut an: Mehr als jede vierte Mutter (26 %), die im Jahr 2017

▶ Tab 5 **Elterngeldbeziehende mit Erwerbseinkommen vor der Geburt nach Ländern 2017**

	Insgesamt		Frauen	Männer
	Anzahl	in %		
Baden-Württemberg	188 404	78,4	72,7	95,3
Bayern	235 812	81,0	76,0	95,4
Berlin	64 355	74,0	68,7	89,3
Brandenburg	38 608	81,8	78,5	92,4
Bremen	8 563	61,7	56,4	83,0
Hamburg	36 154	78,5	73,5	93,9
Hessen	95 911	74,1	69,2	91,4
Mecklenburg-Vorpommern	22 894	78,9	75,8	90,4
Niedersachsen	123 142	73,8	69,4	89,8
Nordrhein-Westfalen	265 847	72,7	68,1	89,9
Rheinland-Pfalz	59 197	72,4	67,9	90,7
Saarland	11 882	67,8	63,3	88,7
Sachsen	74 628	83,4	79,7	93,5
Sachsen-Anhalt	29 705	75,4	71,7	88,8
Schleswig-Holstein	41 861	76,8	73,8	88,6
Thüringen	37 047	81,6	78,1	92,1
Deutschland	**1 334 010**	**76,5**	**71,7**	**92,2**

Beziehende mit nach dem 30.6.2015 geborenen Kindern (neue Rechtslage) und für die Elterngeldberechnung relevantem Erwerbseinkommen.

▶ Abb 10 **Voraussichtliche Bezugsdauer für vor der Geburt erwerbstätige Leistungsbeziehende 2017 — in Monaten**



Beziehende mit nach dem 30.6.2015 geborenen Kindern (neue Rechtslage).

Elterngeld erhielt und die rechtliche Möglichkeit dazu hatte, plante im Rahmen ihres Elterngeldbezuges ElterngeldPlus ein. Den höchsten Frauenanteil an ElterngeldPlus-Bezieherinnen gab es in Thüringen (39 %). Am seltensten bezogen Frauen in Hamburg (17 %) und in Mecklenburg-Vorpommern (18 %) ElterngeldPlus.

Väter beantragten lediglich zu 11 % auch ElterngeldPlus-Monate im Rahmen ihres Elterngeldbezuges. Am häufigsten bezogen Männer in Berlin (19 %) ElterngeldPlus; am niedrigsten lag der Anteil in Mecklenburg-Vorpommern und in Bayern (jeweils 8,6 %). Die – eher wenigen – Väter, die sich für die Inanspruchnahme von ElterngeldPlus entschieden, nahmen allerdings relativ häufig (29 %) auch den Partnerschaftsbonus in Anspruch. Der Anteil der Bezieher mit vorgesehenen Partnerschaftsbonus-Monaten an den ElterngeldPlus-Beziehern ist bei den Männern in Hamburg mit 43 % mit Abstand am höchsten. Von den Frauen mit ElterngeldPlus planten bundesweit lediglich 4,4 % einen Partnerschaftsbonus mit ein. Mit 13 % lag ihr Anteil in Berlin am höchsten.

Von allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern mit nach dem 30. Juni 2015 geborenen Kindern waren 76 % vor der Geburt erwerbstätig. Bei den Männern waren etwa neun von zehn Leistungsbeziehern vor der Geburt des anspruchsbegründenden Kindes erwerbstätig (92 %), bei den Frauen hingegen nur etwa sieben von zehn (72 %). Väter, die vor der Geburt erwerbstätig waren, planten im Durchschnitt 3,3 Elterngeldbezugsmonate. Vor der Geburt erwerbstätige Mütter bezogen mit im Schnitt 13,9 Bezugsmonaten deutlich länger Elterngeld als ihre erwerbstätigen Partner. ▶ Tab 5, Abb 10

Aufgrund der im Regelfall deutlich längeren Bezugsdauer ist die Höhe des durchschnittlichen Elterngeldanspruchs insgesamt bei Frauen höher als bei Männern. Den Anspruch aller Bezugsmonate aufsummiert, haben Männer im Schnitt einen Elterngeldanspruch von 3 545 Euro. Frauen haben hingegen einen durch-

▶ Tab 6 **Höhe des durchschnittlichen Elterngeldbezugs für Leistungsbeziehende 2017 — in Euro**

	Frauen		Männer	
	monatlicher Anspruch im Bezugszeitraum	Elterngeld-anspruch insgesamt	monatlicher Anspruch im Bezugszeitraum	Elterngeld-anspruch insgesamt
Baden-Württemberg	733	9 581	1 331	3 637
Bayern	765	9 810	1 288	3 489
Berlin	738	9 050	1 017	4 051
Brandenburg	755	9 362	1 022	3 096
Bremen	604	7 916	1 036	3 755
Hamburg	831	10 275	1 250	4 015
Hessen	718	9 286	1 218	3 768
Mecklenburg-Vorpommern	705	8 742	998	3 060
Niedersachsen	662	8 749	1 166	3 477
Nordrhein-Westfalen	665	8 734	1 154	3 703
Rheinland-Pfalz	649	8 802	1 184	3 489
Saarland	648	8 461	1 192	3 577
Sachsen	708	9 140	1 002	2 946
Sachsen-Anhalt	672	8 473	974	3 096
Schleswig-Holstein	697	9 070	1 135	3 655
Thüringen	676	9 029	992	2 791
Deutschland	**707**	**9 162**	**1 183**	**3 545**

Beziehende mit nach dem 30.6.2015 geborenen Kindern (neue Rechtslage).

schnittlichen Elterngeldanspruch von 9 162 Euro. Bei der Höhe des durchschnittlichen monatlichen Elterngeldanspruchs zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Aufgrund des höheren Anteils an Erwerbstätigkeit vor der Geburt und auch der im Schnitt höheren Einkommen ist der Anspruch je Bezugsmonat bei Männern mit 1 183 Euro deutlich höher als der monatliche Anspruch der Frauen mit 707 Euro. ▶ Tab 6

Kinder- und Jugendhilfe

Die Statistik der Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Jugendhilfe weist Ausgaben nach, die aus öffentlichen Mitteln für Zwecke der Jugendhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) »Kinder- und Jugendhilfe« geleistet werden, sowie die entsprechenden Einnahmen. Diese werden getrennt für Einzel- und Gruppenhilfen und andere Aufgaben nach dem SGB VIII und für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe erfasst (unter anderem Kindertageseinrichtungen). Die Ausgaben für Einzel- und Gruppenhilfen werden gegliedert nach Hilfeart und Art der Ausgabe erhoben.

Für den gesamten Bereich der Kinder- und Jugendhilfe wendeten die öffentlichen Träger im Jahr 2016 brutto 45,1 Milliarden Euro auf. Rund 63 % dieser Ausgaben fielen in den Bereich der Kindertagesbetreuung (28,5 Milliarden Euro). Leistungen der Hilfe zur Erziehung kosteten die Träger der Kinder- und Jugendhilfe insgesamt 12,2 Milliarden Euro. Davon entfielen 6,5 Milliarden Euro (53 %) auf die Unterbringung junger Menschen außerhalb des Elternhauses in Vollzeitpflege und Heimerziehung oder sonstiger betreuter Wohnform.

Über die Leistungen und anderen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe informiert Kapitel 2.3, Seite 69.

8.4 Sozialversicherungssysteme*

*Überarbeitung der Version, die 2013 von Heiko Pfaff erstellt wurde.

Jan Paul Heisig
WZB

WZB/SOEP

Die Sozialversicherungssysteme sind wichtige Bausteine des deutschen Sozialstaats und sollen die Menschen vor den Folgen zentraler Lebensrisiken schützen. Neben Geld- und Sachleistungen zur Kompensation der direkten Folgen von Ereignissen wie Krankheit oder Arbeitslosigkeit umfassen die Leistungen der Sozialversicherungssysteme auch präventive Maßnahmen (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der Krankenversicherung) sowie Maßnahmen, die die Ursachen der Hilfsbedürftigkeit direkt bekämpfen sollen (zum Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen für Erwerbsgeminderte oder Vermittlungshilfen sowie Aus- und Weiterbildungsangebote für Arbeitslose).

Ergänzt werden die Sozialversicherungssysteme durch eine Reihe von Mindestsicherungssystemen (siehe Kapitel 8.3.2, Seite 316). Ein entscheidender Unterschied zwischen den Sozialversicherungs- und den Mindestsicherungssystemen besteht darin, dass Leistungsansprüche im Falle der Versicherungssysteme grundsätzlich durch die Zahlung von Beiträgen erworben werden. Dabei wird dieses »Versicherungsprinzip« in den deutschen Sozialversicherungssystemen aber durch eine Vielzahl von Regelungen abgeschwächt, sodass die Koppelung zwischen Beiträgen und Leistungsansprüchen in der Sozialversicherung teils deutlich schwächer ist als auf privaten Versicherungsmärkten. So steigen zum Beispiel die Beiträge der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze proportional mit dem Erwerbseinkommen an, ohne dass dies Unterschiede in den Leistungsansprüchen zur Folge hätte. Durch die kostenlose Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnerinnen oder Ehepartnern findet in der Krankenversicherung zudem eine Umverteilung von Kinderlosen zu Personen mit Kindern statt, für die es in der privaten Krankenversicherung keine Entsprechung gibt. Insbesondere die Versicherung der nicht erwerbstätigen Ehepartnerinnen und -partner wird immer wieder kritisch diskutiert, da sie ähnlich wie das Ehegattensplitting in der Einkommensteuer verheiratete Frauen davon abhalten könnte, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen. Anders als bei privaten Versicherungen hängen die Beiträge in der Sozialversicherung zudem nicht vom Risikoprofil der oder des Versicherten ab. Personen, die zum Beispiel aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit erhöhte Erkrankungs- oder Arbeitslosigkeitsrisiken haben, zahlen bei sonst gleichen Voraussetzungen die gleichen Beiträge wie Personen mit niedrigeren Risiken.

Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick über die vier wichtigsten Sozialversicherungssysteme in Deutschland: die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die Arbeitslosenversicherung.

8.4.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der wichtigste Baustein der Altersvorsorge und Hinterbliebenensicherung in Deutschland. Auch das Risiko einer langfristigen Erwerbsminderung aufgrund von psychischen oder physischen Erkrankungen wird durch sie abgesichert. Für einige Berufsgruppen werden die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung durch andere gesonderte Versicherungssysteme getragen, wobei diese in der Regel jedoch recht eng an die gesetzliche Rentenversicherung angelehnt sind. Zu nennen sind hier insbesondere die Altersicherung für Landwirte, berufsständische Versorgungswerke (zum Beispiel für Apothekerinnen und Apotheker oder Architektinnen und Architekten) sowie die Beamtenversorgung. Ergänzt werden diese grundständigen Systeme durch eine Reihe von zusätzlichen Programmen wie die betriebliche Altersvorsorge, die Zusatzvorsorge im öffentlichen Dienst und weitere (tarif-)vertragliche und freiwillige Arbeitgeberleistungen. Mit der Einführung der »Riester-Rente« im Jahr

▶ Tab 1 **Gesetzliche Rentenversicherung 2016**

	Rentenbestand[1] in 1 000
Insgesamt	**25 397**
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	1 783
Altersrenten	18 004
Witwer-/Witwenrenten	5 288
Waisenrenten	314
	Einnahmen und Ausgaben in Milliarden Euro
Einnahmen	291,9
↳ davon Beiträge	215,7
Ausgaben	293,9
	durchschnittliche Versichertenrente in Euro pro Monat
Frauen	673
Männer	1063

1 Zum 1.7.2016.
Datenbasis: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbericht 2017; Deutsche Rentenversicherung: Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2017.

2002 und der »Rürup-Rente« im Jahr 2005 wurde zudem das System der individuellen privaten Vorsorge gestärkt.

Dem Sozialbudget der Bundesregierung zufolge lagen die Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2016 bei rund 293,9 Milliarden Euro, was 32 % des gesamten Sozialbudgets in Höhe von 918 Milliarden Euro entspricht (siehe Kapitel 8.3.1, Seite 315, Tab 1). Etwa 90 % der Ausgaben wurden für Rentenzahlungen aufgewendet. Der zweitgrößte Ausgabenposten war mit 18,4 Milliarden Euro die Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner (siehe auch Abschnitt 8.4.2). Insgesamt bezogen Mitte 2016 gut 25,4 Millionen Personen Renten von der gesetzlichen Rentenversicherung. In 71 % der Fälle handelte es sich dabei um Altersrenten, bei 22 % um Hinterbliebenenrenten und bei 7 % um Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. ▶ Tab 1

Die durchschnittliche monatliche Versichertenrente lag 2016 für Männer bei 1 063 Euro, für Frauen bei 673 Euro. Der Unterschied in der Rentenhöhe ergibt sich unter anderem dadurch, dass die heute anspruchsberechtigten Frauen im Verlauf ihres Arbeitslebens im Durchschnitt geringer entlohnte Tätigkeiten ausführten. Außerdem haben viele Frauen – vor allem aus familiären Gründen – ihre Erwerbstätigkeit zeitweise unterbrochen oder frühzeitig beendet. Die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten kann diese Effekte nur teilweise kompensieren. Dies gilt auch nach der Einführung der sogenannten Mütterrente, durch die für jedes vor 1992 geborene Kind seit dem 1. Juli 2014 ein zusätzlicher sogenannter Entgeltpunkt gutgeschrieben wird. Die Entgeltpunkte sind die Berechnungsgrundlage für die individuelle Rentenhöhe. Zum 1. Juli 2016 betrug der Wert eines Entgeltpunkts in Westdeutschland 30,45 Euro und in Ostdeutschland 28,66 Euro (siehe Kapitel 8.5, Seite 333, Info 1).

Die gesetzliche Rentenversicherung finanziert sich seit der Rentenreform von 1957 nach dem sogenannten Umlageverfahren. Das bedeutet, dass die Beschäftigten im Rahmen eines »Generationenvertrages« die Renten der inzwischen verrenteten, früheren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen.

Die Beiträge von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sind die wichtigste Finanzierungsquelle der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Jahr 2016 lag der Beitragssatz bei 18,7 % des Bruttolohns unterhalb der Bemessungsgrenze von monatlich 6 650 Euro, wobei der Beitrag je zur Hälfte von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern getragen wird. Die Beitragseinnahmen machten 2016 rund 74 % der Gesamteinnahmen aus (215,7 von 291,9 Milliarden Euro). Die zweitwichtigste Einnahmequelle der gesetzlichen Rentenversicherung sind Bundeszuschüsse, deren Höhe im Jahr 2016 insgesamt 69,7 Milliarden Euro betrug. Betrachtet man die große Bedeutung der Beitragszahlungen, so werden die viel diskutierten Probleme des Umlageverfahrens deutlich: Solange das Verhältnis zwischen Beitragszahlerinnen und -zahlern auf der einen und Rentenempfängerinnen und -empfängern auf der anderen Seite konstant bleibt oder die Anzahl der Zahlenden gegenüber den Empfängerinnen und Empfängern sogar steigt, funktioniert das Verfahren. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft (siehe Kapitel 1.1, Seite 15, Tab 4) müssen in den letzten Jahren jedoch immer weniger Beitragszahlende für die Finanzierung von immer mehr Renten aufkommen – ein Trend, der sich voraussichtlich auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Um die Folgen dieser Entwicklung abzumildern, wird die sogenannte Regelaltersgrenze für den Bezug abschlagsfreier Altersrenten für die Geburtsjahrgänge ab 1947 seit 2012 schrittweise erhöht. Für die Geburtsjahrgänge ab 1964 wird die Regelaltersgrenze nach aktueller Gesetzeslage 67 Jahre betragen (»Rente mit 67«). Weitere Erhöhungen sind bisher nicht vorgesehen.

8.4.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der zentrale Pfeiler der sozialen Absicherung im Bereich der Gesundheit. Eine wichtige Rolle spielen außerdem die gesetzliche Unfallversicherung, die Pflegeversicherung (siehe Abschnitt 8.4.3), die Beihilfen im öffentlichen Dienst, die

verpflichtende Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie die private Krankenversicherung.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden in Deutschland von über 100 teils regionalen, teils überregionalen Krankenkassen angeboten. Beschäftigte in einem Arbeiter- oder Angestelltenverhältnis müssen sich bei einer dieser Krankenkassen versichern, wenn ihr regelmäßiger Jahresverdienst unterhalb der sogenannten Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt (im Jahr 2016 lag diese bei 56 250 Euro). Abhängig Beschäftigte, deren Einkommen oberhalb der Jahresentgeltgrenze liegt, können sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einer privaten Krankenversicherung versichern. Neben der Mehrheit der abhängig Beschäftigten sind die meisten Rentnerinnen und Rentner (über die »Krankenversicherung der Rentner«) sowie Auszubildende, Studierende und Arbeitslose in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Schließlich sind auch einige Gruppen von Selbstständigen, zum Beispiel landwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer, in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die Mehrheit der Selbstständigen kann jedoch unabhängig von ihrem Einkommen zwischen der Versicherung bei einer gesetzlichen und einer privaten Krankenkasse wählen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es nicht immer möglich ist, nach einer Phase der Versicherung in der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln beziehungsweise zurückzukehren.

Grundsätzlich besteht in Deutschland seit dem 1. Januar 2009 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Personen, die nicht automatisch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, müssen sich also freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder über eine private Krankenversicherung absichern.

Im Jahresdurchschnitt standen 2016 insgesamt 71,4 Millionen Personen unter dem Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon waren 32,6 Millionen (46 %) Pflichtmitglieder, 5,8 Millionen (8 %) freiwillige Mitglieder und 16,8 Millionen (24 %) pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner. Weitere 16,2 Millionen (23 %) Personen waren im Rahmen der oben bereits diskutierten Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Wie im Falle der Rentenversicherung sind die Beträge von Beschäftigten sowie Arbeitgebern auch für die gesetzliche Krankenversicherung die bei Weitem wichtigste Einnahmequelle. Im Jahr 2016 machten sie 206,7 Milliarden Euro und damit 92,7 % der Gesamteinnahmen von 223,0 Milliarden Euro aus. Seit 2015 beträgt der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung 14,6 % des Bruttoeinkommens unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 4 237,50 Euro monatlich, wobei die Hälfte des Beitrags bei abhängig Beschäftigten vom Arbeitgeber übernommen wird. Neben diesem allgemeinen Beitrag erheben die gesetzlichen Krankenkassen Zusatzbeiträge, die allein von den Beschäftigten getragen werden. Für das Jahr 2018 lagen die Zusatzbeiträge bei den bundesweit geöffneten Krankenkassen zwischen 0,59 % und 1,70 %. Einige regionale und Betriebskrankenkassen verlangten geringere Zusatzbeiträge. ▸ Tab 2

▸ Tab 2 **Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung 2016 — in Milliarden Euro**

	2016
Ausgaben insgesamt	**222,3**
Behandlungen durch Ärztinnen/Ärzte und Heilmittelerbringer	43,7
Behandlung durch Zahnärztinnen/Zahnärzte und Zahnersatz	13,9
Arzneimittel und Hilfsmittel	43,8
Krankenhaus	71,7
Krankengeld	11,7
Sonstige Leistungen	25,2
Sonstige Ausgaben	1,5
Verwaltungsaufgaben	9,3
Verrechnungen	1,6
Einnahmen insgesamt	**223,0**
Beiträge	206,7
Bundesmittel	15,5
Sonstige Einnahmen	0,4
Verrechnungen	0,3

Datenbasis: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbericht 2017.

Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2016 auf 222,3 Milliarden Euro. Der größte Ausgabenblock waren die Krankenhausbehandlungen (71,7 Milliarden Euro beziehungsweise 32,3 % der Gesamtausgaben), gefolgt von den Kosten für Arznei und Hilfsmittel (43,8 Milliarden Euro beziehungsweise 19,7 %) sowie für Behandlungen durch Ärzte und Heilmittelerbringer (43,7 Milliarden Euro beziehungsweise ebenfalls 19,7 %).

8.4.3 Soziale Pflegeversicherung

Im Jahr 1995 wurde das Sozialsystem mit der Pflegeversicherung um eine weitere Säule ergänzt. Sie soll Schutz vor den finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit bieten und den Betroffenen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung – gesetzlich Versicherte sind in der Regel über ihre Krankenkasse in der zugehörigen Pflegekasse versichert, privat Versicherte bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Seit April 1995 gibt es Leistun-

▶ Tab 3 **Ausgaben und Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung 2016 und Schätzung für 2021 — in Milliarden Euro**

	2016	2021 (Schätzung)
Ausgaben insgesamt	**29,7**	**41,0**
↳ ambulante Leistungen	14,8	22,3
↳ soziale Sicherung der Pflegepersonen	1,0	1,9
↳ stationäre Leistungen	12,4	14,9
↳ medizinischer Dienst	0,4	0,5
↳ Verwaltungsausgaben	1,0	1,4
↳ Verrechnungen	0,0	0,0
Einnahmen insgesamt	**32,0**	**41,2**
↳ Beiträge	31,9	41,1
↳ sonstige Einnahmen	0,0	0,1

Datenbasis: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbericht 2017.

gen für die häusliche (ambulante) Pflege, seit Juli 1996 auch für die stationäre Pflege in Heimen (zur Versorgung von Pflegebedürftigen siehe Kapitel 8.1.3, Seite 296). Die Höhe der Zahlungen der sozialen Pflegeversicherung richtet sich nach dem individuellen Hilfebedarf, der bis einschließlich 2016 in drei Pflegestufen eingeteilt wurde. Seit 2017 werden fünf sogenannte Pflegegrade unterschieden. Berücksichtigt wird der Umfang des Hilfebedarfs bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und zusätzlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Das Vorliegen einer Demenzerkrankung führt bei sonst gleichen Voraussetzungen zu einer Erhöhung des Pflegegrades. Die Höhe der Leistungsansprüche hängt zudem davon ab, ob ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflege erfolgt. Der Pflegegrad 1 zeigt den niedrigsten Bedarf an, der Pflegegrad 5 den höchsten. Für den Pflegegrad 2 lag der monatliche Pflegesatz für vollstationäre Pflege im Jahr 2017 zum Beispiel bei 770 Euro, für den Pflegegrad 5 bei 2 005 Euro.

In der häuslichen Pflege wird grundsätzlich zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen unterschieden, wobei auch Kombinationen der beiden Leistungstypen möglich sind. Im Falle des Pflegegelds kann der oder die Betroffene die pflegerische Versorgung selbst sicherstellen, zum Beispiel durch Angehörige. Für den Pflegegrad 2 betrug im Jahr 2017 das monatliche Pflegegeld 316 Euro, für den Pflegegrad 5 hingegen 901 Euro. Bei den Pflegesachleistungen handelt es sich nicht um direkte Sachleistungen im eigentlichen Sinne, sondern um eine Übernahme der Kosten für die ambulante Pflege durch externe Pflegedienste. Der Höchstbetrag für Pflegesachleistungen für den Pflegegrad 2 lag im Jahr 2017 bei 689 Euro und für den Pflegegrad 5 bei 1 995 Euro.

Im Jahr 2016 erhielten etwa 2,75 Millionen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Knapp 2 Millionen von ihnen (72 %) wurden ambulant versorgt, knapp 0,8 Millionen (28 %) stationär. Die Gesamtausgaben beliefen sich auf 29,7 Milliarden Euro, wovon 14,8 Milliarden Euro (49,8 %) für ambulante und 12,4 Milliarden Euro (41,8 %) für stationäre Leistungen verwendet wurden. Die verbleibenden knapp 10 % verteilten sich auf verschiedene kleinere Posten, zum Beispiel Verwaltungsaufgaben. Für die kommenden Jahre ist mit einem deutlichen Anstieg der Leistungsausgaben zu rechnen. Für das Jahr 2021 werden im Sozialbericht 2017 der Bundesregierung bereits Gesamtausgaben von 41 Milliarden Euro prognostiziert. ▶ Tab 3

Finanziert wird die Pflegeversicherung je zur Hälfte durch die Beiträge der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Um den Beitrag von Arbeitgeberseite zu gewährleisten, fiel mit der Einführung der Versicherung im Jahr 1995 in den meisten Bundesländern ein gesetzlicher Feiertag weg. Bis Ende Juni 1996 lag der Beitrag bei 1,0 % des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts. Ab dem 1. Juli 1996 wurden die stationären Pflegeleistungen eingeführt und der Beitrag auf 1,7 % erhöht. Rentnerinnen und Rentner zahlen seit 2004 den vollen Beitragssatz. Weitere Beitragserhöhungen erfolgten zum 1. Juli 2008 (1,95 %), zum 1. Januar 2013 (2,05 %), zum 1. Januar 2015 (2,35 %) und zum 1. Januar 2017 (2,55 %). Seit dem 1. Januar 2005 müssen Kinderlose zudem einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 % je Monat zahlen. Anders als die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung wird die soziale Pflegeversicherung nicht aus öffentlichen Mitteln bezuschusst.

8.4.4 Arbeitslosenversicherung

Mit der sogenannten Hartz-IV-Reform wurde die soziale Sicherung von Arbeitslosen zum Jahresbeginn 2005 umstrukturiert. Dadurch entstand ein zweigliedriges System der sozialen Sicherung für arbeitslose beziehungsweise bedürftige Personen, dessen erste Stufe aus einer lohnabhängigen Versicherungsleistung – dem Arbeitslosengeld I – besteht. Die zweite Stufe der sozialen Absicherung bei Arbeitslosigkeit bildet seit Jahresbeginn 2005 die steuerfinanzierte Fürsorgeleistung »Grundsicherung für Arbeitsuchende«. Kernelement dieser Grundsicherung ist das Arbeitslosengeld II, eine bedarfsgeprüfte Transferleistung, deren Höhe in erster Linie von der Anzahl und dem Alter der Personen in der anspruchsberechtigten Bedarfsgemeinschaft abhängt. Zusätzlich zum Arbeitslosengeld II werden weitere zweckgebundene Zahlungen geleistet. So erfolgt insbesondere eine Übernahme angemessener Wohnkosten (siehe dazu Kapitel 8.3.2, Seite 316).

Das Arbeitslosengeld I ist im Sozialgesetzbuch SGB III geregelt. Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld sind gegeben, wenn man

▶ Tab 4 **Ausgaben und Einnahmen der Arbeitslosenversicherung 2016 — in Milliarden Euro**

	2016
Ausgaben insgesamt[1]	**27,4**
Eingliederungstitel[2]	3,0
Sonstige Leistungen der aktiven Arbeitsförderung[3]	5,0
Arbeitslosengeld	14,5
Insolvenzgeld	0,6
Verwaltungsausgaben[4]	3,7
Verrechnungen	0,7
Einnahmen insgesamt[1]	**33,1**
Beitragseinnahmen[5]	32,7
Sonstige Einnahmen	0,4

1 Ohne Verwaltungsausgaben nach SGB II und Bundeskindergeldgesetz.
2 Maßnahmen und Einmalleistungen zur Aktivierung von Arbeitslosen, zur Vermittlung und zur beruflichen Eingliederung, inklusive Gründungszuschuss und Berufseinstiegsbegleitung; Initiative zur Flankierung des Strukturwandels und Qualifizierung Beschäftigter; arbeitsmarktpolitische Interventionsreserve.
3 Unter anderem Förderung der Berufsausbildung, Leistungen der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung, Kurzarbeitergeld und Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz (ohne Leistungen in Verbindung mit den Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe).
4 Ohne Verwaltungsausgaben nach SGB II und Bundeskindergeldgesetz und abzüglich Verrechnungen.
5 Einschließlich Insolvenzgeld-Umlage und Winterbeschäftigungs-Umlage.
Datenbasis: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbericht 2017.

arbeitslos ist und sich persönlich bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet hat. Zudem müssen hinreichende Anwartschaftszeiten erworben worden sein. Nach aktueller Gesetzeslage bedeutet dies im Regelfall, dass in den zwei Jahren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit – der sogenannten Rahmenfrist – für insgesamt mindestens zwölf Monate ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bestanden haben muss, wobei auch einige andere Zeiten, zum Beispiel der Bezug von Kurzarbeiter- oder Krankengeld, auf die Anwartschaftszeit angerechnet werden. Elternzeiten vor der Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes werden ebenfalls angerechnet, sofern diesen eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder ein Bezug von Arbeitslosengeld voranging. Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem durchschnittlichen versicherungspflichtigen Entgelt im letzten Jahr vor Eintritt der Arbeitslosigkeit. Arbeitslose mit mindestens einem Kind im Sinne des Steuerrechts erhalten 67 % des letzten Nettoentgelts, alle weiteren Arbeitslosen 60 %. Die Anspruchsdauer richtet sich nach der Dauer der vorangegangenen Versicherungszeiten und dem Alter der arbeitslosen Person. Personen, die das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben maximal zwölf Monate Anspruch auf Arbeitslosengeld. Dieser Maximalanspruch besteht, wenn sie in den zwei Jahren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit durchgängig versicherungspflichtig beschäftigt waren. Wenn dies nicht der Fall war, fällt die Anspruchsdauer kürzer aus. Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, können bei Vorliegen hinreichender Versicherungszeiten auch länger als zwölf Monate Arbeitslosengeld beziehen. Momentan liegt die Höchstbezugsdauer nach Vollendung des 50. Lebensjahres bei 15 Monaten, nach Vollendung des 55. Lebensjahres bei 18 Monaten und nach Vollendung des 58. Lebensjahres bei 24 Monaten.

Im Jahresdurchschnitt 2016 erhielten rund 850 000 Menschen Arbeitslosengeld I. Die Gesamtaufwendungen betrugen 14,5 Milliarden Euro. Insgesamt beliefen sich die Aufwendungen für Leistungen der Arbeitslosenversicherung auf 27,4 Milliarden Euro. Zweitgrößter Posten waren nach dem Arbeitslosengeld mit 5 Milliarden Euro die »Sonstigen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung«, zu denen insbesondere Maßnahmen zur Aktivierung und Weiterbildung, Leistungen zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung und das Kurzarbeitergeld zählen. Weitere Informationen zu den verschiedenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sowie ausführliche Angaben zum Arbeitsmarkt sind in Kapitel 5.1 (Seite 149) enthalten. ▶ Tab 4

8.4.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die deutschen Sozialversicherungssysteme leisten wichtige Beiträge zur Altersvorsorge, zur Verhinderung von finanziellen Notlagen und zur Reduzierung materieller und gesundheitlicher Ungleichheiten in der Bevölkerung. Auch aufgrund der anhaltend starken wirtschaftlichen Entwicklung sind in den letzten Jahren keine größeren Schwierigkeiten bei der Finanzierung der verschiedenen Teilsysteme aufgetreten. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Sozialsysteme vor großen Herausforderungen stehen. Der demografische Wandel wird absehbar zu beträchtlichen Ausgabensteigerungen in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung führen (siehe Kapitel 1.1.4, Seite 26). Die notwendigen Anpassungen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite sozialverträglich zu gestalten, wird eine der wichtigsten sozialpolitischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte sein.

8.5 Entwicklung und Verteilung der Altersrenten in Ost- und Westdeutschland

Ralf Himmelreicher
FU Berlin und Geschäfts- und Informationsstelle für den Mindestlohn

WZB/SOEP

Die gesetzliche Rentenversicherung ist die zentrale Einkommenskomponente der Altersvorsorge in Deutschland. Der Studie »Alterssicherung in Deutschland« (ASID) von 2015 zufolge bezogen insgesamt 91 % der Personen über 65 Jahre eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Bei westdeutschen Frauen lag der Anteil bei 91 %, bei westdeutschen Männern bei 88 %. In Ostdeutschland bezogen sogar 99 % der Männer und Frauen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Im Jahr 2016 lag das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei Frauen bei 64,2 Jahren und bei Männern bei 63,9 Jahren. Das Rentenzugangsalter entspricht allerdings nicht dem Erwerbsaustrittsalter, weil viele ältere Menschen ihre Erwerbstätigkeit zum Teil lange vorher beendet haben. Im Jahr 2016 waren etwa 36 % aller Personen, die erstmals eine Altersrente bezogen haben, direkt zuvor sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen. Etwa 10 % waren in Altersteilzeit beschäftigt, etwa 6 % erhielten Sozialleistungen, 5 % waren geringfügig beschäftigt und mehr als ein Drittel der Neurentnerinnen und Neurentner hatte mindestens im Jahr vor ihrem Rentenzugang kein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Hinzu kommen weitere Personen, die im Jahr vor der Altersrente unter anderem als Selbstständige gearbeitet haben, darunter auch Künstler und Publizistinnen, sowie Pflegepersonen und sonstige Leistungsempfängerinnen und -empfänger, wie Beziehende einer Unfallrente.

Mit Inkrafttreten des Grundgesetzes in der ehemaligen DDR im Oktober 1990 wurden rund 3,8 Millionen Rentnerinnen und Rentner aus Ostdeutschland in die gesetzliche Rentenversicherung eingegliedert. Diese Eingliederung ist Ausdruck einer enormen kollektiven Solidarität im vereinten Deutschland. Für Neurentnerinnen und Neurentner werden Löhne und Erwerbsbiografien zu DDR-Zeiten im Grundsatz so behandelt, als ob die Personen im damaligen Westdeutschland gelebt und gearbeitet hätten.

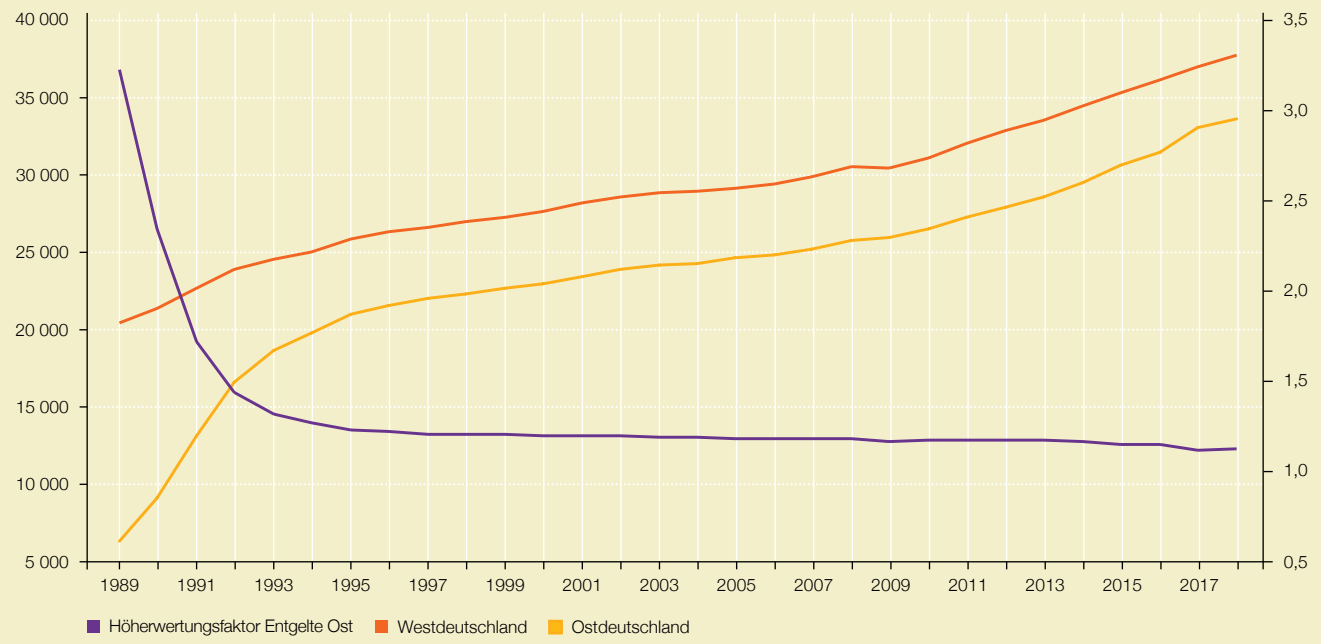
In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die Anwartschaften der Versicherten in Entgeltpunkten (EP) bemessen und für die Berechnung der Rentenhöhe mit dem aktuellen Rentenwert bewertet. Im Folgenden wird die Summe der persönlichen EP von Personen, die erstmals eine Altersrente beziehen, unter Berücksichtigung des Zugangsfaktors analysiert. ▸ Info 1

▸ Info 1

Entgeltpunkte

Entgeltpunkte (EP) werden bestimmt, indem die jährlichen individuellen rentenversicherungspflichtigen Bruttoeinkommen durch das jährliche Durchschnittsentgelt aller Versicherten dividiert werden. Dadurch sind sie eine dimensionslose (preisbereinigte) Größe, die man als relative Wohlstandsposition interpretieren und als objektiven Indikator in die Sozialberichterstattung aufnehmen kann. Die sich über die gesamte Erwerbsbiografie ergebende Summe dieser EP stellt eine valide Messgröße für die Höhe der Anwartschaften der Versicherten gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung dar. Folgende zwei Faktoren sind bei der Interpretation zu beachten: Erstens wird bei der Berechnung der Entgeltpunkte in diesem Beitrag der Zugangsfaktor berücksichtigt. Das heißt, wenn eine Person in Rente geht, bevor sie die Regelaltersgrenze erreicht, reduzieren Abschläge die EP. Ist eine Person hingegen über die Regelaltersgrenze hinaus erwerbstätig, erhöhen Zuschläge die EP. Dies kommt jedoch vergleichsweise selten vor. Im Jahr 2016 wurden 25 % aller Altersrenten durch Abschläge reduziert und knapp 2 % durch Zuschläge erhöht. Während Zuschläge die Rentenanwartschaften von 2,6 % der westdeutschen Männer und 2,0 % der westdeutschen Frauen erhöhten, waren in Ostdeutschland lediglich 0,7 % der Männer und 0,3 % der Frauen nach Erreichen der Regelaltersgrenze weiterhin rentensteigernd erwerbstätig. Zweitens wird die Spanne der EP nach unten durch die Geringfügigkeitsgrenze (450 Euro monatlich im Jahr 2016) und nach oben durch die Beitragsbemessungsgrenze (Ost: 5400 Euro monatlich, West: 6200 Euro monatlich im Jahr 2016) begrenzt. Über der Beitragsbemessungsgrenze liegende Arbeitseinkommen wirken sich in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht rentenerhöhend aus.

▶ Abb 1 **Nominale jährliche Bruttodurchschnittslöhne in West- und Ostdeutschland (linke Skala) und Höherwertung der Ostlöhne (rechte Skala) 1989–2018**



Dargestellt ist die Verteilung der EP für Neurentner/-innen im jeweiligen Rentenzugangsjahr.
Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2017, DRV-Schriften Band 22, S. 260, eigene Berechnungen.

Die Entgeltpunkte können mit dem jeweiligen aktuellen Rentenwert (ab 1. Juli 2016: West: 30,45 Euro, Ost: 28,66 Euro) multipliziert werden, um näherungsweise die Höhe der jeweiligen monatlichen Altersrente zu ermitteln. Würden sich die Alterseinkünfte von allein lebenden Frauen und Männern ausschließlich aus der gesetzlichen Rentenversicherung speisen, dann wären je nach Wohnort etwa 30 EP erforderlich, um über die Grundsicherungsschwelle zu kommen.

Der Beitrag zeigt auf Basis von Zeitreihenanalysen von der deutschen Vereinigung bis einschließlich des Jahres 2016, wie sich die Höhe und Verteilung der EP aus abhängiger Beschäftigung im Zeitverlauf entwickelt haben. Die Befunde werden für Männer und Frauen in West- und Ostdeutschland getrennt ausgewiesen, weil sich auch mehr als 25 Jahre nach dem Mauerfall die Löhne und Erwerbsbiografien und damit auch die Rentenanwartschaften zwischen beiden Landesteilen unterscheiden. Betrachtet werden in Deutschland wohnende Versicherte mit erstmaligem Bezug einer Altersrente, die 60 Jahre und älter sind (sogenannte Inlandsrentnerinnen und -rentner). Von der Analyse ausgeschlossen wurden Beziehende von Teilrenten, Renten mit scheidungsbedingtem Versorgungsausgleich sowie Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten. Die Ergebnisse basieren auf anonymisierten Mikrodaten der Rentenzugangsstatistik der Jahrgänge 1993, 1998 und 2003 bis einschließlich 2016, die vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung als »Scientific Use Files« zur Verfügung gestellt werden.

8.5.1 Lohnentwicklung

Löhne stellen neben Lohnfortzahlungen bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit sowie Kindererziehung und Pflege die zentrale Größe dar, aus der sich individuelle Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung speisen. Die in Entgeltpunkten ausgedrückten relativen Löhne und die Länge der Erwerbsbiografie bestimmen maßgeblich die Höhe der jeweiligen Altersrenten. Auf die vor allem kurz nach der deutschen Vereinigung bestehenden stark unterschiedlichen Lohnniveaus in Ost- und Westdeutschland wurde im Rentenüberleitungsgesetz (RÜG 1991) durch Höherwertung der Ostlöhne reagiert. ▶ Abb 1

Die Höherwertung der Löhne im Osten mit dem in Abbildung 1 (rechte Skala) ausgewiesenen Faktor ist in Anlage 10, Sozialgesetzbuch VI dokumentiert und wird berechnet, indem die jährlichen Bruttodurchschnittslöhne (West) durch entsprechende Löhne (Ost) dividiert werden. Dieser Faktor weist aus, dass in den ersten Jahren nach der deutschen Vereinigung eine schnelle Lohnannäherung erfolgte, jedoch ab Mitte der 1990er-Jahre

bis Ende der 2010er-Jahre die Durchschnittslöhne im Westen knapp 20 % höher ausfielen als jene im Osten. Mit der Einführung des gesetzlichen Mindestlohns im Jahr 2015 näherten sich die Löhne in Ostdeutschland, wo es einen großen Niedriglohnsektor gibt, denen in Westdeutschland leicht an.

Erklärungsansätze zur Begründung der Lohndifferenzen in Ost und West zielen häufig auf unterschiedliche Branchenstrukturen und Betriebsgrößen sowie Produktivitätsunterschiede ab. Letztere werden auf weniger industrielle Arbeitsplätze im Osten mit wertschöpfungsschwächerer Endfertigung und weniger kapitalstarke Großunternehmen zurückgeführt. Insgesamt ist die Wirtschaftsstruktur im Osten kleinteiliger und hat eine niedrigere Exportquote als im Westen. Zudem befinden sich Hochlohnabteilungen wie Firmenleitungen und Forschungsabteilungen eher in West- als in Ostdeutschland. Des Weiteren ist eine starke Erosion der Tarifbindung in Ostdeutschland festzustellen, selbst im verarbeitenden Gewerbe: In Ostdeutschland wird insgesamt nur noch jeder dritte Beschäftigte nach Tarif bezahlt, im Westen mehr als jeder Zweite (siehe Kapitel 5.2.1, Seite 166). Allerdings haben Erwerbstätige im Osten oftmals höhere tatsächliche Arbeitszeiten als jene im Westen (siehe Kapitel 5.1.10, Seite 162). Zudem arbeiten Menschen in Ostdeutschland seltener in Teilzeit und Minijobs als in Westdeutschland (siehe Kapitel 5.1.6, Seite 157). Umgekehrt liegt die Arbeitslosigkeit im Osten nach wie vor deutlich über dem Westniveau (siehe Kapitel 5.1.8, Seite 159).

Durch die sozialpolitische Kompensation der Ost-West-Lohnunterschiede im Rahmen der Höherwertung erfolgt trotz eines geringeren aktuellen Rentenwertes im Osten eine Anhebung der durchschnittlichen Rentenanwartschaften über das Westniveau: Multipliziert man den aktuellen Rentenwert für einen Entgeltpunkt von 28,66 Euro für Ostdeutschland mit dem Höherwertungsfaktor von 1,1479, so ergibt sich mit 32,90 Euro ein höherer Rentenwert pro Entgeltpunkt als in Westdeutschland (30,45 Euro). Insofern führen gleich hohe Arbeitsentgelte in Ost- und Westdeutschland zu deutlich höheren Rentenansprüchen im Osten. Allerdings liegen die Durchschnittsverdienste im Westen im Jahr 2016 um etwa 15 % über denen im Osten. Diese unterschiedliche Behandlung von Löhnen und Rentenanwartschaften in Ost und West werden seit einigen Jahren diskutiert. Die Große Koalition hat in der letzten (18.) Legislaturperiode des Deutschen Bundestages ein Gesetz zur Angleichung der gesetzlichen Renten in Ost- und Westdeutschland verabschiedet. Danach wird in den kommenden Jahren der niedrigere Rentenwert Ost in einem Stufenplan bis Juli 2024 an den Wert im Westen herangeführt. Ab diesem Zeitpunkt entfällt dann auch die Höherwertung. Sollten in einigen Jahren die Durchschnittslöhne im Westen noch immer 15 % über denen im Osten liegen, würden sich diese Unterschiede proportional auf die Rentenansprüche übertragen.

8.5.2 Entwicklung der Entgeltpunkte bei Altersrenten

Die Summe der persönlichen Entgeltpunkte spiegelt die Anwartschaften der Versicherten gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung wider. Sie können als Bilanz der Erwerbs- beziehungsweise Versicherungsbiografien interpretiert werden. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen und Männern in den jeweiligen Regionen werden die empirischen Befunde differenziert nach Geschlecht sowie für Ost- und Westdeutschland ausgewiesen. Die Darstellung in Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Lebensarbeitseinkommen in Entgeltpunkten beim Rentenzugang zwischen 1993 und 2016.

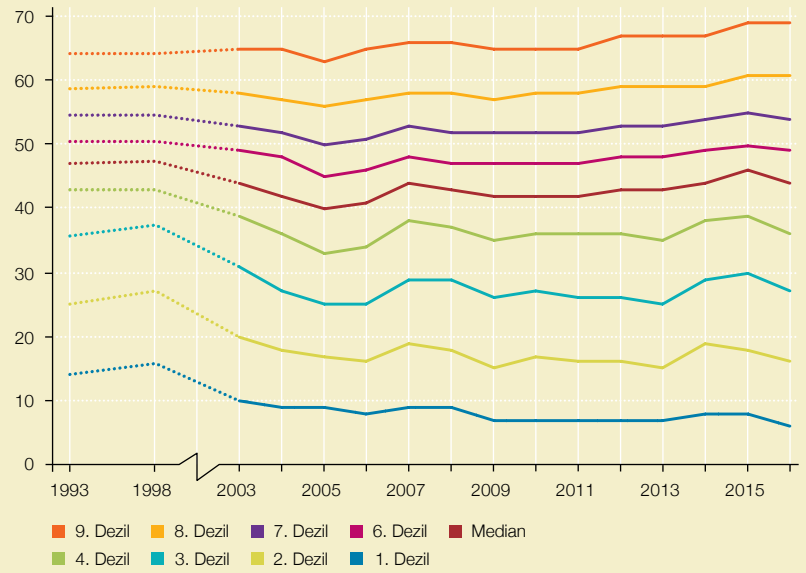
Bei der Interpretation der Zeitreihen sind seit dem Jahr 2015 einige Besonderheiten zu berücksichtigen, weshalb die Entgeltpunktverläufe wegen unterschiedlicher rentenrechtlicher Rahmenbedingungen nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Exemplarisch hierfür ist die 2014 in Kraft getretene sogenannte Mütterrente. Sie sieht für vor 1992 geborene Kinder eine Erhöhung der Kindererziehungszeiten – in der Regel bei den Müttern – von einem auf zwei Entgeltpunkte vor. Die Kindererziehungszeiten für 1992 und später geborene Kinder betragen drei Entgeltpunkte. Dadurch erreichen viele Frauen eine Versicherungszeit von fünf Jahren und erwerben somit erstmals Ansprüche auf eine gesetzliche Rente. Dies betrifft überwiegend westdeutsche Frauen im Alter ab 65 Jahren, weil aufgrund längerer Erwerbsbiografien bei den meisten ostdeutschen Frauen bereits zuvor ein Rentenanspruch bestand. Unabhängig von diesen Veränderungen im Rentenrecht ist die Summe der persönlichen Entgeltpunkte die zentrale Größe zur Bemessung der Höhe der gesetzlichen Altersrenten.

Neben der Mütterrente gab es weitere Veränderungen, etwa die hohen Zugangszahlen bei der neuen Altersrente für besonders langjährig Versicherte. Versicherte, die mindestens 45 Jahre in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert waren, können seit dem 1. Juli 2014 bereits ab Vollendung des 63. Lebensjahres abschlagsfrei diese Rentenart in Anspruch nehmen. Dadurch sank das Renteneintrittsalter von Männern um etwa einen Monat auf unter 64 Jahre.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Entgeltpunkte (EP) separat für vier Gruppen betrachtet: westdeutsche Männer, ostdeutsche Männer, westdeutsche Frauen und ostdeutsche Frauen.

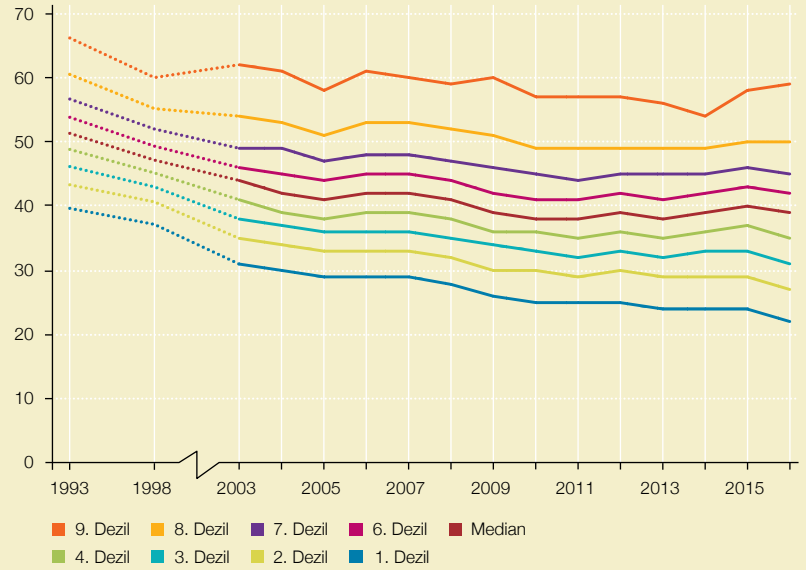
Für männliche Neurentner in Westdeutschland zeigt sich im Zeitverlauf ein deutlicher Rückgang ihrer EP: Die Anwartschaften des Medianrentners sanken im Zeitverlauf von etwa 47 EP im Jahr 1993 um 6 % auf 44 EP im Jahr 2016. Damit verzeichneten Neurentner des Jahres 2016 im Durchschnitt geringere Anwartschaften als Rentner, die in früheren Jahren in Rente gingen. Dieser negative Trend erfasst insbesondere niedrige bis mittlere gesetzliche Renten. Die von der gesetzlichen Rentenversicherung ausbezahlte Median-Bruttorente stieg nominal, also ohne Berücksichtigung der Preisent-

▶ Abb 2 **Entwicklung und Verteilung der Summe persönlicher Entgeltpunkte bei Altersrenten von Männern in Westdeutschland 1993–2016 — in Dezilen**



Dargestellt ist die Verteilung der EP für Neurentner im jeweiligen Rentenzugangsjahr.
Datenbasis: FDZ-RV - SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB; eigene Berechnungen.

▶ Abb 3 **Entwicklung und Verteilung der Summe persönlicher Entgeltpunkte bei Altersrenten von Männern in Ostdeutschland 1993–2016 — in Dezilen**



Dargestellt ist die Verteilung der EP für Neurentner im jeweiligen Rentenzugangsjahr.
Datenbasis: FDZ-RV - SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB; eigene Berechnungen.

▶ Info 2

Medianrentner

Zur besseren Veranschaulichung wird die Verteilung der Entgeltpunkte (EP) in sogenannten Dezilen dargestellt. Das heißt, aus der Rangordnung nach der Höhe ihrer EP geordneter Personen werden zehn gleich große Gruppen gebildet. Die Dezile geben dann die Grenzen an, an denen die jeweils nächsthöhere Gruppe beginnt. Das erste Dezil grenzt die unteren zehn Prozent der Personen von den zweiten zehn Prozent ab und so weiter. Der Median bildet in dieser Rangordnung genau die Mitte: die eine Hälfte aller Personen hat EP in einer Höhe, die unterhalb des Medians liegt, bei der anderen Hälfte der Personen liegen die Entgeltpunkte darüber.

wicklung, von 1 072 Euro im Jahr 1993 um knapp 100 Euro auf 1 171 Euro im Jahr 2016. Um die Median-Nettorente zu ermitteln, müssen hiervon noch die selbst zu zahlenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie gegebenenfalls Steuern abgezogen werden. ▶ Info 2, Abb 2

Insgesamt hat die Ungleichheit der EP und damit der Auszahlungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung durch sinkende Niedrigrenten und geringfügig steigende Höchstrenten zugenommen: Erreichten die untersten 10 % der westdeutschen Neurentner 1993 noch rund 22 % der EP der obersten Rentnergruppe, so lag dieser Anteil im Jahr 2016 mit rund 9 % deutlich niedriger. Während die Anwartschaften im unteren Segment sanken, lassen sich im oberen Segment steigende Anwartschaften feststellen. Bei Neurentnern der drei unteren Dezile gingen die Entgeltpunkte zwischen 1993 und 2016 um bis zu 10 EP zurück. Sinkende Anwartschaften sind neben niedrigen Löhnen oftmals auf kurze versicherungspflichtige Erwerbsbiografien zurückzuführen, wie sie etwa vormals Selbstständige, langjährige Bezieher von Sozialleistungen oder erst im höheren Alter nach Deutschland zugewanderte Personen haben können. Demgegenüber verzeichneten Bezieher von Altersrenten in den drei höchsten Dezilen gleichbleibende bis geringfügig zunehmende Anwart-

schaften. Entgeltpunktsummen jenseits von 60 EP verweisen auf langjährige, weit überdurchschnittlich bezahlte Beschäftigung, zum Beispiel eine nahezu 40 Jahre lange Vollzeitbeschäftigung mit einem Lohnniveau, das etwa beim eineinhalbfachen Durchschnittslohn liegt. Zur Orientierung soll darauf hingewiesen werden, dass der jährliche Bruttodurchschnittslohn im Jahr 2016 im Westen 36 267 Euro und im Osten 31 594 Euro betrug. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass Löhne in dieser Größenordnung bei jüngeren Beschäftigten sowie bei Personen mit reduzierten Arbeitszeiten eher selten vorkommen.

Männliche Neurentner in Ostdeutschland weisen im Untersuchungszeitraum einen deutlichen Rückgang ihrer Anwartschaften auf. Die EP des Medianrentners sanken seit der deutschen Vereinigung von 51 EP um knapp ein Viertel auf 39 EP im Jahr 2016. Durch die Rentenanpassungen ergibt sich eine nominale Steigerung der Median-Bruttorente von 844 Euro im Jahr 1993 auf 975 Euro im Jahr 2016. ▸ Abb 3

Auch in Ostdeutschland ist bei den männlichen Neurentnern die Verteilung der Anwartschaften erkennbar ungleicher geworden: 1993 erreichten Neurentner des untersten Dezils noch fast 60 % der EP des obersten Dezils, im Jahr 2016 nur noch 37 %. Die Ungleichheit der Anwartschaften der ostdeutschen Neurentner nahm im Zeitverlauf zu und die Höhe der Anwartschaften tendenziell ab. Anders formuliert: Je kürzer die DDR-geprägten Erwerbsbiografien – mit geringer Lohnungleichheit und nahezu ohne Arbeitslosigkeit – desto niedriger sind tendenziell die Anwartschaften und umso höher deren Ungleichheit.

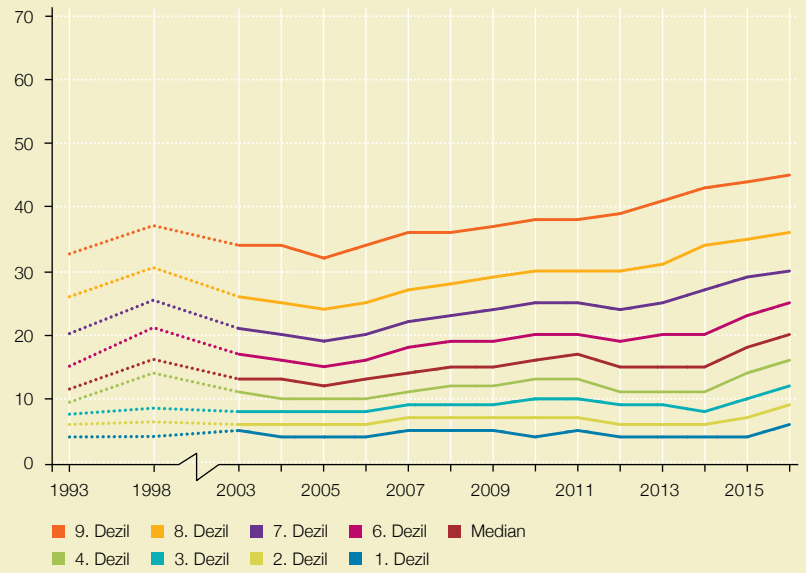
Eine andere Entwicklung ist bei den Frauen beim Übergang in eine Altersrente festzustellen. Die Summe der persönlichen EP von Frauen in Westdeutschland nahm im Beobachtungszeitraum bei der Medianrentnerin zwar um gut 70 % zu, jedoch vollzog sich diese starke relative Veränderung vor dem Hintergrund niedriger absoluter Werte: von 12 EP im Jahr 1993 auf 20 EP im Jahr 2016; oder in nominalen Rentenzahlbeträgen ausgedrückt: von 261 Euro auf annähernd 537 Euro Median-Bruttorente. Auch bei den Frauen ist die Ungleichheit der Rentenbezüge in Westdeutschland größer als in Ostdeutschland. Im Jahr 2016 erreichten Neurentnerinnen in Westdeutschland im untersten Dezil 6 EP und damit nur 13 % der Anwartschaften des obersten Dezils mit 45 EP. Die Ungleichverteilung der Altersrenten bei westdeutschen Frauen im Beobachtungsfenster hat somit vor allem deshalb stark zugenommen, weil in unteren Dezilen kaum Veränderungen festzustellen sind, während zunehmend mehr Frauen höhere Entgeltpunkte erreichen. Diese Entwicklung basiert einerseits auf zunehmender Frauenerwerbstätigkeit, gekennzeichnet durch längere Erwerbsbiografien mit höheren Löhnen, und andererseits seit dem zweiten Halbjahr 2014 und vor allem seit 2015 auf einer verbesserten Anerkennung von Kindererziehungszeiten (Stichwort: Mütterrente) in der Rentenversicherung. Sie zeigt, dass ein zunehmender Anteil westdeutscher Frauen eine eigenständige Altersvorsorge aus der gesetzlichen Rentenversicherung erzielt, die die Grundsicherungsschwelle für Alleinstehende, die bei näherungsweise 30 EP liegt, übersteigt. Rund 70 % der westdeutschen Neurentnerinnen verfügten 2016 jedoch nur über sehr niedrige individuelle Anwartschaften, die unterhalb der Grundsicherungsschwelle liegen. Viele dieser Rentnerinnen sind zwar im Haushaltskontext über ihre (Ehe-)Partner sowie weitere Alterseinkünfte hinreichend abgesichert. Dennoch besteht der politische Wille, die eigenständige Altersvorsorge von (westdeutschen) Frauen zu stärken; nicht zuletzt wegen zunehmender Scheidungen und meist fehlender Hinterbliebenenversicherung bei der (staatlich geförderten) privaten wie betrieblichen Altersvorsorge. Außerdem gehen die Anwartschaften der Männer – wie oben beschrieben – im Zeitverlauf tendenziell zurück, weshalb davon abgeleitete Witwenrenten ebenfalls tendenziell sinken. ▸ Abb 4

Die Anwartschaften von ostdeutschen Frauen beim Rentenzugang haben im untersuchten Zeitraum ebenfalls etwas zugenommen: 1993 betrugen sie bei der Medianrentnerin 31 EP, im Jahr 2016 waren es 33 EP. In nominalen Bruttobeträgen entspricht dies einer Medianrente von knapp 450 Euro im Jahr 1993 und 825 Euro im Jahr 2016. Die Entwicklung der Anwartschaften verlief dabei nicht einheitlich: Während die gesetzlichen Rentenansprüche in den unteren Dezilen auf demselben Niveau verharrten, stiegen sie in den oberen drei Dezilen seit 2011 tendenziell an. Ähnlich wie bei den männlichen Neurentnern im Osten sind auch bei den Frauen die Unterschiede zwischen den niedrigsten und höchsten gesetzlichen Renten vergleichsweise gering. Allerdings stiegen die Entgeltpunkte der Frauen im Osten insgesamt an, während die der Männer sanken. Im Ergebnis lagen die Entgeltpunkte 2016 im Osten bei den Männern etwa 5 EP über jenen der Frauen im gleichen Dezil. ▸ Abb 5

Im Westen ist die geschlechtsspezifische Rentenlücke der Frauen wesentlich höher. Sie lag bei Medianrentnern des Jahres 2016 bei 24 EP. Die geschlechtsspezifische Rentenlücke, auch »Gender Pension Gap« genannt, ging wegen steigender Frauenerwerbstätigkeit und der Einführung der Mütterrente vor allem im Westen deutlich zurück. Der Gender Pension Gap der Medianrente betrug 2016 im Westen 55 % und im Osten 15 %. Das bedeutet, dass Frauen in Westdeutschland weniger als halb so viel Rente bekamen wie Männer, wohingegen Frauen in Ostdeutschland im Vergleich zu Männern nur 15 % weniger Rente erhielten.

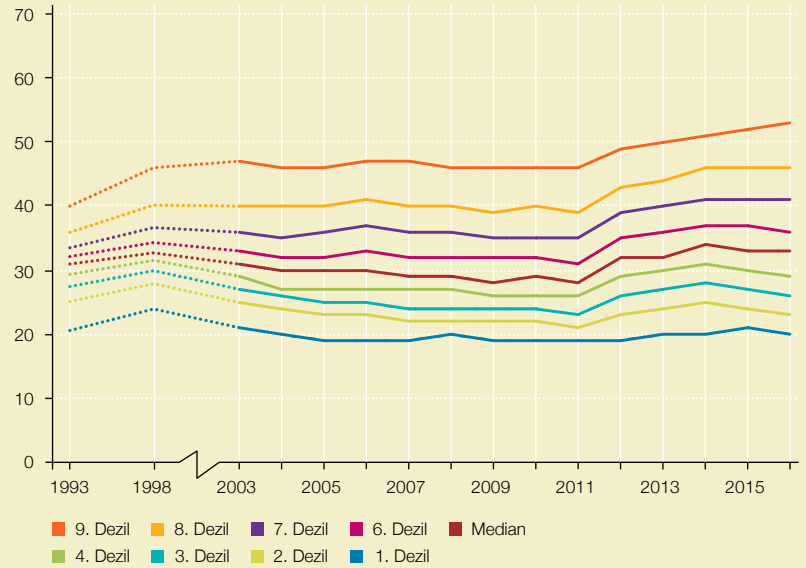
Während Männer im Westen und Frauen in beiden Regionen tendenziell gleichbleibende bis geringfügig steigende EP verzeichneten, gingen die Ansprüche der Männer in Ostdeutschland sukzessive zurück, und das trotz einer im Vergleich zu westdeutschen Durchschnittslöhnen überproportionalen Aufwertung der ostdeutschen Durchschnittslöhne. Je länger der Zeitraum zwischen deutscher Vereinigung und individuellem Rentenzugang ist,

▶ Abb 4 **Entwicklung und Verteilung der Summe persönlicher Entgeltpunkte bei Altersrenten von Frauen in Westdeutschland 1993–2016 — in Dezilen**



Dargestellt ist die Verteilung der EP für Neurentnerinnen im jeweiligen Rentenzugangsjahr.
Datenbasis: FDZ-RV - SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB; eigene Berechnungen.

▶ Abb 5 **Entwicklung und Verteilung der Summe persönlicher Entgeltpunkte bei Altersrenten von Frauen in Ostdeutschland 1993–2016 — in Dezilen**



Dargestellt ist die Verteilung der EP für Neurentnerinnen im jeweiligen Rentenzugangsjahr.
Datenbasis: FDZ-RV - SUFRTZN93VXSB, SUFRTZN98VXSB, SUFRTZN03-16VXSB; eigene Berechnungen.

desto niedriger werden die Anwartschaften. Hieran sowie anhand des insbesondere bei älteren Beschäftigten oftmals bezogenen Niedriglohns werden die Probleme auf dem ostdeutschen Arbeitsmarkt besonders deutlich. Auf der anderen Seite ist die Ungleichheit der Renten bei ostdeutschen Männern vergleichsweise gering.

Vom Aufwärtstrend bei den Frauen in beiden Landesteilen profitierte das obere Drittel stärker als die Bezieherinnen mittlerer und niedriger Altersrenten. Die Rentenanwartschaften sind bei Neurentnerinnen in den alten Bundesländern besonders ungleich verteilt.

8.5.3 Abschläge beim Zugang in eine Altersrente

Die Veränderungen der Ansprüche der Versicherten an die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich aus den in der Rentenformel genannten Parametern. Dies sind bei Altersrenten und bei gegebenem aktuellem Rentenwert die Summe der Entgeltpunkte und der überwiegend um Abschläge reduzierte Zugangsfaktor. Veränderungen in den Ansprüchen resultieren also teilweise aus veränderten Erwerbsverläufen – seien sie unterbrochen, diskontinuierlich oder perforiert (sogenannte Patchwork-Biografien) – und aufgrund von Zu- und Abschlägen. Für die Zu- und Abschläge sind Veränderungen in den institutionellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Rentenversicherung bedeutsam: Nach dem Rentenreformgesetz 1992 können Altersrenten vorgezogen in Anspruch genommen werden; allerdings werden pro Monat eines vorgezogenen Rentenzugangs Abschläge in Höhe von 0,3 % fällig. Wird die Rente nach der Regelaltersgrenze beantragt, werden Zuschläge in Höhe von 0,5 % pro Monat ausgezahlt. Bei einem vorgezogenen Rentenbeginn fallen zudem die Anwartschaften zugleich niedriger aus, weil die Versicherten nicht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze weitergearbeitet und so über einen kürzeren Zeitraum EP angespart haben. Beide Effekte zusammengenommen können die Rente um mehr als 20 % reduzieren.

Der Anteil der von Abschlägen betroffenen Neurentnerinnen und Neurentner stieg bis 2010 an und ging in den letzten Jahren wieder etwas zurück. Dies lässt sich einerseits auf eine bessere Arbeitsmarktlage vor allem für ältere Beschäftigte zurückführen. Andererseits wurde im Jahr 2012 die »Altersrente für besonders langjährig Versicherte« eingeführt, die es Menschen mit besonders langer Erwerbsbiografie (45 Versicherungsjahre) ermöglicht, ohne Abschläge früher in Rente zu gehen. Dennoch waren im Jahr 2016 in Ostdeutschland rund 54 % der Neurentner und 42 % der Neurentnerinnen von rentenmindernden Abschlägen betroffen; in Westdeutschland waren es rund 22 % der Neurentner und 23 % der Neurentnerinnen. Diese erheblichen Unterschiede zwischen den Abschlägen spiegeln regionale Besonderheiten auf den Arbeitsmärkten für über 60-jährige Versicherte wider. Da die Abschläge die Rentenhöhe lebenslang reduzieren, verstärken sie somit das Rentengefälle zwischen Ost- und Westdeutschland. Vor allem männliche Neurentner in Ostdeutschland sind wegen höheren Abschlägen von sinkenden Anwartschaften betroffen. Dadurch, dass die Höherwertung der Ostrenten bis Ende 2024 wegfallen soll, stehen diese Renten längerfristig unter zusätzlichem Abwertungsdruck.

Sinkende Altersrenten sind für Rentnerinnen und Rentner in Ostdeutschland besonders problematisch, weil ihre Alterseinkünfte nach Ergebnissen der Studie ASID 2015 zu besonders hohen Anteilen aus der gesetzlichen Rentenversicherung stammen. Der Anteil der gesetzlichen Renten am gesamten Haushaltseinkommen betrug im Osten bei älteren Ehepaaren 81 % (West: 56 %), bei alleinstehenden Männern über 65 Jahre 89 % (West: 60 %) und bei alleinstehenden Frauen über 65 Jahre 94 % (West: 71 %). Neurentnerinnen und -rentnern im Osten standen kaum mehr als 25 Jahre zur Verfügung, um private und/oder betriebliche Altersvorsorge zu betreiben oder Vermögen anzusparen. Dies zeigt sich auch an den Wohneigentumsquoten in Ost- verglichen mit Westdeutschland: Während in Westdeutschland der Anteil der Ehepaare mit Haus- oder Wohnungseigentum bei 74 % lag, waren es im Osten 52 %. Alleinstehende Seniorinnen und Senioren lebten in Westdeutschland zur Hälfte, in Ostdeutschland nur zu einem Drittel im Wohneigentum. Wohneigentum kann sich vor allem dann positiv auf die Einkommenssituation im Alter auswirken, wenn der Wert der Immobilie hoch ist. Dies ist vor allem in Ostdeutschland, aber auch in einigen Regionen Westdeutschlands oftmals nicht der Fall.

8.5.4 Ausblick

Sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland spielen Erwerbsbiografien, Löhne sowie unterschiedliche Chancen auf dem Arbeitsmarkt eine zentrale Rolle für die Anwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Ungleiche Löhne und Erwerbsbiografien in Ost und West haben sich verfestigt. Vor allem die sinkenden Anwartschaften ostdeutscher Männer verweisen auf sich ausbreitende Niedriglöhne in Kombination mit Beschäftigungsproblemen, vor allem für ältere Erwerbstätige. Grundsätzlich ist nicht zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eine weitere Angleichung des Lohnniveaus zwischen Ost- und Westdeutschland erfolgen wird. Die Einführung des gesetzlichen Mindestlohns im Januar 2015 und seine Anpassung im Januar 2017 auf 8,84 Euro pro Stunde scheint die Lohnniveaus zwischen Ost- und Westdeutschland etwas angeglichen zu haben (siehe Kapitel 5.3, Seite 177). Allerdings sind zunehmende regionale Disparitäten auch innerhalb der beiden Landesteile festzustellen (beispielsweise Schleswig-Holstein im Vergleich zu Bayern und Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu Brandenburg). Es existiert ein Süd-Nord-Gefälle hinsichtlich der Lohnhöhe, das auf die stärkere Wirtschaftskraft in den südlichen Regionen zurückzuführen ist. Zudem ist das Lohnniveau im Allgemeinen in Städten und Ballungsräumen höher als in gering besiedelten Gegenden.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Entwicklungen wird eine einheitliche Rentenberechnung die niedrigeren Anwartschaften im Osten längerfristig gesehen zusätzlich verringern, und zwar vor allem dann, wenn sich die Einkommensverhältnisse nicht weiter angleichen werden. Aus individueller Perspektive sind es vor allem die sinkenden Rentenansprüche von Männern im Osten und die niedrigen Anwartschaften vieler Frauen im Westen (aber auch teilweise im Osten), die auf zunehmende Altersarmutsrisiken verweisen. Ein auskömmliches Leben im Alter gestaltet sich vor allem dann als schwierig, wenn diese Männer und wegen des Gender Pension Gap vor allem die Frauen nicht über weitere Personen und andere Alterseinkünfte, zum Beispiel im Rahmen langjähriger Ehen, im Haushaltskontext abgesichert sind. Zudem weisen zahlreiche Studien nach, dass das Vertrauen gegenüber Formen der privaten und betrieblichen Altersvorsorge im Zuge der Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise 2008/2009 vor allem bei Geringverdienenden gesunken ist. Insofern ist davon auszugehen, dass Besserverdienende eher private und betriebliche Altersvorsorge betreiben, um das sinkende Rentenniveau kompensieren zu können. Darüber hinaus weisen Höherqualifizierte ein geringeres Risiko auf, wegen chronischer Erkrankungen vorzeitig mit Erwerbsminderungsrente aus dem Erwerbsleben ausscheiden zu müssen. Die genannten Aspekte machen deutlich, dass eine konsequente Reorientierung hin zu den sozialpolitischen Zielen der Lebensstandardsicherung und Armutsvermeidung im Alter notwendig ist. Eine weitere Reduzierung des Rentenniveaus würde die niedrigen und tendenziell sinkenden Anwartschaften vieler älterer Menschen zusätzlich entwerten. Dieser Punkt ist auch Gegenstand des aktuellen Koalitionsvertrags. CDU/CSU und SPD haben sich darauf verständigt, die Renten bis 2025 auf dem heutigen Niveau von 48 % zu sichern und bei Bedarf durch Steuermittel sicherzustellen, dass der Beitragssatz nicht über 20 % steigt.