



***Die sozialen Ziele der EU – Rückschritt oder  
Fortschritt ?***

***Einschätzungen aus Sicht der Deutschen  
Sozialversicherung***

**Stellungnahme der Deutschen Sozialversicherung  
Arbeitsgemeinschaft Europa (DSVAE)**

**vom Juli 2009**

**0. Einleitung**

Globalisierung, Wettbewerbsfähigkeit, Modernisierung des Europäischen Sozialmodells, Strukturreform, Beschäftigungsfähigkeit, Aktivierung, „Inclusion“, Flexibilisierung, Mobilität, Nachhaltigkeit – das sind nur einige der Schlagwörter, unter denen die europäischen Institutionen und insbesondere die EU-Kommission seit einiger Zeit versuchen, die öffentlichen Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten „stromlinienförmig“ auf angeblich gemeinsame Ziele neu auszurichten und vor allem zu reduzieren. Diese Initiativen drohen nicht nur das Subsidiaritätsprinzip und die wohl begründete Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung des Sozialschutzes zu untergraben; sie wären zudem

mit Blick auf den Binnenmarkt und die europäische Positionierung im Weltmarkt ein falsches Signal.

Würde Europa seine Systeme der sozialen Sicherheit abbauen bzw. kurzfristigen wirtschaftlichen Nützlichkeitsabwägungen im „Standortwettbewerb“ unterordnen, würde es nicht gewinnen, sondern auf globaler Ebene eine Spirale nach unten verstärken. „Globalisierung gestalten“ muss aus europäischer Perspektive anderes bedeuten: Einflussnahme und Überzeugung der (Handels-)Partner, dass ein hoher und zuverlässiger Sozialschutz Grundlage für sozialen Zusammenhalt, Zufriedenheit und Risikobereitschaft der Bürger ist.

Im Rahmen einer „Erneuerung der Sozialen Agenda“ hat die Kommission im vergangenen Jahr in zwei Schlüsseldokumenten bedauerlicherweise nicht eine solche Vorbildrolle Europas bestätigt, sondern eine qualitativ restriktive Betrachtung der Sozialpolitik vorgezeichnet. Auch nutzt sie die gegenwärtige Finanzkrise eher zur Bestätigung ihrer Politik und zum Ausbau der Verlagerung sozialpolitischer Kompetenzen auf die europäische Ebene. Damit werden Chancen vertan, den originären Wert und die stabilisierende Funktion gut ausgebauter öffentlicher Sozialsysteme anzuerkennen und zu fördern. Schon an dieser Stelle ist zu betonen, dass sich die sozialen Sicherungssysteme nicht in Aktivierung und Armutsbekämpfung erschöpfen.

## 1. Kommissionsdokumente zur Sozialen Agenda

Die Europäische Kommission hat im vergangenen Jahr in zwei zentralen Dokumenten die Kernelemente ihres Verständnisses eines zukünftigen europäischen Sozialmodells sowie die Verteilung der nationalen und europäischen Verantwortlichkeiten auf dem Weg dorthin skizziert:

Mitteilung vom 2. Juli 2008 „Ein erneuertes Engagement für ein soziales Europa: **Verstärkung der offenen Koordinierungsmethode** für Sozialschutz und Soziale Eingliederung“ [KOM(2008) 418 end.]

sowie

Kommissionsdokument „**Effizienz und Effektivität von Sozialausgaben**“  
SEC (2008) 2153 (=Begleitdokument zur Kommissionsmitteilung vom 2. Juli 2008 zur erneuerten Sozialagenda)

Die beiden Dokumente sind nicht die ersten dieser Art, und die dort vorgestellten Politikpfade und Ziele werden auf europäischer Ebene durchaus nicht nur von der Kommission, sondern in Teilen auch von anderen Akteuren vertreten. In ihrer jetzigen Form bündeln sie jedoch die zentralen Elemente schon in der Vergangenheit formulierter Politikstränge, bringen sie auf einen gemeinsamen Nenner und verbinden sie mit Visionen. Diese Visionen und die zu ihrer Durchsetzung vorgeschlagenen institutionellen und verfahrensmäßigen Reformen geben aus Sicht der Deutschen Sozialversicherung Anlass, sich mit einzelnen Elementen kritisch auseinanderzusetzen. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich umso mehr, als sie den Anspruch auf Allgemeingültigkeit für ganz Europa erheben. Eine besondere Brisanz hat dabei der Anspruch der Kommission, in die zentralen Bereiche mitgliedstaatlicher Sozialsysteme einzugreifen und sie einerseits an angeblich übergeordneten „europäischen“ Zielen auszurichten, sie andererseits aber auch in Frage zu stellen, soweit sie mit diesen Zielen nicht kompatibel sind oder keinen effektiven Beitrag zur Erreichung dieser Ziele leisten. Die Mitte 2008 zunächst zur Debatte gestellten Dokumente der Kommission vertiefen dabei nicht nur die bisherigen Ansätze, sondern sie vermitteln diesen Ansätzen eine neue Qualität.

- Die Mitteilung zur „Verstärkung der Offenen Koordinierungsmethode“ (OMK) legt recht deutlich den Übergang von einem eher ungezwungenen Erfahrungsaustausch und freiwilligem von einander Lernen zu einer gegenseitigen Verpflichtung auf die Erreichung gemeinsamer quantitativer Ziele nahe, basierend auf einer Liste gemeinsamer Indikatoren. Die Mitgliedstaaten sollen zwar befugt bleiben, sich selbst nationale Zielvorgaben zu geben, diese sollen sich jedoch darauf beschränken, unterschiedliche Pfade zur Erreichung der gemeinsamen Ziele zu beschreiben.
- Die Mitteilung zur „Effizienz von Sozialausgaben“ zielt darauf ab, die Sozialausgaben der Mitgliedstaaten auf europäisch definierte „Prioritäten“ zu lenken, insbesondere die Beschäftigungsfähigkeit, die Armutsbekämpfung und Bekämpfung sozialer Ungleichheiten – unter Reduzierung von Ausgaben in den nicht prioritären Bereichen bzw. darüber hinaus reichenden Zielen des Sozialschutzes.

Beide Dokumente geben überdies wichtige Hinweise zur inhaltlichen Ausrichtung der europäischen Prioritäten aus Sicht der Kommission. Sie legen zunächst besonderen Wert auf eine strikte Ausrichtung an den Zielen der Lissabon-Strategie „Wachstum und Beschäftigung“. Entsprechend sollen Geldleistungen der Renten-, Arbeitslosen- und Invaliditätssysteme mit beruflichen Fortbildungsmaßnahmen und Rehabilitation vorrangig an den Erhalt der Erwerbsfähigkeit gekoppelt und auf dieses Ziel neu ausgerichtet werden. Zielvorgaben für den Gesundheitsbereich fokussieren Indikatoren des Zugangs, der Qualität und eines messbar verbesserten allgemeinen Gesundheitszustands auf eine aktive Arbeitsmarktbeteiligung und Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Daneben tritt als weiteres Element die Bekämpfung der Armut in den Vordergrund, einschließlich der Altersarmut. Hier soll ein „Mindesteinkommen“ im Alter Abhilfe schaffen. Als allgemeines Ziel des „Wohlfahrtsstaats“ wird schließlich die soziale Abfederung des (industriellen) Restrukturierungsbedarfs angeführt, verursacht durch Globalisierung und technischen Wandel.

Zugleich identifizieren die Dokumente Bereiche, die weniger wichtig oder nicht prioritär seien und in denen die Mitgliedstaaten ihre öffentlichen Ausgaben daher zurückfahren sollten. Es sind dies vor allem die „Altersrenten“, aber auch die finanzielle Abmilderung wachsender Einkommensungleichheiten als Folge von Arbeitsmarktreformen oder angeblich zu generöse Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit. Auf dem Prüfstand stehen alle Sozialausgaben, die anspruchsvollere Ziele verfolgen als ein Einkommen an der Schwelle zur Armut.

Zusammenfassend belegen die Äußerungen der Kommission aus Sicht der Deutschen Sozialversicherung erneut zwei fortschreitende Trends zur Formierung europäischer Sozialpolitik:

- erstens die Verdichtung des Zugriffs Europas auf das Terrain bislang ausschließlich nationaler Kompetenzen für sozialpolitische Entscheidungen, und
- zweitens die Konzeption eines inhaltlich auf Armutsbekämpfung und Beschäftigungsförderung um jeden Preis reduzierten rudimentären Wohlfahrtsmodells.

Zur Frage der Beachtung des Subsidiaritätsprinzips kann im Wesentlichen auf frühere Stellungnahmen verwiesen werden. Im Vordergrund soll nachstehend die inhaltliche Ausrichtung der Kommissionsstrategie stehen. Aus aktuellem Anlass schließt die Stellungnahme auch Fragen der Finanzierung der sozialen Sicherheit ein.

## 2. Beschränkte Rolle Europas bei der Ausgestaltung der Sozialpolitik

Die Strategie der Kommission, quantitative europäische Ziele mit einer Kürzung und Streichung anderweitig motivierter Sozialausgaben zu verbinden und nationale Ziele nur noch als Schritte auf dem Weg zu den gemeinsamen Zielen zu akzeptieren, verkehrt die Verteilung der Verantwortlichkeiten: Die europäische Exekutive würde die Leitlinien und Ziele der Politik bestimmen, der demokratisch legitimierten Legislative – den nationalen Parlamenten – verbliebe nur noch das operationelle Geschäft. Dies entspräche einer bislang weder gegebenen noch wünschenswerten Kompetenz der EU im Bereich des Sozialschutzes.

Die Rolle der EU bei der Anpassung der sozialen Sicherungssysteme und bei ihrer Ausgestaltung ist aus guten Gründen sehr begrenzt. Entscheidungen über Reformschritte in Fragen der sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes der Arbeitnehmer liegen auch in Zukunft allein in der Kompetenz der Mitgliedstaaten. Diese Zuständigkeitsverteilung wird auch durch den Vertrag von Lissabon nicht angetastet. Die zu bewältigenden Fragen der konkreten, effektiven und effizienten Ausgestaltung der sozialen Sicherheit, ihrer Anpassung nach oben wie auch nach unten sowie die Finanzierung der sozialen Aktivitäten und Strukturen erfahren ihre spezifische Ausprägung jeweils national als Ergebnis eines demokratischen Prozesses auf nationaler Ebene; sie können und müssen auch dort beantwortet werden. Dies gilt auch für Aspekte der Versorgungsqualität, des Versorgungsniveaus sowie der Versorgungssicherheit und schließt eine Delegation bestimmter Aspekte auf die Sozialpartner im Wege der sozialen Selbstverwaltung ein.

In diesem Kontext kann auch die Frage nach dem Mehrwert der OMK aus Sicht der DSVAE nicht pauschal beantwortet oder gar bejaht werden. Für jeden Zweig der Sozialen Sicherheit muss unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten der erfassten 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. Darüber hinaus werden sich die Mitgliedstaaten entsprechend ihren Prioritäten selbst quantitative Ziele setzen, soweit sie dies für richtig halten; im Bereich der Alterssicherung findet man derartige nationale Ziele zum Beispiel bei der Lohnersatzrate oder der Bekämpfung der Altersarmut. Hierbei wird bei Bedarf auch auf europäische Indikatoren zurückgegriffen. Jedoch ist eine Harmonisierung dieser Ziele oder gar eine Begrenzung auf diese nicht anzustreben.

Die DSVAE hat sich seit jeher für ein hohes Gesundheits- und Sozialschutzniveau in Europa ausgesprochen. Auch mit der vorliegenden Positionierung möchte sie dieses in Artikel 2 und 3 EG verankerte Vertragsziel der EU in dem Sinne unterstützen, dass Europa nicht nur durch rein ökonomische Ziele wie die des Binnenmarktes und der Haushaltsdisziplin zusammengehalten wird, sondern sich national wie gemeinschaftlich dem sozialen Fortschritt verpflichtet fühlt.

## 3. Die KOM-Strategie: Ein Sozialmodell für Europa ohne Ambitionen

Der Ansatz der Kommission erweckt den Eindruck einer unzulässig verengten ökonomischen Betrachtungsweise, wonach ein effizienter Einsatz öffentlicher Mittel immer dann gegeben sei, wenn mit möglichst geringen Mitteln eine möglichst hohe Reduzierung der **Armutsquote** erreicht wird – verglichen werden die Armutsquoten vor und nach Transferleistungen. Es leuchtet ein, dass der „Erfolg“ damit ganz wesentlich von den jeweiligen gesellschaftlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen abhängt und nicht nur von der Wahl der politischen Instrumente – ganz abgesehen davon, dass die OMK-Methode

hier Anreize setzt, gerade nur so viel zu „tun“, dass die Armutsgrenze knapp übersprungen wird. Außerdem müssen Länder, die bereits über ein gut ausgebautes Sozialsystem mit armutsfestem Leistungsniveau verfügen, oft deutlich höhere finanzielle Anstrengungen unternehmen, um zusätzliche Erfolge bei der Armutsbekämpfung und Integration zu erzielen. Dies allein sollte aber kein Grund sein, weitere Anstrengungen zu unterlassen.

Auf dem Gebiet der **Rentenpolitik** ist vor allem die Konzentration auf Armutsbekämpfung besonders Besorgnis erregend. Zwar ist auf europäischer Ebene auch die Lebensstandardsicherung ein anerkanntes Ziel. Allerdings sollen hierfür offenbar keine öffentlichen Mittel mehr eingesetzt werden (dürfen), weil – so die Argumentation - sie an anderer Stelle dringender gebraucht würden. Das kann in letzter Konsequenz nur eines bedeuten: Die Altersvorsorge soll in Europa generell noch stärker als bisher auf Kapitaldeckung gestützt werden. Diesen Weg weist in der Tat auch der Gemeinsame Bericht von Rat und Kommission für Sozialschutz und Soziale Eingliederung 2009. In der jüngsten Finanzkrise haben sich die Schwächen kapitalgedeckter Systeme allerdings überdeutlich offenbart – bis hin zur Rolle derselben als Mitverursacher der Krise.

Die OECD beziffert die weltweiten „Verluste“ der kapitalgedeckten Pensionsfonds im Jahr 2008 auf insgesamt 5,4 Billionen USD; dies entspricht einem durchschnittlichen Verlust von 23%. Es zeigt sich spätestens in der Finanzkrise, was viele auch schon vorher vermutet hatten: Die kapitalgedeckte Alterssicherung kann nicht nur ihre ursprünglichen Versprechen nicht halten („mehr Rente für weniger Beiträge“), sondern ihr Erfolg lässt sich ebenso wenig vom allgemeinen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umfeld abkoppeln wie die umlagenfinanzierte staatliche Rente. Im Gemeinsamen Bericht wird deshalb mehr Schutz gegen das Kapitalanlagerisiko gefordert. Ein solcher Schutz wird jedoch seinen Preis haben bzw. ohne Staatsgarantien nicht funktionieren.

Jedenfalls offenbaren sich in der Krise die strukturellen Schwächen kapitalgedeckter Systeme. Die Konsolidierungsmaßnahmen in den besonders betroffenen Ländern greifen in Parameter ein, wie man sie nicht viel anders auch in den umlagefinanzierten Systemen kennt: Künftige (in Ausnahmefällen sogar auch schon laufende!) Leistungen werden gekürzt, Rentenanpassungen ausgesetzt, Beiträge erhöht und (weitere) Anhebungen des Renteneintrittsalters auf den Weg gebracht. Dass sich die Auswirkungen europaweit bisher in Grenzen halten, liegt zunächst vor allem an dem relativ geringen Umfang der 2. und 3. Säule für die derzeitige Rentnergeneration. Dies wird sich jedoch ändern. Als weitere Reaktion auf die Krise wurden Bilanzierungsregeln (vorübergehend) ausgesetzt und (dauerhaft?) „kreativ“ angepasst, um nicht heute schon drastischere Einschnitte vornehmen zu müssen. Vielleicht geht die „Kalkulation“ auf. Falls nicht, werden künftige Generationen von Aktiven oder Rentnern und Rentnerinnen dafür bezahlen müssen. Dabei steht den meisten Systemen der entscheidende Härtestest noch bevor. Dieser Punkt wird mit wachsender „Reife“ in dem Moment erreicht, in dem sich die laufenden Ausgaben nicht mehr – ähnlich wie im Umlageverfahren – aus den laufenden Einnahmen finanzieren lassen.

Eine umfassende und stabile Alterssicherung sollte daher auf mehreren Füßen stehen. Dabei ist nach wie vor die herausragende Rolle der ersten, umlagefinanzierten Säule zu betonen. Die Bürger Europas erwarten nicht nur in der Krise eine zuverlässige Altersversorgung oberhalb des Armutsniveaus. Die Europäische Spitzenorganisation „AGE“, die sich für die Rechte Älterer einsetzt, zieht hieraus zutreffend die Schlussfolgerung: „Die Systeme der ersten Säule müssen die hauptsächliche Einkommensquelle bleiben, um einen zufrieden stellenden Lebensstandard zu gewährleisten“.

Schließlich kann auch der **Beitrag der öffentlichen Haushalte zur Stabilisierung der Finanzmärkte** und damit indirekt auch der kapitalgedeckten Altersvorsorge nicht außer Acht gelassen werden. Kapitalgedeckte private Altersvorsorgeträger zählen einerseits zu den „Opfern“ der Finanzkrise. Es ist andererseits aber auch nicht auszuschließen, dass sie, ohne es zu wollen, zu den Problemen mit beigetragen haben. Nach OECD-Schätzungen dienen

heute 60% der Vermögenswerte institutioneller Investoren hauptsächlich der Finanzierung von Alterssicherung. Jährliche Steigerungsraten der Pensionsfondsvermögen von 9% zwischen 2001 und 2007 zeichnen dabei ein dynamisches Bild der zurückliegenden Entwicklungen. Der weltweite Vermögenszuwachs von Pensionsfonds – auch als Folge des wachsenden Zustroms an Beiträgen – dürfte jedenfalls mit zu den Problemen beigetragen haben, die wir heute bewältigen müssen. Indirekt wird dieser Zusammenhang auch vom „La Rosière“ – Bericht<sup>1</sup> aufgegriffen, ohne dass dieser allerdings ausdrücklich auf die Rolle der kapitalgedeckten Alterssicherung eingeht. Danach sind hohe Liquidität und niedrige Zinsen die Quelle der derzeitigen Krise, wobei die exzessiv hohe Liquidität nicht so sehr Waren und Dienstleistungen verteuert sondern vielmehr den Preis von Vermögens- und Kapitalanlagen erhöht habe. In einem globalen Umfeld mit überschüssiger Liquidität und generell niedrigen Erträgen hätten die Investoren, getrieben von einem scharfen Wettbewerb, nach höheren Ertragschancen gesucht, verbunden mit falsch kalkulierten Risiken.

Jedenfalls wären ohne die billionenschweren Rettungspakete weltweit die Finanzmärkte und selbst größere Finanzdienstleister zusammengebrochen. Dies hätte verheerende Folgen nicht zuletzt für Kapitalanlagen der betrieblichen und privaten Altersvorsorge gehabt. Eine Alternative zu diesen Rettungs- und Konjunkturprogrammen war zwar nicht ersichtlich. Sie werden nun aber die Staatsverschuldung erhöhen und damit die Zinslasten, wobei über das wahre Ausmaß nur spekuliert werden kann, solange nicht klar ist, welche der von den Staaten übernommenen und noch zu übernehmenden Risiken sich realisieren. Die EU-Kommission hat von Anfang an auf dieses Risiko hingewiesen und sich besorgt zu den Konsequenzen der Rettungsaktionen für die langfristige Stabilität der öffentlichen Finanzen geäußert<sup>2</sup>. Bisher haben die Mitgliedstaaten ca. drei Billionen Euro zur Verfügung gestellt, davon 2,3 Billionen Euro als Garantien, bei denen sich erst in Zukunft entscheidet, inwieweit sie in Anspruch genommen werden. Alles in allem wird als Folge der Krise nach der Frühjahrsschätzung der Europäischen Kommission der Schuldenstand europaweit von 61,5% im Jahr 2008 auf 72,6% im Jahr 2009 ansteigen. Auch wenn es gelingt, die Lasten gerecht auf die heutigen und künftigen Generationen zu verteilen – die Übernahme derartiger Haushaltsrisiken wäre noch vor einem Jahr als massive Gefährdung der Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen zulasten künftiger Generationen und als „Sündenfall“ des europäischen Stabilitätspakts gebrandmarkt worden. In der Tat besteht der Wille, mittel- und langfristig die Verschuldung wieder zu verringern und „auf den Pfad der Tugend“ zurückzukehren. Das heißt nichts anderes als Steuererhöhungen und Einsparungen in den öffentlichen Haushalten.

Es wäre daher fatal, wenn ausgerechnet die Finanzkrise zum Anlass genommen würde, zusätzliche Einschnitte in öffentliche, umlagefinanzierte Sozialsysteme einzufordern, weil diese angeblich nicht „nachhaltig“ seien. Die Fundamente der kapitalgedeckten Alterssicherungssysteme konnten nur mit massiven direkten und indirekten staatlichen Rettungs- und Stützungsaktionen aufrechterhalten werden – auf Kosten der Nachhaltigkeit der öffentlichen Haushalte. Dann aber darf ein zusätzlicher Sanierungsdruck nicht zulasten der Finanzierung der öffentlichen Systeme bzw. der ersten, umlagefinanzierten Säule der Altersvorsorge gehen.

Betroffen von dem Kommissionsansatz sind nicht nur Altersrenten, sondern auch Renten bei **Invalidität und verminderter Erwerbsfähigkeit**. Hier gilt ebenfalls: Ziel dieser Renten ist in den meisten Ländern nicht nur die Garantie eines Existenzminimums, sondern sie sichern – ggfs. zusammen mit Erwerbseinkommen – die Aufrechterhaltung eines angemessenen

---

<sup>1</sup> High-Level Group on Financial Supervision in the EU, chaired by Jacques de la Rosière  
Report from 25 February 2009. - La Rosière ist ehemaliger Direktor des IWF. Das Sekretariat der Gruppe setzte sich aus Kommissions-Mitarbeitern der Generaldirektionen Binnenmarkt sowie Wirtschaft und Finanzen zusammen

<sup>2</sup> Mitteilung der Kommission vom 29. 10. 2008 „Von der Finanzkrise zur Erholung“, KOM(2008) 706.

Lebensstandards. Dies gilt insbesondere auch im Bereich der gesetzlichen **Unfallversicherung**. Dort soll der Arbeitnehmer einen angemessenen Ausgleich für die Folgen von arbeitsbedingten Verletzungen und Krankheiten erhalten, als Kompensation für seine geminderten Beschäftigungs- und Karrierechancen. Einige Länder Europas, die über eine Unfallversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung verfügen, haben sich für ein ganzheitliches Versorgungssystem entschieden, welches von Prävention bis Entschädigung reicht. In einem solchen System bieten realistische, dem Verlust des Erwerbsvermögens entsprechende Entschädigungsleistungen den beitragspflichtigen Unternehmen einen Anreiz, alles zu unternehmen, um den Eintritt von Personenschäden zu vermeiden. Sie treten an die Stelle von zivilrechtlichen Entschädigungsleistungen und haben eine doppelte Funktion: Ersatz für den eingetretenen Personenschaden sowie Anreiz zur Vermeidung von Gefährdungen. Durch eine derartige Kombination von Entschädigung und Prävention tragen Unfallversicherungssysteme auf vorbildliche Weise zu einer effizienten Finanzierung von Sozialschutzziele bei. Diese Struktur durch die Einordnung in ein steuerfinanziertes System armutsverhütender Basisleistungen abzulösen wäre kein Fort-, sondern ein gravierender Rückschritt.

Noch stärker als die Alterssicherung ist die Invaliditätssicherung auf kontinuierliche und zuverlässige Mittelzuflüsse im Wege des Umlageverfahrens angewiesen. Die aktuelle Finanzkrise bietet daher auch hier Anlass, auf die Grenzen der Kapitaldeckung hinzuweisen. Über die aktuelle Höhe der Leistung dürfen nicht die jeweilige Börsenlage oder Erfolg- bzw. Misserfolg von Kapitalanlagestrategien entscheiden. Menschen mit Behinderungen können nach einer Absenkung von Leistungen auch nicht auf Erwerbstätigkeiten ausweichen, die ihnen gerade wegen der Behinderung in der Regel verschlossen sind. Nichts spricht gegen die Bildung von Rückstellungen für eingetretene Schäden, aber auch hier gilt: Die Höhe gegenwärtiger und künftiger Leistungen kann nicht von den Schwankungen oder langfristigen Erträgen derartiger Reservefonds abhängig gemacht werden. Daher wendet sich die DSVAE energisch gegen Bestrebungen, das Risiko der Absicherung von Invalidität zu privatisieren. Derartige Bestrebungen konnten in letzter Zeit gerade auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung beobachtet werden.

Auch auf dem Gebiet der **Gesundheitspolitik** findet eine unangemessene Fokussierung der akzeptierten Ziele auf berufliche Eingliederung und Beseitigung von „Ungleichheiten“ statt<sup>3</sup>. Dies drückt sich bereits im Ungleichgewicht des Indikatorenansatzes aus, der derzeit einen eindeutigen Schwerpunkt im Bereich Zugang setzt – zu Lasten der Qualität.

Hinzu tritt die Kritik der Kommission an einer „ineffizienten“ Verwendung öffentlicher Ausgaben für einen „**exzessiven Konsum medizinischer Leistungen**“. Diese Position könnte im Sinne einer Detailkritik vordergründig als berechtigt erscheinen. Während allerdings in Deutschland beispielsweise Bemühungen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung immer wieder Gegenstand von Gesundheitsreformen sind, hat die EU-Kommission zuletzt eine Initiative ergriffen, die Unwirtschaftlichkeit befördern würde. Die von der EU-Kommission gewünschte Deregulierung zugunsten direkter Patienteninformation über verschreibungspflichtige Arzneimittel durch die pharmazeutischen Hersteller würde erhebliche Ausgabensteigerungen ohne erkennbaren Mehrwert provozieren und insofern einem „exzessiven Konsum medizinischer Leistungen“ eher Vorschub leisten als begrenzen. Diesen Überlegungen der Kommission hat die DSVAE daher ausdrücklich widersprochen.

Insgesamt lässt die Äußerung der Kommission daher eher Konsequenzen in Richtung einer EU-weit standardisierten „Priorisierung“ im Sinne einer Fokussierung öffentlicher Gesundheitsausgaben auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit befürchten. Ausgaben, die über dieses Ziel hinausgehen und im Verhältnis zum

---

<sup>3</sup> S. hierzu auch das Konsultationspapier der EU-Kommission „EU action to reduce health inequalities“, Einsendeschluss war der 1. April 2009.

Produktivitätsgewinn als unangemessen gelten oder nicht nachweisbar zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen, können schnell als „exzessiv“ etikettiert und auf die Streichliste gesetzt werden. Die Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben und ihre konkrete Verwendung im Rahmen einer Setzung von Prioritäten müssen aber aus gutem Grund in der Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems bleiben.

Die öffentlichen Gesundheitssysteme leisten zweifelsohne einen unverzichtbaren Beitrag zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der **Beschäftigungsfähigkeit** der Arbeitskräfte. Sie hierauf zu reduzieren, wäre jedoch weder mit der Menschenwürde vereinbar noch mit den Erwartungen der Bürger. Der Bürger erwartet vielmehr einen universellen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen unabhängig von seinem Alter, Geschlecht oder sozialem Status. Gesundheit ist ein Wert an sich bzw. von herausragender Bedeutung für die Lebensqualität der Menschen. Daher ist es die Aufgabe öffentlicher Gesundheitssysteme, alle Erkrankungen nach Möglichkeit zu verhüten, zu beseitigen oder zu lindern.

Solidarisch finanzierte Gesundheitssysteme spielen zudem bereits eine sehr effektive Rolle bei der Beseitigung **gesundheitlicher Ungleichheiten**, die im Übrigen von gewinnorientierten privatwirtschaftlichen Krankenversicherungen mit Risikoselektion nicht erreicht wird. Durch die Bereitstellung hochwertiger, universeller Gesundheitsdienste wollen die öffentlichen Gesundheitssysteme aber nicht gezielt den Armen, sondern den Kranken eine Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen. Indem sie dies unabhängig von den finanziellen Mitteln des Einzelnen bewirken, leisten sie ihren Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit. Sie sind daher auf der Leistungsseite Ausdruck der Solidargemeinschaft zwischen Gesunden und Kranken, nicht aber zwischen Reichen und Armen. Der einkommensunabhängige Zugang zu medizinischen Leistungen unabhängig vom Gesundheitstatus soll sicherstellen, dass niemand krank wird oder bleibt, nur weil er arm ist, und niemand soll arm werden oder substantielle Einkommenseinbußen erleiden, nur weil er krank ist. Erst auf der Finanzierungsseite findet ein Ausgleich nach individueller finanzieller Leistungsfähigkeit statt.

Die Beseitigung von Ungleichheiten ist daher – ebenso wie die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit – ein wichtiges Ziel, aber keineswegs das einzige oder entscheidende. Indem sich die europäische Gesundheitspolitik hierauf fokussiert, bewirkt letztlich das Risiko einer Absenkung der Standards und der Leistungskataloge in den Mitgliedstaaten mit einem hohen Niveau des Sozialschutzes. Eine Angleichung nach unten und beispielsweise eine schlechtere Versorgung „älterer“, nicht mehr im Erwerbsleben stehender und damit im Sinne der Lissabon-Strategie angeblich „unproduktiver“ Menschen in bisher „wohlhabenden“ Mitgliedstaaten, im schlimmsten Fall einhergehend mit einer Senkung der Lebenserwartung in dem betroffenen Land, mag zwar zu mehr „Gleichheit“ unter den Mitgliedstaaten beitragen, kann und darf aber nicht als europäischer Erfolg gelten. Dies unterstreicht auch Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, der den Zugang zur Gesundheitsversorgung „nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“ garantiert. Nach Auffassung der DSVAE sind alle Ansätze zurückzuweisen, das öffentliche Versorgungsniveau auf eine Grundversorgung abzusenken und einen großen Teil heute noch abgesicherter Gesundheitsrisiken zu „privatisieren“.

Gleichwohl ist es unbestritten, dass auch in der Gesundheitspolitik Kompromisse zwischen dem finanziell Machbaren und dem Wünschenswerten gefunden werden müssen. Diese Kompromisse sind aber Ausdruck demokratischer Entscheidungen und Prioritätensetzungen auf Ebene der Mitgliedstaaten nach oftmals vorangegangenen intensiven Diskussionen. Vor allem aber bewegen sich Gesundheitssysteme in einem komplexen Umfeld, in dem etliche weitere Faktoren einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung haben und die ihrerseits von gesellschaftlichen Entscheidungen und Interventionen geprägt sind, oft verbunden mit

Kostenfolgen. Unterschiedliche Ausgangslagen, konträre Positionen und langwierige Diskussions- und Entscheidungsprozesse der Stakeholder führen je nach Mitgliedstaat zu unterschiedlichen Ergebnissen. In einem sind sich jedoch die meisten Mitgliedstaaten einig: Das öffentliche Gesundheitssystem lässt sich weder auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit noch auf die Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung reduzieren.

Vor allem aufgrund dieser Erwägungen hat z.B. der Europäische Verband der Sozialversicherungsträger „European Social Insurance Platform“ einer gemeinsamen Verpflichtung der Mitgliedstaaten auf Schritte zu einer quantitativ messbaren Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten eine klare Absage erteilt.

Nicht zuletzt aus Anlass der Finanzkrise erteilt die DSVAE überdies allen Überlegungen eine Absage, zur angeblich „**nachhaltigen**“ **Finanzierung** künftiger Gesundheitsausgaben verstärkt auf Kapitaldeckung zurückzugreifen. Dies schließt es nicht aus, kollektive Altersrückstellungen oder Schwankungsreserven zu bilden. Das heutige und künftige Versorgungsniveau darf jedoch nicht von der tagesaktuellen Performance oder gar langfristigen Wertverlusten dieser Fonds beeinträchtigt werden. Das heißt, die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss aus öffentlichen Mitteln (Steuern oder Sozialabgaben) unabhängig von den Entwicklungen der Kapitalmärkte gewährleistet sein. Eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau ist auf langfristige Planungssicherheit für alle Beteiligten angewiesen, sowohl im Hinblick auf die baulichen und technischen Infrastrukturen sowie die Aus- und Fortbildung des medizinischen und pflegerischen Personals als auch im Hinblick auf das dem Bürger gegenüber abgegebene Leistungsversprechen. Anders als in der privaten Altersvorsorge ist der Ausweg über Leistungskürzungen als Reaktion auf Verluste von Kapitalreserven in der Gesundheitsversorgung keine Option.

#### 4. Eckpunkte für ein soziales Europa

- Die DSVAE ruft in Erinnerung, dass sich die Union und die Mitgliedstaaten zum Ziel gesetzt haben, eine Angleichung der Lebens- und Arbeitsbedingungen „auf dem Wege des Fortschritts“ zu erreichen (Artikel 136 EG), den „wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu fördern“ (Artikel 2 EU) und bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen ein „hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen (Art. 3 lit. p) EGV). Diese Ziele wurden auch in den Lissabon-Vertrag übernommen, sind aber derzeit in der sozialpolitischen Ausrichtung der Kommissions-Strategie kaum sichtbar. Die DSVAE fordert die Kommission auf, sich wieder stärker auf die genannten Vertragsziele zu besinnen, anstatt eine Politik zu befördern, die in wichtigen Segmenten nur als Rückschritt verstanden werden kann.
- Der Blickwinkel des Sozialschutzes darf nicht auf die Erreichung angeblich übergeordneter europäischer Ziele verengt und mit der Konsequenz verbunden werden, dass öffentliche Ausgaben zur Erreichung anderer Ziele oder höherer Standards sich dem Vorwurf der „Ineffizienz“ aussetzen.
- Der Einsatz öffentlicher Mittel auf dem Gebiet der Alterssicherung darf sich nicht auf den Zweck der Armutsvermeidung im Alter fokussieren oder gar reduzieren. Er dient – ggfs. zusammen mit der 2. und 3. Säule – der Lebensstandardsicherung. Gerade die immer noch anhaltende Finanzkrise hat die immanenten Schwächen der kapitalgedeckten Altersvorsorge transparent gemacht. Ohne einen erheblichen Einsatz öffentlicher Mittel wären in weitaus dramatischerem Umfang Vermögenswerte vernichtet worden, die für die kapitalgedeckte Altersvorsorge bestimmt sind. Daher ist nach wie vor die tragende Rolle der ersten,

umlagefinanzierten Säule zu betonen. Der krisenbedingte zusätzliche Sanierungsdruck darf nicht zu ihren Lasten gehen.

- Auch Renten bei Invalidität und verminderter Erwerbsfähigkeit dienen nicht in erster Linie der Garantie eines Existenzminimums, sondern sie sichern – ggfs. zusammen mit Erwerbseinkommen – die Aufrechterhaltung eines angemessenen Lebensstandards. Das gilt in Deutschland gerade auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung. Auch andere Länder Europas haben sich für eine Unfallversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung entschieden, der von Prävention bis Entschädigung reicht. Diese Struktur durch die Einordnung in ein steuerfinanziertes System armutsverhütender Basisleistungen abzulösen, wäre kein Fort-, sondern ein gravierender Rückschritt. Noch stärker als die Alterssicherung ist die Invaliditätssicherung auf kontinuierliche und zuverlässige Mittelzuflüsse im Wege des Umlageverfahrens angewiesen. Daher wendet sich die DSVAE energisch gegen Bestrebungen, das Risiko der Absicherung von Invalidität zu privatisieren.
- Entgegen der Auffassung der Kommission reduzieren bzw. fokussieren sich die Ziele der Gesundheitspolitik ebenfalls nicht nur auf berufliche Eingliederung und Beseitigung von „Ungleichheiten“. Vielmehr ist Gesundheit ein Wert an sich bzw. von herausragender Bedeutung für die Lebensqualität der Menschen. Der Bürger erwartet zu Recht einen universellen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen unabhängig von seinem Alter, Geschlecht oder sozialem Status. Universelle öffentliche Gesundheitssysteme tragen in besonderem Maße dazu dabei, Erkrankungen nach Möglichkeit zu verhüten, zu beseitigen oder zu lindern und damit den Kranken unabhängig von ihren finanziellen Mitteln eine Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen. Die hierbei unumgänglich zu setzenden Prioritäten müssen aber in der Verantwortung der Mitgliedstaaten bleiben. Im Übrigen gilt für die Gesundheitsversorgung noch nachdrücklicher als für die anderen Zweige der Sozialen Sicherheit: Ein Übergang zu einer langfristigen Kapitaldeckung ist keine Option. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss aus öffentlichen Mitteln (Steuern oder Sozialabgaben) unabhängig von den Entwicklungen der Kapitalmärkte gewährleistet sein.
- Die DSVAE fordert die Kommission auf, die Aufgabenverteilung zwischen den Mitgliedstaaten und der Union zu respektieren und wieder zur „Grundphilosophie“ der Offenen Methode der Koordinierung als „freiwilliges voneinander Lernen“ zurückzukehren. In diesem Sinne hat der Prozess viel Gutes geleistet; dies sollte durch eine Verpflichtung auf quantitative Ziele nicht gefährdet werden.

-----

**Diese Stellungnahme hat die Unterstützung folgender Spitzenverbände und Einrichtungen der deutschen Sozialversicherung:**

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV)
- BKK Bundesverband GbR (BKK BV GbR)
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.)
- Knappschaft
- Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)