

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG
ARBEITSGEMEINSCHAFT EUROPA
e.V.

MAISON EUROPEENNE DE LA PROTECTION SOCIALE

Rue d'Arlon 50, B-1000 Bruxelles

Telefon: +32 2 230.75.22

Telefax: +32 2 230.77.73

E-Mail: dsv@esip.org

www.deutsche-sozialversicherung.de



Die soziale Wirklichkeit in Europa: Eine Bestandsaufnahme

Stellungnahme

***der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung
zu den***

**Mitteilungen der Europäischen Kommission
vom 26. Februar 2007
[KOM(2007) 63 endgültig] sowie
vom 20. November 2007 [KOM(2007) 726 endgültig]**

vorgelegt am 14. Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Allgemeine Bemerkungen – Was heißt soziale Wirklichkeit?	3
3. Die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme in Europa der neuen sozialen Wirklichkeit angleichen	4
3.1. Umstellung auf private, kapitalgedeckte Vorsorge?	4
3.2. Eine gerechte Balance zwischen Eigenverantwortung und Sozialstaat	4
3.3. Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht	7
4. Herausforderungen im Bereich Alterssicherung	8
4.1. Der demographische Wandel	8
4.2. Veränderte Erwerbsbiographien - Erwerbstätigenversicherung	10
4.3. Vermeidung von Armut im Alter	11
5. Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Pflege	12
5.1. Grundsätze einer solidarischen Sicherung gegen Gesundheitsrisiken	12
5.2. Auswirkungen der erhöhten Lebenserwartungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung	14
5.3. Möglichkeiten, diesen Auswirkungen entgegen zu wirken	15
5.3.1. Finanzierungskonzepte der Pflege	15
5.3.2. Die Chancen der Prävention nutzen	16
5.3.2.1. Prävention in den älteren Bevölkerungsschichten – Thema „aktives Altern“	17
5.3.2.2. Prävention bei Kindern und Jugendlichen	17
5.3.2.3. Prävention bei den mittleren Altersgruppen – Betriebliche Gesundheitsförderung	18
6. Psychische Gesundheit stärker ins Blickfeld rücken	18
7. Patienteninformation und Patientensouveränität	19
8. Die Rolle Europas	20
8.1. Sozialer Mehrwert der EU durch die Offene Methode der Koordinierung (OMK)	21
8.2. Die OMK im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege	21
8.3. Der Nutzen von Mindeststandards auf dem Weg zum sozialen Fortschritt	23

**Gemeinsame Stellungnahme
der Spitzenorganisationen
der Deutschen Sozialversicherung
vorgelegt am 14. Februar 2008**

1. Einleitung

Die Europäische Kommission hat im Frühjahr 2007 eine Anhörung der Öffentlichkeit zur „sozialen Wirklichkeit“ im heutigen Europa eingeleitet, um ein breites Spektrum von Meinungen zu den sozialen Gegebenheiten in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zur Verfügung zu haben. Im Juni 2006 wurde dieser Ansatz vom Europäischen Rat gebilligt. Die Staats- und Regierungschefs begrüßten die Absicht der Kommission, eine Bilanz der sozialen Wirklichkeit in der EU zu ziehen, und zwar mit besonderem Schwerpunkt auf den beiden Themen Zugangsmöglichkeiten und Chancen. Ergänzt wurde die Debatte seitens der Kommission im Herbst 2007 durch ihre Mitteilung „Eine neue gesellschaftliche Vision für das 21. Jahrhundert“ (KOM (2007) 726 endg.).

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung (DSV) haben sich mit Blick auf ihre europapolitischen Aktivitäten in einer „Arbeitsgemeinschaft Europa“ (DSVAE) zusammengeschlossen. Sie unterhalten seit 1993 eine gemeinsame Europavertretung in Brüssel. Diese hat die Aufgabe, die Mitglieder der DSVAE über alle relevanten Entwicklungen des europäischen Einigungsprozesses zu informieren und den Kontakt zu den Europäischen Institutionen zu pflegen und zu vertiefen. Ferner sorgt sie dafür, dass das Fachwissen der DSVAE und die sie tragenden Prinzipien der Solidarität und Staatsferne wirkungsvoll in die gemeinschaftliche Politikbildung einfließen.

Die DSVAE möchte sich im Rahmen der breit angelegten Debatten zur sozialen Wirklichkeit vor allem zu denjenigen Themen äußern, die den Verantwortungsbereich der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung betreffen.

2. Allgemeine Bemerkungen – Was heißt soziale Wirklichkeit?

Es soll in dieser Findungsdebatte um die *tatsächlichen* sozialen Gegebenheiten Europas gehen, die innerhalb der EU in der Tat sehr unterschiedlich sind. Bestimmte Herausforderungen stellen sich jedoch allen Mitgliedstaaten in der EU, so Liddle und Lerais¹. Dazu gehören etwa die demographische Entwicklung, die zunehmende ethnische und kulturelle Vielfalt und die Individualisierung der Werte. Diese Argumentation hält die DSVAE für grundsätzlich richtig. Die Ursachen für diese in vielen Ländern zu beobachtenden Entwicklungen können unterschiedlich sein, und dies sollte bei der Wahl entsprechender Gegenmaßnahmen stets beachtet werden. Außerdem entspricht es dem Wesen der Demokratie, dass ein und dieselbe Herausforderung durchaus unterschiedlich beantwortet werden kann. Dies ist im globalen Kontext eine Selbstverständlichkeit, sollte

¹ Roger Liddle und Frédéric Lerais sind die Autoren eines Konsultationspapiers des „Beratergremiums für Europäische Politik – Soziale Wirklichkeit in Europa“ der Europäischen Kommission, welches letztlich den Anstoß zu dieser Debatte gab.

jedoch gerade auch innerhalb Europas mit seinen ausgeprägten demokratischen Kulturen nicht in Frage gestellt werden.

Die Frage nach der sozialen Wirklichkeit in Europa ist eng verknüpft mit der Frage danach, was glückliche oder zufriedene Menschen kennzeichnet. Nach unserer Auffassung gibt es viele Faktoren, die Voraussetzung für Glück und Zufriedenheit sein können. Die Gesundheit kann allerdings als eine übergeordnete Voraussetzung hierfür gesehen werden und wird von den Menschen auch stets überwiegend so bewertet. Denn mangelnde Gesundheit bzw. eine lebensbedrohliche Krankheit können ganze Lebensentwürfe oder Ziele im Leben eines Menschen in Frage stellen, wenn nicht gar unmöglich machen. Andere Faktoren wie materieller Reichtum, die berufliche Tätigkeit, Freiheit, Partnerschaft und familiäre Bindungen sind ebenfalls wichtige Determinanten des Glücks und der Zufriedenheit in Europa.

Zu beachten ist dabei grundsätzlich auch, dass groß angelegte Evaluationen und Statistiken teilweise stark in ihren Ergebnissen und Analysen komprimieren und nivellieren, so dass die oft große Diversität der europäischen Regionen verdeckt wird, die gerade in Bezug auf dieses Themengebiet wichtig und zu beachten sind. Zudem wird in der genormten und „kühlen“ wissenschaftlichen Atmosphäre häufig das realitätsgetreue Abbild verzerrt, was eine Darstellung der tatsächlichen sozialen Wirklichkeit erschwert.

3. Die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme in Europa der neuen sozialen Wirklichkeit angleichen

3.1. Umstellung auf private, kapitalgedeckte Vorsorge?

Es gibt immer wieder Forderungen, die sozialen Sicherungssysteme auf kapitalgedeckte Systeme und private Vorsorge umzustellen. Diese Forderung ist in liberalen Kreisen populär, wird vor allem von der (Finanz-) Wirtschaft forciert, aber auch von nationalen und europäischen Finanzpolitikern als nachhaltiger Ausweg aus der „demografischen Falle“ gefordert.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung halten derartige radikale Reformschritte für die falsche Antwort. Die nötigen Anpassungen an den demographischen Alterungsprozess sind vor allem innerhalb der vorhandenen umlagefinanzierten Systeme zu vollziehen. Grundlegend für den Sozialstaat sind Sozialsysteme zur Absicherung elementarer Lebensrisiken. Denn im Hinblick auf die soziale Wirklichkeit, d.h. auf die real gegebenen Bedingungen, können es sich viele Menschen – nicht nur in den ärmeren Mitgliedstaaten der EU – schlichtweg nicht leisten, sich ohne massive staatliche Förderung in einem kapitalgedeckten System individuell am Markt gegen die gängigen sozialen Risiken (Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter etc.) abzusichern. Gerade diese Bevölkerungsteile muss der Sozialstaat schützen.

3.2. Eine gerechte Balance zwischen Eigenverantwortung und Sozialstaat

Zunehmend wird von den Bürgern auch im Rahmen der sozialen Absicherung mehr Eigenverantwortung gefordert. Dies liegt im Trend der Zeit. Im Bereich Alterssicherung

werden in allen Mitgliedstaaten ergänzende Formen der betrieblichen und privaten Vorsorge für eine adäquate Absicherung im Alter eingeführt. Auch im Gesundheitswesen wird gelegentlich auf mehr Eigenverantwortung des Bürgers gesetzt. Viele Mitgliedstaaten versuchen, durch Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen das Verantwortungsbewusstsein zu stärken. Damit einher geht auch vereinzelt die Forderung, Gesundheitsprävention nicht länger als ein „Angebot“ aufzufassen, sondern als eine Pflicht des Einzelnen, deren Verletzung zu oder Leistungseinschränkungen oder Zuzahlungspflichten führen kann.

Derartige Entwicklungen dürfen allerdings nicht an der sozialen Realität in den Bevölkerungen vorbei gehen:

- Die Bürger verfügen häufig nicht über das notwendige Wissen und Verständnis, um die neue geforderte Verantwortung für sich selbst adäquat zu übernehmen.
- Es existieren nicht immer angemessene, leicht verständliche und sichere Vorsorgeprodukte; der Aufwand für Beschaffung und laufende Aktualisierung des fachlichen Wissens ist häufig hoch; die Anbieterseite konterkariert die mögliche Kundensouveränität teilweise durch regelmäßige Produktinnovationen.
- Es fehlen dem Einzelnen zum Teil die finanziellen Mittel zur ergänzenden Vorsorge. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der (Teil-) Rückzug des Staates aus seiner sozialpolitischen Verantwortung nicht immer durch eine spürbare und nachhaltige Absenkung der Steuer- und Abgabenlast oder durch allgemein und leicht zugängliche Finanzhilfen zum Aufbau ergänzender Vorsorge begleitet wird.
- Die Verlagerung von Verantwortung geht oft auch einher mit einer Übertragung von Risiken, vor allem wenn es zu einer Privatisierung der Produkte kommt (Beispiel: beitragsdefinierte und fonds-basierte Alterssicherungssysteme statt leistungsdefinierter öffentlicher Systeme). Es fragt sich, ob der Bürger diese Risiken richtig einschätzen kann, vor allem dann, wenn massives Marketing die Chancen sachlicher Aufklärung überlagert.

Der „mündige Bürger“ ist daher häufig eher ein theoretisches Konstrukt als eine breit angelegte, soziale Realität. Als Ausweg wird zunehmend auf die „Erziehung“ des Bürgers gesetzt, hin zu einem aufgeklärten Verbraucher elementarer Leistungen der Daseinsvorsorge, etwa von Gesundheitsleistungen oder Altersvorsorgeprodukten. Derartige Initiativen konzentrieren sich daher primär darauf, den Bürger sowohl mit der Notwendigkeit als auch mit den jeweils grundlegenden Vor- und Nachteilen der verschiedenen Formen einer privaten Vorsorge vertraut zu machen (*awareness building*), etwa im Sinne „finanzieller Alphabetisierung“ (*financial literacy*). Sie können für den Einzelnen ein erster wichtiger Schritt zur Auseinandersetzung mit häufig verdrängten Fragen der Gesundheits- und Altersvorsorge sein. Hierbei dürfen allerdings die engen Grenzen, die einer breiten Aufklärung gesetzt sind, nicht übersehen werden. Nur dort, wo durch Aufklärung einfach zu verstehende, realistische und nicht interessengeleitete Antworten im Hinblick auf Chancen und Risiken bei der Produktauswahl gegeben werden können, ist diese Art von Hilfestellung positiv zu bewerten. Weitere Voraussetzung ist ein klares sozialpolitisches Konzept über den Spielraum, den man dem Bürger im Hinblick auf einen konkreten Sicherungsbedarf und Sicherungsziele lässt. Eine angebliche „Kundensouveränität“ sollte nicht als Vorwand genommen werden, sich aus der staatlichen Verantwortung für die Erreichung der vereinbarten Sicherungsziele zurückzuziehen und diese dem „Markt“ zu überlassen.

Als ein gelungenes und erfolgreich angelaufenes Beispiel kann in dieser Hinsicht auf die gemeinsame Initiative **„Altersvorsorge macht Schule“** von Bundesregierung, Deutscher Rentenversicherung, Verbraucherschutzzentralen sowie den Gewerkschaften und

Arbeitgeberverbänden hingewiesen werden. In rund 500 an Volkshochschulen landesweit angebotenen Kursen wird den Teilnehmern grundlegendes Basiswissen zu Fragen der ergänzenden Altersvorsorge in 12 Zeitstunden fachkundig vermittelt. Die Resonanz und der Zulauf zu den Kursen sind bislang durchweg positiv.

Ein weiteres erfolgreiches Beispiel ist die auf zwei Jahre angelegte Präventionskampagne Haut, in der sich die gesetzliche Unfallversicherung mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer gemeinsamen Kampagne zusammengeschlossen hat. Unter dem Motto "Deine Haut. Die wichtigsten 2 m² Deines Lebens" wendet sich die Präventionskampagne Haut mit vielfältigen Aktionen an die allgemeine Bevölkerung, um zu einem bewussten Umgang mit diesem wichtigen Organ anzuregen. Darüber hinaus wenden sich die beteiligten Verbände der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung mit weit über 100 verschiedenen Projekten an die Versicherten, Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese erhalten Informationen über die Möglichkeiten der Prävention von Hauterkrankungen und es werden jeweils passende und konkrete Aufklärungs-, Schutz- und Pflegemaßnahmen angeboten.

Weitere wichtige Fragen der Eigenverantwortung des Bürgers stellen sich im Zusammenhang mit verstärkten Präventionsbemühungen. Alle Sozialschutzsysteme – aber auch private Versicherungssysteme – kennen Vorkehrungen gegen Verhaltensweisen, die eine Gesundheitsschädigung bewusst herbeiführen, etwa, um sich selbst oder Dritte in den Genuss einer Versicherungsleistung zu bringen (vorsätzliche Selbstschädigung). Zunehmend stehen jedoch auch tief in das private Konsum- und Freizeitverhalten eingreifende staatliche Interventionen mit dem Ziel der Hinlenkung des Bürgers zu einem „Guten Leben“ im Mittelpunkt neuer Bestrebungen. Oberflächlich gesehen scheinen sich diese Interventionen unter Kostengesichtspunkten zu rechtfertigen: Die Gemeinschaft soll nicht für Kosten haften, die der Einzelne durch sein gesundheitswidriges Verhalten (angeblich) verursacht hat. Dies können im Übrigen nicht nur Ausgaben für medizinische Behandlung sein, sondern auch Folgeleistungen wie Rentenzahlungen oder Produktionsausfallkosten bei Arbeitgebern.

Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung wünschen sich an dieser Stelle mehr Sachlichkeit und warnen vor überzogenen Erwartungen. Sie sprechen sich für die Umsetzung der wissenschaftlich als sinnvoll erwiesenen Präventionsstrategien aus und setzen sich für einen angemessenen Zugang aller Bürger ein, wobei allerdings der soziale Kontext sowie die aktuelle Position im „Lebenszyklus“ nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Sie sehen in diesem Angebot allerdings weniger einen Beitrag zur Steigerung der „Volksgesundheit“ oder im Sinne der Lissabon-Strategie des „Humankapitals“ als vielmehr in erster Linie einen Beitrag zur Steigerung der individuellen Lebensqualität und umfassender gesellschaftlicher Teilhabechancen. Dies sind Staat und Sozialversicherung dem Bürger schuldig, dem sie immerhin auch einen nicht unbeträchtlichen solidarischen (Zwangs-)Finanzierungsbeitrag abverlangen.

Daher kommen Sanktionen „gesundheitswidrigen“ Verhaltens – gleich welcher Art – nur als letzter Ausweg in bestimmten Einzelfällen in Betracht, wo sich durch relativ einfache, und kostengünstige und den „Lebensstil“ kaum beeinträchtigende Präventivmaßnahmen nachweislich große Einsparungen erzeugen lassen, etwa durch Schutzimpfungen. Im Regelfall sind die Zusammenhänge jedoch komplexer, die Kosten für Vorbeugemaßnahmen und anschließende „Abklärungsmaßnahmen“ sowie therapeutisch betreute Interventionen durchaus nicht zu vernachlässigen und selbst die langfristigen Kosteneinsparungen eher behauptet als wissenschaftlich nachgewiesen. So lassen sich die Ergebnisse präventiver Interventionen erfahrungsgemäß nicht auf eine Beeinflussung

der „beschäftigungsfähigen“ Altersspanne begrenzen, sondern können die Lebensdauer insgesamt und damit auch die Bezugsdauer von Renten verlängern, ganz zu schweigen von weiteren Gesundheits- oder Pflegeausgaben. Prävention lässt sich daher keinesfalls immer im Sinne zumindest langfristiger Kosteneinsparungspotentiale verstehen. Dies alles ist kein Argument gegen den Einsatz von Prävention – wohl aber gegen eine Stigmatisierung und Sanktionierung „präventionswidrigen“ individuellen Verhaltens.

Erst recht werden alle Bemühungen scheitern, sozial ausgegrenzte und von Armut bedrohte Menschen durch Sanktionen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten anzuhalten. Finanzielle Drohungen wie Eigenbeteiligungen an Kosten usw. gehen weitgehend ins Leere, und die Drohung mit dem Entzug notwendiger medizinischer Leistungen ein Verstoß gegen die Menschenwürde. So ist etwa eine einkommensabhängige finanzielle Beteiligung der Bürger an den Gesundheitskosten z.B. bei Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen keine denkbare Option für Familien, denen es schon an anderer Stelle am Nötigsten fehlt. An die Stelle muss behutsame und der sozialen Lage angepasste Aufklärung stehen.

Schließlich darf auch nicht vergessen werden, dass auch bestimmte „produktive“, weil erwerbsbezogene Verhaltensweisen durchaus mit Kosten für die Gemeinschaft verbunden sind. Riskante Arbeitstätigkeit und Arbeitszeiten, Überstunden, nicht dem Alter oder dem Gesundheitszustand angepasste Arbeitsplätze, weite Anfahrten zur Arbeit, aber auch ganz normaler „Stress“ stellen erhebliche Gesundheitsgefahren dar. Sie sind in weitem Umfang sozial akzeptiert, und der Sinn sozialer Sicherungssysteme besteht nicht zuletzt auch darin, die Folgen abzufedern. Das Gleichgewicht zwischen Aufwand für Arbeitsschutz, unternehmerischem und individuellem Risiko, Verantwortung des Arbeitgebers, des Branchenkollektivs, der gesamten Wirtschaft oder Gesellschaft – all dies sind heikle, von Fall zu Fall klarungsbedürftige und im Zeitablauf zu korrigierende Entscheidungen, die auf demokratischem Wege zu lösen sind. Dies gilt etwa für die in Deutschland immer wieder geführte Debatte, ob Unfälle auf dem Weg zur Arbeit der „privaten“ oder der „betrieblichen“ Risikosphäre zuzuordnen sind und von der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Krankenversicherung zu tragen sind.

3.3. Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht

Ganz im Sinne einer Stärkung der „Kundensouveränität“ wird europaweit die Frage diskutiert, ob man nicht die bisher bestehende Pflichtversicherung wie etwa gegen Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, Gesundheitsrisiken und Alter durch die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht abgelöst werden sollte. Bei der Bewertung dieser Option sollte man sich zunächst darüber im Klaren sein, dass auch die Einführung einer Versicherungspflicht die Freiheiten des Einzelnen einschränkt.

Diese Strategie übersieht jedoch zunächst, dass die Argumente, mit denen die Einrichtung einer Versicherungspflicht gerechtfertigt wird, mit Ausnahme des Solidaritätselements in weiten Teilen denen entsprechen, die auch für eine Pflichtversicherung sprechen. Diese Gründe sind es dann schließlich auch, die nicht nur die Frage des „Ob“ eines Pflichtversicherungsschutzes, sondern auch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten ganz wesentlich einschränken. Außerdem: Wollte man tatsächlich die Sozialversicherung „im Wettbewerb“ unter voller Wahrung aller ihrer Elemente und sozialpolitischen Ziele organisieren, so müsste ein künstliches, äußerst stark reguliertes Umfeld unter extremer Reduzierung unternehmerischer Freiheiten geschaffen werden, welches überdies flexibel genug sein müsste, jederzeit einen demokratisch legitimierten Wandel sozialpolitischer Ziele in die Praxis umzusetzen. Es ist nicht ersichtlich, welche Vorteile ein solches System

für die Beteiligten haben sollte, im Gegenteil: Die „Organisation“ und „Simulation“ von Wettbewerb ist mit etlichen Kosten und Risiken verbunden (Vergabe, Konzessionen, öffentlich-private Partnerschaften), und es müssen die Renditen der am Markt agierenden Operateure finanziert werden.

4. Herausforderungen im Bereich Alterssicherung

Die grundlegende Zielsetzung der Alterssicherung in Deutschland orientiert sich am Leitbild der „Lebensstandardsicherung aus drei Säulen“. D.h. für die abhängig Beschäftigten sollen die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Zusammenwirken mit den Leistungen aus der zweiten und dritten Säule im Regelfall ausreichen, um den zuvor erreichten Lebensstandard im Ruhestand in etwa aufrechtzuerhalten. Zur Lebensstandardsicherung im Alter ist es deshalb im Normalfall erforderlich, neben den Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzlich privat und/oder betrieblich für das Alter vorzusorgen. Die 2001 eingeführte so genannte „Riesterrente“ soll dabei mit erheblichen staatlichen Zuschüssen den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Vorsorge auch für Personen mit niedrigen Einkommen und für Familien ermöglichen. Nach einem verhaltenen Start wurden mittlerweile bereits knapp 10 Mio. Riesterverträge in Deutschland abgeschlossen und die staatliche Förderung zuletzt weiter ausgebaut. Trotz aller „Mehrstufigkeit“ des Systems: Die gesetzliche Rentenversicherung ist gegenwärtig das mit Abstand wichtigste Einzelsystem der Alterssicherung in Deutschland. Im Jahr 2003 bezogen in den alten Bundesländern 91 % der Männer und 82 % der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren eine eigene Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. In den neuen Bundesländern ist dieser Anteil noch höher: 99 % der Frauen und Männer bezogen hier eine eigene Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Erfassungsgrad der gesetzlichen Rentenversicherung ist damit nahezu universell. Dies wird nach neuesten Studien auch für die heute 40- bis 60-Jährigen so bleiben.

4.1. Der demographische Wandel

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung bei gleichzeitig dauerhaften niedrigen Geburtenraten stellt auch in Deutschland eine Herausforderung für die Sozialpolitik dar. Auf diese Entwicklungen hat sie in den vergangenen 15 Jahren mit einer Vielzahl von Reformmaßnahmen reagiert. Noch Ende der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts wurde ein Anstieg des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung bis zum Jahr 2030 auf 35 bis 42 % prognostiziert. In mehreren Reformschritten wurde die gesetzliche Alterssicherung inzwischen jedoch soweit angepasst, dass ihr Beitragssatz nun auf nicht mehr als 20 % bis zum Jahr 2020 und auf höchstens 22 % bis zum Jahr 2030 ansteigen soll. Die durchgeführten Reformen wirken im Übrigen bereits heute insoweit, als der Beitragssatz gegenwärtig etwa um 5 Prozentpunkte unter den in den 1980er Jahren prognostizierten Sätzen liegt – für den Fall, dass keine Reformen vorgenommen worden wären. Entgegen den Aussagen im Konsultationspapier blieben in Deutschland Rentner und Versicherte, die sich dem Ruhestand nähern, dabei nicht von den Reformen verschont, sondern leisten bereits heute u. a. durch den im Jahr 2004 eingeführten Nachhaltigkeitsfaktor bei der Rentenanpassung einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ausschlaggebend für den Fortbestand eines Alterssicherungssystems ist aber nicht allein die finanzielle Nachhaltigkeit. Wenn ein Rentensystem nicht mehr in der Lage ist,

ausreichende und akzeptable Leistungen für die Versicherten zu gewährleisten, ist die Bereitschaft zur Beitragszahlung und damit Akzeptanz und Fortbestand eines Rentensystems gefährdet. Die Nachhaltigkeit eines Alterssicherungssystems hat also eine finanzielle und eine soziale Dimension. Deshalb wurden im Rahmen der jüngsten Rentenreformen in Deutschland neben Zielsetzungen für die Begrenzung des Beitragssatzanstiegs auch feste Grenzen der Rentenniveauabsenkung gesetzlich verankert. Droht der Beitragssatz eine vorgegebene Höchstgrenze zu übersteigen oder aber das Rentenniveau eine vorgegebene Untergrenze zu unterschreiten, ist die Bundesregierung verpflichtet, dem Gesetzgeber geeignete Gegenmaßnahmen vorzuschlagen.²

Daneben wurden weitere wichtige Reformschritte eingeleitet, u. a. zur Umsetzung der im Rahmen der Lissabon-Strategie vereinbarten sozialpolitischen Ziele der EU, die sich auf aktives Altern beziehen: Die Zielvorgabe von Stockholm (2001) ist darauf ausgerichtet, die durchschnittliche Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger in der EU, d.h. von Menschen zwischen 55 und 64 Jahren, auf 50 % zu erhöhen; in Barcelona wurde 2002 zudem eine schrittweise Erhöhung des tatsächlichen Durchschnittsalters, in dem Menschen aufhören zu arbeiten, um fünf Jahre zum Ziel erklärt.

In Deutschland werden diese Vorgaben vor allem durch die Einführung von versicherungsmathematischen Zu- und Abschlägen bei Rentenbezug vor bzw. nach Erreichen der Regelaltersgrenze, die Verringerung von Möglichkeiten zur Frühverrentung sowie zuletzt durch den Gesetzesbeschluss zur schrittweisen Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf das 67. Lebensjahr bis 2029 maßgeblich unterstützt. All diese Entwicklungen tragen zu einer zunehmenden Verlängerung der Lebensarbeitszeit bei. In den vergangenen Jahren hat sich das durchschnittliche Rentenzugangsalter bereits um mehr als ein Jahr erhöht. Die durchschnittliche Beschäftigungsquote der Erwerbstätigen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren hat sich in Deutschland innerhalb von zehn Jahren von 38,1 % (1997) auf 52,0 % (2. Quartal 2007) deutlich erhöht und erfüllt mittlerweile die Vorgabe von Stockholm. Die Quote soll nach dem Willen der Bundesregierung bis 2010 nunmehr weiter auf 55 % angehoben werden.

Allerdings wirft die Verlängerung der Lebensarbeitszeit auch zusätzliche Herausforderungen für die soziale Sicherheit auf. Im Bereich der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sind hier insbesondere die berufliche und medizinische Rehabilitation sowie Prävention von großer Bedeutung, die sich auf die Herausforderungen alternder Belegschaften einstellen müssen.

Die DSAE begrüßt ausdrücklich gesellschaftliche Anstrengungen, die das aktive Altern fördern. Zugleich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dem Erfolg einer solchen Politik auch Grenzen gesetzt sind, solange man nur die kurzfristige Entwicklung der Beschäftigungsquoten betrachtet. Denn der Vorruhestand wird nicht nur vom Arbeitnehmer selbst gewünscht, wenn er etwa unzufrieden mit seinem Beruf ist, beispielsweise aufgrund unflexibler Arbeitszeiten, arbeitsbedingtem Druck oder Gesundheitsproblemen. Auch lässt sich bisher kein mengenmäßig signifikanter Anstieg angemessener Arbeitsplätze feststellen, die auch älteren Arbeitnehmern (etwa ab Alter 65) zur Verfügung stehen. Auch ist zu bedenken, dass der oben beschriebene bisherige Anstieg der Beschäftigungsquote Älterer in Deutschland nicht ausschließlich auf die

² Das Rentenniveau (Sicherungsniveau vor Steuern) soll bis zum Jahr 2020 den Wert von 46 % und bis zum Jahr 2030 43 % nicht unterschreiten, wobei ein Niveau von 46 % auch über 2020 hinaus angestrebt wird.

jüngsten Belegungen des Arbeitsmarkts zurückzuführen ist, sondern zu einem deutlichen Teil ebenfalls durch demographische Effekte in dieser Altersgruppe begünstigt ist³. Nach wie vor gilt, was die European Social Insurance Platform in ihrer Stellungnahme vom Oktober 2005 zum Grünbuch der Kommission „Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen“ festgestellt hat:

„It is not obvious why and how economy and labour market should create additional jobs or change its “youth orientation”. We have at least to consider the existence of a problem which appears during the periods of industrial restructuring and that refers to the expulsion of the workers over-fifty from the labour market. But even worse, it seems as if this phenomenon is not a temporary symptom but a permanent process. Many voices complain about the demographic ageing of the labour force and its unfavourable consequences for innovation, initiative and entrepreneurship; the Green Paper is going in the same direction (page 2). This scenario presumes that in the future as well many enterprises, as long as they have alternatives, will use their choice to recruit or to keep younger employees, instead of recruiting older people”

Soweit es um die Präferenzen der Bürger geht, werden diese sich fast zwangsläufig ändern als Folge notwendig werdender Rentenabschlüsse bei vorgezogenem Ruhestand. Hierzu ist allerdings Aufklärung in Form von Informationen notwendig. Nicht nur die positiven Aspekte, sondern auch die negativen Aspekte des Vorruhestands müssen dabei erläutert werden, beispielsweise die Wahrscheinlichkeit aufgrund längerer Rentenbezugszeiten dauerhaft niedrigere monatliche Rentenzahlungen zu erhalten als erwartet. Aber auch nachfrageseitig muss sich einiges ändern. Vor allem müssen die Arbeitsbedingungen für ältere Menschen verbessert werden und die Arbeitszeiten flexibel gestaltbar sein. Ferner müssen älteren Menschen entsprechende Anreize gesetzt werden, um im Arbeitsleben zu verbleiben, und zwar nicht nur solche finanzieller Art, sondern beispielsweise auch durch interessante und Erfolg versprechende Weiterbildungsangebote.

4.2. Veränderte Erwerbsbiographien - Erwerbstätigenversicherung

Neben dem Wandel der demographischen Strukturen ist auch die Arbeitswelt selbst seit längerem von strukturellen Veränderungen betroffen. Diese führen in wachsendem Maße insbesondere zum Entstehen neuer rechtlicher Ausgestaltungen von Arbeitsverhältnissen und der Zunahme von Erwerbsarbeit außerhalb der traditionellen abhängigen Beschäftigung. Insbesondere die selbständige Erwerbstätigkeit stieg in den 1990er Jahren und den ersten Jahren des neuen Jahrhunderts in Deutschland deutlich an. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus waren im März 2004 rd. 3,9 Mio. Menschen als Selbständige erwerbstätig, das waren rd. 800.000 oder ca. 28 % mehr als 1991. Der Anteil der Selbständigen an allen Erwerbstätigen – die Selbständigenquote – stieg im gleichen Zeitraum um mehr als 2 Prozentpunkte auf 10,8 % an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stieg die Anzahl der Selbständigen ohne Beschäftigte (aber ggf. mit mithelfenden Familienangehörigen) allein von 1991 bis 2003 von rd. 1,4 Mio. auf knapp 2,0 Mio. Dies entspricht einem Zuwachs von 42 %. Selbständige sind in Deutschland bislang im Regelfall nicht obligatorisch in einem Alterssicherungssystem gesichert. Parallel zur Ausweitung der Anzahl der Selbständigen hat in den vergangenen Jahren die Anzahl

³ Kistler/Stecker, Steigende Beschäftigung Älterer - Sind wir wirklich auf dem richtigen Weg?, in: DRV, Heft 10/2007, S. 651ff.

der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich abgenommen. Diese Veränderungen haben aktuell eine deutliche finanzielle Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung zur Folge. Darüber hinaus führt die zunehmende Ausgestaltung der Erwerbsformen als atypische Beschäftigungsverhältnisse nicht selten für den Einzelnen zu prekären Einkommenssituationen. Vor allem aber entstehen dadurch immer häufiger unterbrochene Erwerbsbiographien, die neben Zeiten sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit in zunehmendem Maße auch Zeiten enthalten, in denen keine obligatorische Absicherung besteht (z. B. selbständige Tätigkeit, geringfügige Beschäftigung, usw.). Dies führt teilweise zu erheblichen Lücken und Defiziten in der individuellen Alterssicherung, die das Armutrisiko in der Zukunft möglicherweise verstärken. Sollte sich die derzeit beobachtbare Tendenz einer Veränderung der Erwerbstätigenstruktur – Rückgang der sozialversicherungspflichtigen, abhängigen Beschäftigung bei gleichzeitiger Zunahme von selbständigen Tätigkeiten - dauerhaft verstetigen, ergäben sich daraus auch langfristig nachhaltige finanzielle Belastungen für die gesetzliche Rentenversicherung. Diese Belastungen, die zusätzlich zu den ohnehin zu erwartenden demographisch bedingten Problemen entstehen und diese noch verstärken würden, ließen sich durch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland von einer Arbeitnehmer- zu einer Erwerbstätigenversicherung vermeiden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund fordert deshalb seit längerem, dass alle Formen von Erwerbsarbeit, die bislang nicht obligatorisch abgesichert sind, in Zukunft in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden. In diesem Sinne haben sich inzwischen zahlreiche Sozialverbände, Gewerkschaften und jüngst auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland geäußert.

4.3. Vermeidung von Armut im Alter

Eines der wesentlichen Ziele der Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zum Ende des 19. Jahrhunderts war die Verhinderung von Altersarmut. Insbesondere die mit der Rentenreform von 1957 eingeführte Dynamisierung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend der Lohn- und Gehaltsentwicklung trug in erheblichem Maße dazu bei, dass die ältere Bevölkerung in den vergangenen 40 Jahren an der Entwicklung des gesellschaftlichen Wohlstandes teilhaben konnte. Nicht zuletzt als Folge davon hat das Problem der Altersarmut als gesellschaftliches Phänomen in Deutschland gegenwärtig weitgehend an Bedeutung verloren. War in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts unter den älteren Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung noch ein deutlich höherer Anteil auf Leistungen der subsidiären Transfersysteme angewiesen, ist der Anteil der Bezieher derartiger subsidiärer Leistungen unter den Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren heute nicht einmal mehr halb so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.

Die durchschnittliche Höhe der Renten unterscheidet sich in den alten und neuen Bundesländern erheblich. In den alten Bundesländern belief sich die Höhe der eigenen Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei den Männern im Jahr 2003 auf rd. 1.100 Euro und bei den Frauen auf rd. 490 Euro. In den neuen Bundesländern lagen die entsprechenden Werte bei 1.070 Euro für Männer bzw. 670 Euro für Frauen. Bei der Interpretation dieser Durchschnittswerte für die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist allerdings zu berücksichtigen, dass es in Deutschland ein gegliedertes Alterssicherungssystem gibt. Geringe gesetzliche Renten können u. a. dadurch begründet sein, dass die Bezieher nur

wenige Jahre ihres Erwerbslebens in der gesetzlichen Rentenversicherung abgesichert waren, während sie in der übrigen Erwerbsbiographie Ansprüche in anderen Sicherungssystemen erworben haben. Aussagekräftiger als die Angaben zur durchschnittlichen Höhe der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind deshalb die durchschnittlichen Nettoeinkommen insgesamt aus gesetzlichen Renten, den übrigen obligatorischen Sicherungssystemen sowie aus der zweiten und dritten Säule. Die durchschnittlichen Nettoeinkommen der älteren Generation beliefen sich im Jahr 2003 in den alten Bundesländern bei den Männern auf rd. 1.650 Euro und bei den Frauen auf rd. 940 Euro. In den neuen Bundesländern bezogen Männer im Schnitt 1.240 Euro und Frauen 950 Euro (netto) im Alter.

Im Hinblick auf die Problematik der Altersarmut ist zu konstatieren, dass die älteren Menschen – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – gegenwärtig unterdurchschnittlich von Armut betroffen sind. Während im Jahr 2003 in der Gesamtbevölkerung eine Armutsrisikoquote (60 % des Median-Einkommens) von 13,5 % zu verzeichnen war, lag das Armutsrisiko bei den Älteren demgegenüber nur bei 11,4 %. Entgegen des allgemeinen Trends einer zunehmenden Armutsgefährdung ist dieses Risiko bei den Älteren zwischen 1998 und 2003 sogar leicht gesunken. Neben derartigen relativen Armutsindikatoren ist in Deutschland ein materielles Existenzminimum gesetzlich fixiert, dessen Unterschreiten ergänzende subsidiäre Transferleistungen auslöst. Im Hinblick auf Personen, die im Alter oder bei Invalidität von Armut betroffen sind, ist insoweit als subsidiäre bedürftigkeitsgeprüfte Leistung im Jahr 2003 die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ eingeführt worden. Gegenwärtig beziehen knapp 2 % der 65-Jährigen und Älteren Leistungen aus diesem subsidiären Transfersystem; bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist der Risikoanteil derjenigen, die subsidiäre Transferleistungen beziehen, um ein Mehrfaches größer. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Bedarf an subsidiären Transferleistungen im Alter mehrheitlich nicht darauf zurückzuführen ist, dass die in der gesetzlichen Rentenversicherung erworbenen Rentenansprüche zu niedrig ausfallen und deshalb durch bedürftigkeitsgeprüfte Transfers ergänzt werden müssten; die Mehrzahl der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Invalidität verfügt vielmehr über keinerlei Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dies dürfte eine Folge davon sein, dass die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland grundsätzlich auf den Kreis der abhängig Beschäftigten beschränkt ist und insbesondere für selbständig Erwerbstätige im Regelfall keine obligatorische Absicherung für das Alter und bei Invalidität besteht (vgl. die Anm. unter 3.2.2).

5. Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Pflege

5.1. Grundsätze einer solidarischen Sicherung gegen Gesundheitsrisiken

In den nächsten Jahren wird auf die europäischen Gesundheitssysteme eine schwierige Belastungsprobe zukommen. Sie besteht darin, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, ohne den Anspruch eines für alle Menschen zugänglichen hochwertigen Gesundheitsschutzes aufzugeben. Hierbei ist eine Entwicklung zu vermeiden, an deren Ende bestimmte Personengruppen ausgegrenzt werden und statt der optimalen nur noch die kostengünstigere Behandlung erhalten. Hierin ist der EU-Kommission zuzustimmen.

Einsparungspotentiale lassen sich weniger im Bereich der wirtschaftlichen Abwicklung der Versicherungstätigkeit erzielen als im Bereich der Gesundheitsversorgungskosten. Auch darin ist der EU-Kommission zuzustimmen. Alle Versuche, im Bereich des

Gesundheitsschutzes mehr Wettbewerb einzuführen oder zuzulassen, dürfen diesen Zusammenhang nicht aus dem Auge verlieren. Mehr Wettbewerb im operationellen Bereich des Versicherungsgeschäfts kann die gesamtwirtschaftlichen Kosten der Gesundheitsversorgung sogar erhöhen. Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher kein Selbstzweck, sollte aber dort stattfinden wo er Effizienz und Effektivität steigert und dazu beiträgt die Grundsätze der solidarischen Krankenversicherung zu erfüllen. Dies gilt jedoch nicht für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung, die z.B. die medizinische Versorgung der Opfer von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betreffen. Wettbewerb würde insbesondere die wirkungsvolle Verbindung von finanzieller Entschädigung, Prävention und Rehabilitation auseinanderreißen. Dieses Zusammenwirken war und ist die Voraussetzung für den Erfolg der gesetzlichen Unfallversicherung und muss deshalb auch beibehalten werden. Zudem sind das hohe Maß an Selbststeuerung, keine Gewinnerzielungsanforderungen, fehlende Kosten für Akquisition und Marketing sowie die weitgehende Unabhängigkeit von staatlicher Unterstützung Vorteile, die auf der Hand liegen. Ähnliches gilt im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung dort, wo die neben Leistungen zur beruflichen Eingliederung auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt. Die Finanzierung dieser Leistungen kann wegen der engen Verknüpfung mit der Vermeidung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht isoliert betrachtet werden.

Die DSVAE unterstützt daher das Prinzip der Solidarität als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Im Vordergrund steht hierbei die Ausrichtung des strategischen und operationellen Geschäfts an gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Diese Ziele umfassen sowohl übergreifende Aspekte, wie Chancengleichheit im Gesundheitswesen oder Lebensqualität, als auch konkrete Vorgaben zur Verbesserung des Gesundheitszustands sowie Strategien zu deren Verwirklichung und Umsetzung.

Die Ziele der an sozialen Maßstäben zu messenden solidarischen Krankenversicherung – die Gewährleistung einer bedarfsgerechten qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Versicherten – haben jedoch zugleich das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Dieses Ziel wird verfehlt, wenn es wegen unzureichender oder gar restriktiver Rahmenbedingungen nicht gelingt, mehr Einfluss auf die Kostenentwicklung der Anbieter medizinischer Leistungen sowie auf das Behandlungsgeschehen selbst zu nehmen. Zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach der Devise "Rationalisierung statt Rationierung" eine Mobilisierung der im System vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven notwendig.

Unabdingbare Voraussetzung für einen effizienzsteigernden Wettbewerb ist die Vermeidung bzw. Auflösung von Monopolen und Kartellen auf der Leistungserbringerseite. Die Lösung liegt aber auch nicht in der Atomisierung des Marktes. Es sollte daher unter Beibehaltung gewisser Ordnungsstrukturen über unterschiedliche Anreizsysteme eine deutlich höhere Flexibilität im Vertragsbereich geschaffen werden. Hierzu gehört vor allem die Möglichkeit der Krankenkassen, unwirtschaftliche Kapazitäten in der stationären Versorgung zu kündigen, differenzierte Verträge mit Ärzten und Zahnärzten zu schließen und den Konsum von Medikamenten unter Berücksichtigung von therapeutischem Wert, Preisgestaltung und Vertriebsweg zu kanalisieren. Eng verbunden damit ist eine verstärkte Beachtung qualitätssichernder Maßnahmen.

Eine alleinige Veränderung des Finanzierungssystems der Krankheitsvorsorge wird dagegen die Probleme der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen nicht lösen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass durch den Einbezug privatwirtschaftlicher Elemente in

das Finanzierungssystem wesentliche Solidarziele einer sozialen Krankenversicherung nicht mehr erfüllt werden können. So würde eine risikoäquivalente Beitragsgestaltung eine Entsolidarisierung der Versichertengemeinschaft bedeuten. Die Hoffnung, der Staat werde im Fall "schlechter Risiken" ohne weitere Bedürftigkeitsprüfung individuelle Beitragszuschüsse leisten, würde sich vor dem Hintergrund der überall angespannten Haushaltslage sehr schnell als Illusion herausstellen. Demgegenüber bieten das Umlageverfahren und die Beitragsfinanzierung den Vorteil einer solidarischen Absicherung breiter Bevölkerungskreise.

Abzulehnen ist auch die Strategie erhöhter Zuzahlungen bzw. Eigenbeteiligungen durch die Patienten dort, wo sie wegen fehlender Elastizität der Nachfrage nicht zu einer Verhaltensänderung führen kann, sondern nur zu einer Umverteilung der Kosten. Hier bewirkt die Politik steigender Selbstbeteiligungen eine schleichende Entsolidarisierung. Die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen hängt in diesen Fällen immer mehr von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Kranken ab und nicht von seinem medizinischen Bedarf.

Dort, wo zusätzlich zu obligatorischen Basissystemen ergänzende Systeme zur Absicherung des Gesundheitsrisikos notwendig sind, sollten diese denselben ethischen Regeln folgen wie die obligatorischen Systeme: keine Risikoselektion, insbesondere keine Beitragsdifferenzierung nach individuellem Risiko und Solidarität. Medizinisch notwendige Leistungen müssen jederzeit für alle Bürger versicherbar sein.

Besonderheiten nationaler Systeme, die z.B. die medizinische Versorgung der Opfer von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betreffen, sollten auch in Zukunft beibehalten werden. Hierfür spricht, dass derartige Spezifika (z.B. gezielte Prävention sowie ein gesteuertes Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland) nicht nur die Gesundheit der Versicherten erhalten und fördern, sondern eine zügige Rückkehr ins Arbeitsleben ermöglichen und somit langjährige Rentenleistungen vermeiden.

Systeme, die derartige Verzahnungen (Prävention und gesteuerte Rehabilitation) zum Zweck höherer „return to work“ - Raten aufweisen, sind zukunftsweisend: Sie tragen zum persönlichen Wohlbefinden der Versicherten bei und bergen finanzielle Einsparpotentiale.

5.2. Auswirkungen der erhöhten Lebenserwartungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung

Die Studie von Liddle und Lerais verweist auf den wesentlichen Punkt⁴, dass die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsfürsorge möglicherweise die durch die Alterung der Bevölkerung bedingten Kostensteigerungen zum Teil ausgleichen könnte. Dies ist jedoch nur eine Interpretationsmöglichkeit. Ob die demographische Entwicklung zu einem Kostenanstieg bei den Gesundheitsausgaben führt oder nicht ist jedoch wissenschaftlich nicht unumstritten:

So besagt die Kompressionsthese von Fries⁵ bspw., dass die durch die höhere Lebenserwartung gewonnenen zusätzlichen Jahre überwiegend in guter Gesundheit verbracht werden. Die Menschen erreichen in zunehmendem Maße ihre natürliche maximale Lebenserwartung. Krankheit tritt in der Phase kurz vor dem Tod auf. Diese Phase verkürzt sich durch die bessere Medizin aber zunehmend.

⁴ S. 37.

⁵ J.F. Fries (2006), Compression of morbidity in the elderly, in: Vaccine 18, S. 1584 – 1589.

Die Morbiditätsexpansionsthese (oder auch Medikalisierungsthese) nach Gruenberg⁶ besagt, dass die durch die höhere Lebenserwartung gewonnenen zusätzlichen Jahre hauptsächlich in Krankheit verbracht werden. Um diese potenziellen Fortschritte zu verwirklichen, bedürfte es allerdings größerer Offenheit und stärkerer Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen der EU-Länder als derzeit gegeben.

Fakt ist jedoch, dass die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen mit zunehmendem Lebensalter steigen, wobei der Anstieg bei den stationären Behandlungen und beim Arzneimittelverbrauch besonders ausgeprägt ist. Diese Altersabhängigkeit hat sich im Laufe der Zeit verstärkt, da die Pro-Kopf-Ausgaben für Ältere schneller gestiegen sind als für Jüngere. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Gesundheitsausgaben aber nicht direkt mit dem Alter, sondern vielmehr mit der Nähe zum Tod korrelieren, wobei die Ausgaben in der letzten Lebensphase mit zunehmendem Alter wiederum sinken⁷. Dennoch steigen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben mit dem Alter, da sich aufgrund der höheren Sterbewahrscheinlichkeit ein immer größerer Anteil der Menschen in der letzten Lebensphase befindet. Überdies steigen die Ausgaben für die Überlebenden mit dem Alter erheblich an (Breyer 1999⁸): Gerade in dieser Gruppe ist durch die größere Krankheitslast (chronische Erkrankungen, Multimorbidität) und die wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten mit einem zunehmenden Versorgungsbedarf für Medizin und Pflege und damit auch steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Die Ausgaben nehmen laut Breyer um 8% zu, wenn der Anteil der über 65-jährigen um einen Prozentpunkt ansteigt.

5.3. Möglichkeiten, diesen Auswirkungen entgegen zu wirken

5.3.1. Finanzierungskonzepte der Pflege

Der Anteil der pflegebedürftigen Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten rasant zunehmen: In diesem Bereich gibt es einen hohen Bedarf an Konzepten und Lösungsvorschlägen dazu wie evtl. Kosten eingespart werden können, bzw. wie die Kosten in diesem Bereich aufgebracht werden. Im Zusammenhang mit der Pflege älterer Menschen wird daher eine umfassende Debatte benötigt über die jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche von Familie, lokalem Gemeinwesen und Staat. Die traditionellen Familienformen, in denen in einer Art Generationenvertrag die jüngeren Familienmitglieder die älteren zu Hause versorgen, sind (vor allem in urbanen Gebieten) in der EU nicht mehr die soziale Realität. Daher muss nach Meinung der DSVAE über neue, alternative Wohnformen im Alter, über andere Arten von sozialen Netzen nachgedacht werden und innovative Lösungen gefunden werden, die finanzierbar sind. Sich hierüber Gedanken zu machen, liegt in der Verantwortung jedes einzelnen Bürgers, aber auch in der des Staates.

Um die immer höher werdenden Kosten für die Pflege auch zukünftig decken zu können, wurde in Deutschland eine Pflegeversicherung als Pflichtversicherung eingeführt:

⁶ E.M Gruenberg (1977), The failure of success, Milbank Memorial Fund Quarterly 55, S. 3 – 24.

⁷ P. Zweifel, M. Meier, Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Read Herring? Health Economics 1999; 8(6), S. 485 – 496.

⁸ F. Breyer, Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben; Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften 1999, S. 50, 53 – 56.

Als jüngste der fünf Sparten der Deutschen Sozialversicherung schließt die gesetzliche Pflegeversicherung eine große Lücke in der sozialen Versorgung. Damit haben rund 80 Millionen Menschen in Deutschland einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit, den es vorher nicht gab. Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde in Deutschland in zwei Stufen eingeführt. Seit Anfang 1995 Beiträge zur Pflegeversicherung zu leisten. Seit Mitte 1996 können Versicherte neben der häuslichen auch eine stationäre Pflege in Anspruch nehmen.

Für mehr als zwei Millionen Leistungsbezieher bietet die Pflegeversicherung eine Absicherung gegen die Folgen der Pflegebedürftigkeit. Dabei ist gesetzlich klar definiert, was Pflegebedürftigkeit heißt und wer pflegebedürftig ist. Als pflegebedürftig gelten Versicherte, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung dauerhaft, das heißt voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung haben sich seit ihrem In-Kraft-Treten 1995 schnell etabliert. Um die Versorgung von Betroffenen auch in Zukunft zu gewährleisten, kommt der Transparenz, Aufklärung und Beratung in der Pflegeversicherung eine besondere Rolle zu. Die Pflegeversicherung sichert das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Sie soll es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Demnach ist die Pflegeversicherung keine Vollversicherung. Sie stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich machen. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als "Einheitsversicherung" angelegt – mit einheitlichen Leistungen und keinen Unterschieden im Beitragssatz. Die Beiträge werden von Versicherten und Arbeitgebern paritätisch geleistet. Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist genauso organisiert wie für die gesetzliche Krankenversicherung: Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrags. Allerdings gilt bei der Pflegeversicherung – anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung – ein gesetzlich festgelegter Beitragssatz. Er wird mit den übrigen Sozialabgaben automatisch bei der Lohn- oder Gehaltsabrechnung einbehalten.

5.3.2. Die Chancen der Prävention nutzen

Die DSVAE plädiert dafür, dass die Präventionsanstrengungen gegen die großen Volkskrankheiten verstärkt, auf einen bewussten Umgang mit bestimmten gesundheitlichen Risiken wie Alkohol- und Tabakkonsum sowie Risikosportarten hingewirkt sowie eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung unterstützt und gefördert werden dort wo sich als wissenschaftlich sinnvoll erwiesen hat. Die Frage, zu welche Steuerungs- oder gar Kontrollinstrumenten der Staat greifen sollte, um den Bürgern mehr Eigenverantwortung abzuverlangen, ist eine höchst sensible Frage. Es darf kein Trend dahin entstehen, den Bürger zur Eigenvorsorge zu zwingen. Die Grenzen zwischen einem solidarischen Sozialstaat auf der einen Seite sowie der gelebten Eigenverantwortung eines jeden Bürgers auf der anderen Seite dürfen nicht voreilig gezogen werden. Außerdem versprechen alle Präventionsbemühungen immer nur Erfolg, wenn sie eingebettet sind in ein Gesamtkonzept, d.h. wenn gleichzeitig entsprechende Präventionsangebote bereit gestellt werden. Auch sind viele Menschen auf kostenfreie Sportangebote angewiesen, da bspw. eine Mitgliedschaft in einem Verein für sie nicht zu finanzieren ist. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (*health inequalities*) gilt seit langem als eine gesicherte Erkenntnis sozialepidemiologischer Forschung. Die konkreten Schritte liegen im Verantwortungsbereich eines jeden einzelnen Mitgliedstaats und nicht im Zuständigkeitsbereich der EU.

5.3.2.1. Prävention in den älteren Bevölkerungsschichten – Thema „aktives Altern“

Die Forderung einer Stärkung der Prävention ist einerseits vor dem Hintergrund zu sehen, dass erfolgreiche Präventionsstrategien langfristig nicht nur Kosteneinsparungspotentiale durch eine bessere Gesundheit in der Bevölkerung bergen können - bei den direkten Gesundheitsausgaben, aber auch in den anderen Säulen der Sozialversicherung – sondern auch eine längere Lebensarbeitszeit unterstützen können. Durch frühzeitige und lebensbegleitende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kann zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beigetragen werden.

Vor allem aber dient die Verbesserung des Gesundheitszustandes den Menschen und ihren Bedürfnissen nach Autonomie und Teilhabe und ist damit ein wesentliches Element zur Verwirklichung der Grundrechte. Die WHO definiert „aktives Älterwerden“ als „einen Optimierungsprozess von Möglichkeiten für Gesundheit, Teilnahme und Sicherheit, um die Lebensqualität zu verbessern.“ Wenn Älterwerden eine positive Erfahrung sein sollte, müsse längeres Leben kontinuierlich von Möglichkeiten für Gesundheit, Teilnahme und Sicherheit begleitet werden, so die WHO. Dieser Position schließt sich die DSVAE an. Es geht somit darum, während des Älterwerdens aktiv zu bleiben durch längeres Arbeiten, späteren Ruhestand, Engagement für freiwillige Arbeit im Ruhestand und für gesunde Lebensweisen im Alter.

5.3.2.2. Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Es reicht nicht aus, sich nur um die älteren Bevölkerungsteile zu kümmern. Eine ebenso wichtige Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, also die „Älteren Generationen von morgen“. Liddle und Lerrais verweisen darauf, dass arme Kinder in unverhältnismäßig hohem Maße der Unterversorgung, Benachteiligung, schlechter Gesundheit und schlechten schulischen Ergebnissen ausgesetzt sind. Im gesundheitlichen Bereich ist dieser sozialen Wirklichkeit am wirkungsvollsten mit breit angelegten Präventionsprogrammen in den Schulen und über die Aufklärung der Eltern entgegen zu treten.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Präventionsprogramme jedoch häufig sozial schwache Kinder nicht erreichen. Um die richtigen Bevölkerungsteile anzusprechen, soll die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen verankert werden: in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Sportvereinen aber auch in Senioreneinrichtungen und in sozialen Brennpunkten. Anhand von Best practice-Verfahren können die in der Praxis erfolgreichen besser identifiziert werden. Deutschland bspw. identifiziert und prämiiert mit dem sog. „Deutschen Präventionspreis“ jährlich vorbildhafte Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und regt damit zur Verbreitung und Nachahmung an.

Neben den Themen der sog. „legalen Drogen“ (Alkohol- und Nikotinkonsum) ist vor allem Aufklärungsarbeit im Rahmen der „Ernährungsgewohnheiten“ und im Bereich „Bewegung“ gefragt. Die Kosten für diese Programme sind unserer Ansicht nach lohnenswerte Investitionen für die Zukunft, da spätere Krankheitsfolgekosten vermieden werden können.

5.3.2.3. Prävention bei den mittleren Altersgruppen – Betriebliche Gesundheitsförderung

Die zwischen den beiden vorangegangenen Generationen stehende Zielgruppe ist die erwerbstätige Bevölkerungsschicht mittleren Alters. Diese können zielgerichtet im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung angesprochen werden.

84 % der EU-Bevölkerung erklären, dass sie mit ihren Arbeitsbedingungen sehr oder recht zufrieden sind. Das ist nicht zuletzt auch auf die in den letzten Jahren ständig verbesserten Arbeitsbedingungen in der EU zurückzuführen. Zwischen 1994 und 2004 ging die Zahl tödlicher Arbeitsunfälle um 38 % und die Zahl der Unfälle, die zu mehr als drei Tagen Abwesenheit vom Arbeitsplatz führten, um 29 % zurück. Dennoch sind ca. 28 % der Erwerbstätigen in Europa der Auffassung, ihre Gesundheit sei durch die Arbeit gefährdet oder erklären, dass sie unter anderen Gesundheitsproblemen leiden, die durch die Arbeit verursacht werden bzw. sich aufgrund ihrer derzeitigen oder einer früheren Beschäftigung verschlimmern. Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen verweist auf die steigende Arbeitsintensität, Beschwerden über Rücken- und Muskelschmerzen sowie Stress. An diesem Punkt ist unserer Ansicht nach vor allem eine effektive „betriebliche Gesundheitsförderung“ gefragt. Denn unzufriedene Arbeitnehmer sind einem vielfach höheren Risiko ausgesetzt an psychischen, bzw. psychosomatischen Erkrankungen, wie bspw. Depressionen oder dem sog. „Burn-out-Syndrom“ zu erkranken. Auch hier verweisen wir, wie schon in der Rubrik „Prävention im Alter“ darauf, dass ein „gesundes Altern“ den Menschen längere Phasen der Erwerbstätigkeit ermöglicht.

Vor dem Hintergrund, dass sowohl die betriebliche Gesundheitsförderung als auch die Prävention die Produktivität von Kranken und Gesunden steigert, arbeiten die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung in diesen Bereichen erfolgreich zusammen. So haben sie sich zum Beispiel in der Initiative Arbeit und Gesundheit (IGA) zusammengeschlossen, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung vorzubeugen. Ziel der Initiative ist es, vorhandene Methoden und Erkenntnisse für die Praxis nutzbar zu machen und Präventionsansätze für die Arbeitswelt weiterzuentwickeln. Die Aktivitäten zielen dabei immer auf die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten. Gesunde Beschäftigte stärken auch die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen, beispielsweise steigt die Produktivität durch weniger Ausfallzeiten und optimierte Arbeitsorganisation.

6. Psychische Gesundheit stärker ins Blickfeld rücken

Psychische Gesundheit ist ein weiterer wesentlicher Faktor für Wohlstand, Lebensqualität und soziale Gerechtigkeit. Insbesondere in den hoch entwickelten Industrieländern mit stark steigender Komplexität der Anforderungen an den Einzelnen, steigendem Alter und damit erhöhten Morbiditätsrisiken sowie zunehmender sozialer Isolation ist eine weitere Steigerung des Einflusses der psychischen Gesundheit zu erwarten. Nicht nur in Deutschland gehen die "traditionellen" arbeitsbedingten Belastungen oder Erkrankungen durch Maschinenunfälle, Hitze oder Kälte, körperliche Überanstrengung oder Lärm zurück, während psychosoziale Belastungen wie psychische Überbelastung, Zeitdruck, Stress oder Personalwechsel zunehmen.

Vor allem die zunehmend geforderte Flexibilität, die Ergebnisorientierung, das Verschwimmen der Grenze zwischen Arbeit und Privatleben, Überbelastung, Unvorhersagbarkeit der Arbeitsanforderungen und mangelnde Beachtung von Sicherheit

und Gesundheit am Arbeitsplatz haben negative Folgen. Die EU-Kommission hat bereits im Jahr 2005 ein Grünbuch veröffentlicht mit Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“⁹. Das Dokument kommt zu dem Ergebnis, dass mehr als 27 % der erwachsenen Europäer Schätzungen zufolge mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen leiden. Die am meisten verbreiteten psychischen Störungen in der EU sind Angst und Depression. Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden. Zurzeit sterben in der EU etwa 58.000 Bürger jährlich durch Suizid: Dies übertrifft die Zahl der jährlichen Todesfälle durch Straßenverkehrsunfälle, Tötungsdelikte und HIV/AIDS. Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Die Integration der psychischen Gesundheit in die stationäre Behandlung in Krankenhäusern kann demzufolge die Hospitalisierungsdauer erheblich verkürzen und dadurch Kosten einsparen helfen. Die Auswirkungen auf Wohlstand, Solidarität und soziale Gerechtigkeit Psychische Erkrankungen haben vielfältige Auswirkungen:

Nicht zu unterschätzen sind ebenfalls die indirekten Kosten, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden. So geht ein großer Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage auf diese Kategorie von Erkrankungen zurück. Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise 3 bis 4 % des BIP, hauptsächlich als Folge von Produktivitätsverlust. Psychische Störungen sind eine der Hauptursachen von Frühverrentung und Invalidisierung.

Eine wirksame Prävention, bzw. rechtzeitige Intervention und ein gesteigertes Bewusstsein in Europa über die Ernsthaftigkeit und Folgeschwere dieser Art von Erkrankungen, können helfen enorme Kosten einzusparen. Hierzu muss die EU-Kommission stärker entsprechende Projekte in den Mitgliedstaaten finanziell unterstützen.

Es daher nicht zuletzt wichtig, die breite Öffentlichkeit aufzuklären, weil psychische Erkrankungen immer noch mit einem Stigma behaftet sind. Noch immer sind Vorurteile gegenüber psychisch Kranken weit verbreitet. Die Angst vor gesellschaftlicher Ächtung hindert die Betroffenen daran, sich rechtzeitig behandeln zu lassen. Sie tabuisierten ihre Leiden und geraten dadurch in einen Teufelskreis von Isolation und Diskriminierung, nehmen zu und verstärken das psychische Leiden weiter. Deshalb ist es dringend erforderlich Vorurteile durch Wissen zu ersetzen und die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen besser zu informieren.

7. Patienteninformation und Patientensouveränität

Eine große Herausforderung besteht nach Ansicht der DSVAE darin, dass die Menschen in der heutigen Informationsgesellschaft häufig mit einer für sie unübersichtlichen Masse an Informationen aus verschiedenen Quellen konfrontiert sind und ein dringender Bedarf an Instrumenten besteht, die es dem Bürger (vor allem kranken Bürgern in der Rolle des Patienten) ermöglichen objektive, evidenzbasierte und unabhängige Informationen zu erkennen, die unabhängig von kommerziellen Interessen sind. Ziel dieser Bemühungen ist ein informierter Patient, der dazu befähigt ist, seine Interessen selbst zu vertreten. Idealerweise sollte dies umfassend durch eine allgemein bekannte, zentrale, unabhängige staatlich kontrollierte Einrichtung erfolgen. Darüber hinaus schlägt die DSVAE vor, ein

⁹ Grünbuch vom 14. Oktober 2005 [KOM(2005) 484 endgültig].

spezifisches EU-Logo einzuführen, welches für den Bürger Kennzeichen für anerkannte und unabhängige Information werden könnte.

Es muss jedoch dabei sichergestellt sein, dass das Logo nur beim Nachweis bestimmter Qualitätskriterien vergeben wird, insbesondere: Evidenzbasierung, Aktualität, Zuverlässigkeit, Verständlichkeit, Zugänglichkeit, Transparenz, sowie Relevanz und Zweckmäßigkeit. Ferner muss die Quelle der Information immer zu erkennen sein. Zudem sollten Verbraucher bzw. Patient dahingehend geschult werden, Informationen und Informationsquellen beurteilen und bewerten zu können. In besonders sensiblen Bereichen, wie etwa bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, müssen Schutzbestimmungen wie Werbung durch Hersteller aufrechterhalten bleiben.

Eine Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2005 zur Mobilität in der EU ergab, dass fast 15 % der Unionsbürger, insbesondere aus Nordeuropa, darüber nachdenken, ihren Ruhestand in einem anderen Mitgliedstaat zu verbringen. Gerade ältere Menschen benötigen häufig gesundheitliche Versorgung und müssen sich daher in einem ausländischen Gesundheitssystem, evtl. in einer ihnen fremden Sprache zu Recht finden können. Daher verweisen wir auf die immense Bedeutung einer ausführlichen Patienteninformation über den Zugang zu Gesundheitsleistungen im Ausland, die verlässliche und verständlich formuliert sein müssen.

Aber nicht nur die Rentner müssen unbürokratisch eine Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen können, sondern natürlich ebenso die zahlreichen Grenzgänger in den europäischen Grenzregionen sowie Arbeitnehmer, die im europäischen Ausland arbeiten. Die Wohnbevölkerung in Grenznähe muss die Möglichkeit haben eine zeit- und wohnortnahe medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Patienten ziehen es im Allgemeinen vor, so wohnortnah wie möglich versorgt zu werden, und der Umfang der Patientenmobilität ist derzeit relativ gering. Er wird auf etwa 1 % der öffentlichen Gesamtausgaben für die gesundheitliche Versorgung geschätzt. Die Erfahrungen in der Praxis, so z.B. im deutsch-niederländischen Grenzgebiet haben gezeigt, dass der Bürger nicht zum Zwecke der gesundheitlichen Versorgung ins Ausland reist, wenn diese im Inland gesichert ist. Die Sorge vor einer Überforderung der Systeme ist somit unbegründet. Aber für den Fall, dass ein Bürger im Ausland erkrankt oder eine Behandlung im Ausland klare Vorteile gegenüber einer Behandlung im Inland hat, möchte er gut versorgt werden. Die Bürger haben ein Recht auf die Gewährleistung guter medizinischer Versorgung, Transparenz, unabhängige Informationen, einen einfachen Zugang zur Behandlung im Ausland und gesicherte Verfahren hinsichtlich der Kostenerstattung, der Haftungsfragen etc.

Stellen – wie etwa in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung – nationale Systeme bestimmte Anforderungen an die Qualität medizinischer Behandlungen (gesteuerte Heilverfahren oder vorgeschriebene Verfahren bei bestimmten Verletzungsarten), mit dem Ziel, durch optimale Behandlung die Reintegration ins Arbeitsleben zu fördern, darf Patientenmobilität nicht so weit gehen, dass diese Standards unterlaufen werden.

8. Die Rolle Europas

Zunächst ist festzustellen, dass die Rolle der EU bei der Anpassung der sozialen Sicherungssysteme an die Herausforderungen der „neuen“ sozialen Wirklichkeit Europas aus guten Gründen sehr begrenzt ist: Entscheidungen über Reformschritte in Fragen der sozialen Sicherheit und dem sozialen Schutz der Arbeitnehmer liegen auch in Zukunft

alleine in der Kompetenz der Mitgliedstaaten. Diese Zuständigkeitsverteilung wird auch durch den Vertrag von Lissabon nicht angetastet.

8.1. Sozialer Mehrwert der EU durch die Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Um das Problem der unterschiedlichen sozialen Standards und Niveaus in den Bereichen der sozialen Eingliederung, der Alterssicherung und der Gesundheit zu lösen, setzt die EU seit dem Ratsgipfel in Lissabon im Jahr 2000 verstärkt auf die offene Methode der Koordinierung (OMK). Sie verzichtet bewusst auf formale Rechtsakte und Sanktionen und setzt statt dessen auf den Vergleich des Erfolgs der Mitgliedstaaten beim Verfolgen gemeinsam vereinbarter Ziele und ggfs. der Identifizierung von „Best Practice“ Lösungen.

Die offene Methode der Koordinierung (OMK) muss gerade in ihrer nunmehr gestrafften und mit dem Lissabon-Prozess eng verknüpften Form den Sozialschutz deutlich als eine tragende Säule des wirtschaftlichen und politischen Erfolges der europäischen Integration gleichgewichtig neben den Bereichen Wachstum und Beschäftigung widerspiegeln. Hierfür sollte in Zukunft ein stärkeres Gewicht auf methodische Gesichtspunkte der OMK gelegt werden. Die Berichterstattung ist weiter zu vereinfachen. Eine wirkliche Entlastung wäre es für die beteiligten Regierungen und Interessenvertreter (*stakeholder*), wenn sich die jährliche Berichterstattung lediglich auf einen der betroffenen Bereiche – soziale Eingliederung, Rente und Gesundheit – konzentrieren könnte.

Der Wunsch nach Vereinfachung und die erfolgte Straffung der Methode dürfen allerdings nicht dazu führen, dass wesentliche Aspekte für das Gelingen einer angemessenen und nachhaltigen sozialen Sicherung in den Mitgliedstaaten aus dem Blick geraten oder nicht weiterentwickelt werden können. Daher sollte beispielsweise die „langfristige Verlässlichkeit“ der Alterssicherung auch in den Zielkatalog der OMK mit aufgenommen werden.

Die OMK droht gegenwärtig in der Praxis zu teilweise verzerrten und missverständlichen Ergebnissen zu führen. Bislang liegt in weiten Teilen noch immer kein allgemein akzeptierter hochwertiger und die nationalen Systeme zutreffend beschreibender Indikatorensatz vor. Im Interesse einer Vergleichbarkeit müssen an die Auswahl der Indikatoren hohe Anforderungen gestellt werden. Um ein adäquates und systemneutrales Bild der Sozialschutzsysteme zu erhalten, ist eine ausreichend hohe Anzahl von validen Indikatoren vorzusehen. Nach wie vor muss die Verfolgung spezifisch nationaler Ziele möglich bleiben und sich auch im Rahmen der OMK ausdrücken lassen.

Die Frage nach dem Mehrwert der OMK kann aus Sicht der DSVAE somit nicht abschließend bejaht werden. Für jeden Zweig der Sozialen Sicherheit muss unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten der abgedeckten sozialen Risiken geklärt werden, welchen Zusatznutzen die EU gegenüber den Mitgliedstaaten im Rahmen dieser Diskussion generieren kann und ob die OMK das geeignete Instrument ist, die Diversität in der sozialen Wirklichkeit Europas abzubilden.

8.2. Die OMK im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege

Die Vorschläge der EU-Kommission für entsprechende Indikatoren zur Beurteilung der Gesundheitssysteme und der Langzeitpflege in den Mitgliedstaaten lassen die Schwierigkeit erkennen, die auftreten, wenn man 27 Mitgliedstaaten mit unterschiedlicher

Wirtschaftskraft und abweichend strukturierten Gesundheitswesen koordinieren möchte. Bereits der Vergleich einfacher Indikatoren wie dem Bruttonettoprodukt (BSP) pro Kopf der Bevölkerung und Anteil der Sozialausgaben machen deutlich, wie groß die wirtschaftlichen und sozialen Ungleichheiten sind.

Die Kommission hat bereits im Jahr 2005 folgende drei große Bereiche genannt, die im Zentrum der OMK im Bereich Gesundheitswesen und Langzeitpflege liegen sollen¹⁰):

- Ungleichheiten im Zugang zur medizinischen Versorgung,
- Ungleichheiten in den medizinischen Ergebnissen (outcomes) und
- die Entwicklung von Maßnahmen zur Langzeitpflege.

In der Folge wurden rund 20 Indikatoren vorgeschlagen, die aber auf zehn bis 15 reduziert werden sollen. Dass aber auch quantitativ messbare Indikatoren häufig keine hinreichende Aussagekraft haben, da in ihnen keinen qualitativen Variablen berücksichtigt werden, wird an den folgenden zwei Beispielen deutlich¹¹.

- Zuzahlungen gemessen als Prozentanteil am Haushaltseinkommen differenziert nach sozioökonomischem Status, Alter, Geschlecht und noch einigen anderen Faktoren. Zu berücksichtigen sind jedoch auch methodische Fragen: in Frankreich gibt es z.B. hohe Medikamentenzuzahlungen, die aber von den meisten Franzosen durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Wenn der Versicherte faktisch nichts zuzahlt, ist dies als „Zuzahlung“ im Sinne der OMK zu werten oder nicht?
- Auch die Problematik der Wartelisten hat im Rahmen der OMK Eingang in die Diskussion gefunden. Die Kommission selbst weist jedoch darauf hin, dass kein spezifischer Indikator für „Wartezeiten“ vorgeschlagen wird. Damit macht sie bereits deutlich, wie wenig praxistauglich die Fragen zu Wartelisten sind. Fraglich ist auch, wie das Warten auf unterschiedliche Leistungen in den jeweiligen Ländern ins Verhältnis gesetzt wird: Wie will man das subjektive Defizit eines deutschen GKV-Versicherten, der drei Monate auf einen Platz im Schlaflabor warten muss, weil er schnarcht, ins Verhältnis setzen mit der Problematik, dass es in Großbritannien z.B. für Dialysebehandlung ab einem bestimmten Alter keine Chance mehr auf Behandlung, nicht einmal auf eine Warteliste gibt.

Bei einer Reihe anderer Indikatoren, die die Kommission vorschlägt, lassen sich damit verbundene Interpretationsprobleme in zwei Kategorien aufteilen: Erstens Indikatoren, die in sich selbst schon einen großen Interpretationsbedarf haben. Dazu zählt z.B. die Zahl der Akutbetten pro 100.000 Einwohner. Hat das Land mit der größten Bettendichte die beste Versorgung oder das unwirtschaftlichste System? Und zweitens Indikatoren, die aufgrund der wachsenden Heterogenität der EU zu Ergebnissen führen, die eher weiteren Forschungsbedarf als konkrete Maßnahmen zur Folge haben. Was sagt z.B. die Projektion der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege gemessen als Anteil am Bruttonettoprodukt ohne Kenntnis der demographischen Entwicklung und der Familienstrukturen im jeweiligen Land?

Unbeantwortet bleibt auch die Frage, wie sich besondere Vorgaben, die Systeme an die Gesundheitsversorgung stellen (z.B. bei der Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten durch spezielle, gesteuerte Heilverfahren), über das Indikatorensystem

¹⁰ KOM(2005) 706 endg. - Mitteilung der Kommission - Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union.

¹¹ Beispiele aus: Recht und Politik im Gesundheitswesen; Band 12, Heft 3-2006; S. 75 – 81.

abbilden lassen. Nach Auffassung der DSVAE soll das Indikatorensystem nicht zur Abschaffung bewusster Differenzierungen in nationalen Systemen sozialer Sicherheit führen.

8.3. Der Nutzen von Mindeststandards auf dem Weg zum sozialen Fortschritt

Im Rahmen der vielfältigen europäischen Prozesse auf den Gebieten des Sozialschutzes (Lissabon-Strategie, OMK Sozialschutz und soziale Eingliederung, Sozialpolitische Agenda, Nachhaltigkeitsstrategie) geht es – aufgrund der eingeschränkten Kompetenzen der Union - nicht um die Vereinheitlichung der nationalen Sozialsysteme. Allenfalls kann eine allmähliche Konvergenz, ggfs. flankiert durch die Schaffung gemeinsamer Mindeststandards, das Ergebnis bisheriger Bemühungen auf europäischer Ebene sein.

Freilich besteht hierbei stets die Gefahr, sich lediglich auf Standards des kleinsten gemeinsamen Nenners zu verständigen. Derartige Standards sind wenig ambitioniert und können für Länder mit darüber liegenden Niveaus im Zuge der zunehmenden wirtschaftlichen Verflechtungen und des steigenden Marktdrucks letztendlich einen Anreiz zur Absenkung ihrer nationalen Schutzregeln bieten. Ein „*race to the bottom*“ wäre die Folge. Zudem besteht die latente Gefahr, sich dem Vorwurf der EU-Kommission auszusetzen, höhere nationale Standards lediglich als Markt- und Wettbewerbshemmnisse aufrechtzuerhalten.

Derartige Probleme lassen sich derzeit z.B. auf dem Gebiet des Verbraucherschutzes beobachten: Die Kommission sieht den bisher in Form von „Mindestvorschriften“ erreichten Fortschritt nur als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer Harmonisierung – durchaus auch auf niedrigerem Niveau als dem in vielen Mitgliedstaaten üblichen.

Die DSVAE hat sich wiederholt für ein hohes Gesundheits- und Sozialschutzniveau als Vertragsziel der EU ausgesprochen. Dieses würde signalisieren, dass Europa und die Mitgliedstaaten nicht nur durch rein ökonomische Ziele wie die des Binnenmarktes und der Haushaltsdisziplin zusammengehalten wird, sondern sich auch dem sozialen Fortschritt verpflichtet fühlen.

Allerdings darf dies nicht mit zusätzlichen Befugnissen der Gemeinschaft verwechselt werden. Die zu bewältigenden Fragen der konkreten Ausgestaltung, Anpassung nach oben wie auch nach unten sowie Finanzierung der sozialen Aktivitäten und Strukturen entstehen als Ergebnis eines demokratischen Prozesses auf nationaler Ebene und müssen auch dort gelöst werden. Dies gilt auch für Aspekte der Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit und schließt eine Delegation bestimmter Aspekte auf die Sozialpartner im Wege der sozialen Selbstverwaltung ein.

Diese Stellungnahme hat die Unterstützung aller Mitglieder der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V.:

- AOK-Bundesverband, Bonn**
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**
- Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**
- Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg**
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg**
- Knappschaft, Bochum**
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin**
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Kassel**
- Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel**
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin**