



# Die öffentliche Konsultation der EU-Kommission zur europäischen Säule sozialer Rechte

Stellungnahme der deutschen Sozialversicherung vom  
23.12.2016

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der GKV-Spitzenverband und die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene haben sich mit Blick auf ihre gemeinsamen europapolitischen Interessen zur "Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V." zusammengeschlossen.

Der Verein vertritt die Interessen seiner Mitglieder gegenüber den Organen der Europäischen Union sowie anderen europäischen Institutionen und berät die relevanten Akteure im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben und Initiativen.

Die Kranken- und Pflegeversicherung, die Rentenversicherung und die Unfallversicherung bieten als Teil eines gesetzlichen Versicherungssystems wirksamen Schutz vor den Folgen großer Lebensrisiken.

## I. Vorbemerkung

Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung stützen und fördern das mit der Einführung einer Europäischen Säule sozialer Rechte verbundene Ziel, die soziale Dimension innerhalb der EU zu stärken. Gleichzeitig möchten sie jedoch darauf hinweisen, dass die nationalstaatlichen Rechte im Bereich der sozialen Sicherheit gewahrt bleiben müssen.

Deswegen kann und darf eine Europäische Säule sozialer Rechte den Mitgliedstaaten nur generelle, unverbindliche Prinzipien, Leitlinien oder Empfehlungen mit auf den Weg geben.

Zu den Vorschlägen der EU-Kommission über die Errichtung einer „Europäischen Säule sozialer Rechte“ nimmt die deutsche Sozialversicherung im Folgenden Stellung.



## II. Fragen zur Konsultation

### **Zur sozialen Lage und zum sozialen Besitzstand der EU**

#### 1 Welches sind Ihrer Ansicht nach die dringendsten Prioritäten in den Bereichen Beschäftigung und Soziales?

Die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme in Europa stehen im Hinblick auf den demografischen Wandel und die sich verändernden ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen vor der Herausforderung, die finanzielle Tragfähigkeit der Systeme sicherzustellen, ohne zugleich die Angemessenheit der Leistungen in Frage zu stellen.

Die Tragfähigkeit der umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme wird wesentlich von der Arbeitsmarktsituation und der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beeinflusst. Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen und die in den letzten Jahren stark gestiegene Erwerbsquote der über 55-Jährigen sind in diesem Zusammenhang ein wichtiger stabilisierender Faktor.

Um diesen stabilisierenden Faktor aufrecht zu erhalten, stehen die Sozialversicherungssysteme vor der Herausforderung, den Erhalt der Leistungsfähigkeit sowie passende Weiterbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen, die allen Erwerbstätigen ein gesundes und altersgerechtes Arbeiten bis zum Renteneintrittsalter erlauben, sicherzustellen.

Gesunde und sichere Arbeitsbedingungen sowie flexiblere Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Arbeit an die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten angepasst wird, sind unerlässlich, um die Beschäftigungsfähigkeit bei steigendem Rentenalter zu erhalten. Aber auch die Wiederherstellung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit durch effektive und effiziente Rehabilitationsleistungen ist von zentraler Bedeutung. Denn gerade die Sozialleistungsträger sind es, die im Einzelfall auch die finanziellen Folgen des Scheiterns der Bemühungen um die Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeits-, Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit weitgehend tragen müssen. Insofern werden der Präventions- und der Rehabilitationsgedanke in Zukunft noch größeres Gewicht erlangen müssen.

Darüber hinaus hat der massive Wandel der Arbeitswelt erhebliche Auswirkungen auf die Sicherheit und Gesundheit der Erwerbstätigen sowie ganz allgemein auf die soziale Absicherung mit sich gebracht. Dies stellt vor allem die Absicherung



bestimmter Gruppen selbständig Erwerbstätiger vor neue Herausforderungen. Auch wenn sich die Arbeitswelt verändert, bleiben die Schutzbedürfnisse der Menschen die Gleichen. Anders als in manchen anderen EU-Mitgliedstaaten knüpft der Versicherungsschutz in Deutschland überwiegend an das klassische Beschäftigungsverhältnis und nicht an die selbständige Erwerbstätigkeit an. Solo-Selbständige und dabei insbesondere auch die so genannten „Crowdworker“ sind dann nicht abgesichert, es sei denn, sie haben sich freiwillig versichert. Künftig könnte sich verstärkt die Frage stellen, ob nicht unter bestimmten Voraussetzungen, etwa einem Überschreiten von Geringfügigkeitsschwellen, Selbstständige auch dort verpflichtend in den Schutzbereich der sozialen Sicherungssysteme einbezogen werden sollten, wo sie es bisher nicht waren.

## 2 Wie können wir den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Bereichen Beschäftigung und Soziales in Europa Rechnung tragen?

Die Europäische Union verfolgt das Ziel eines angemessenen und nachhaltigen sozialen Schutzes für ihre Bürgerinnen und Bürger. Die Kompetenz zur Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme liegt jedoch bei den Mitgliedstaaten. Die EU kann nur in Einzelbereichen, z. B. dem Arbeitsschutz, und begrenzt durch das Subsidiaritätsprinzip Vorschriften erlassen. Vor allem hat sie keine generelle Befugnis, etwa durch Rechtsvorschriften (Richtlinien oder Verordnungen) zu bestimmen, wie die Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten hinsichtlich Organisation und Leistungen zu gestalten sind. Dies ist aus guten Gründen nach wie vor Aufgabe der Mitgliedstaaten und insbesondere auf die noch heute bestehenden unterschiedlichen Traditionen und Präferenzen, die jeweilige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie die Komplexität der sozialen Sicherungssysteme zurückzuführen.

Diese klaren Kompetenzregelungen (Art. 153 und Art. 168 AEUV), die neben der Ausgestaltung der sozialen Sicherheit auch ihre Finanzierung auf Ebene der Mitgliedstaaten belassen, haben sich in der Vergangenheit bewährt und sind auch weiterhin sinnvoll und angemessen.

Die Europäische Union verfügt somit im Bereich der Sozialpolitik nur über begrenzte Zuständigkeiten. Dagegen sind gemeinsame Lern- und Abstimmungsprozesse sinnvolle Steuerungsinstrumente.

So überprüft die Europäische Kommission jährlich im Rahmen des Europäischen Semesters die Haushalts- und Reformentwürfe der Mitgliedstaaten mit dem Ziel,



die nationale Haushaltsdisziplin und Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. In den Berichten und den Empfehlungen der Europäischen Union werden auch gesundheits- und sozialpolitische Aspekte thematisiert. Dabei sollten jedoch nicht fiskalische und Wachstumsaspekte im Vordergrund der Sozial- und Gesundheitspolitik stehen, sondern der Zugang zu angemessenen Leistungen. Systematische Vergleiche, wie die Offene Methode der Koordinierung (OMK) oder die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen (Health Systems Performance Assessment, HSPA), dienen der Umsetzung gemeinsamer europäischer Ziele. Sie können dazu beitragen, voneinander zu lernen und könnten in nationale Reformprozesse einmünden. Dazu müssen sie auf aussagekräftigen Daten beruhen, methodisch stetig weiterentwickelt, transparenter gestaltet und stärker für die Partizipation durch die jeweils relevanten Akteure geöffnet werden.

Die gemeinsamen Lern- und Abstimmungsprozesse sollten jedoch die Sozial- und Gesundheitsstandards nicht absenken oder zu einem sozialpolitischen Stillstand führen. Darüber hinaus sollten aus Sicht der deutschen Sozialversicherung verstärkt Peer-Review-Verfahren eingesetzt werden. Derartige Verfahren streben einen intensiven Austausch von bewährten Praktiken an, mit dem Ziel, wechselseitige Lernprozesse hinsichtlich der Politik- und Praxisansätze zu fördern, die bilaterale Übertragung zu erleichtern sowie deren Wirksamkeit zu verbessern.

Daneben hat die EU im Bereich der Sozialpolitik eine koordinierende Funktion. So werden zur Verwirklichung der Arbeitnehmer-Freizügigkeit und zur Gewährleistung der sozialen Sicherheit von mobilen EU-Bürgerinnen und Bürgern die unterschiedlich ausgestalteten Systeme der gesetzlichen Sozialversicherung durch die Verordnungen über die Koordinierung der sozialen Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 erfolgreich koordiniert. Sie legen gemeinsame Regeln und Grundsätze fest und stellen damit sicher, dass die Anwendung der unterschiedlichen innerstaatlichen Rechtsvorschriften keine nachteiligen Folgen für Personen hat, die sich im europäischen Ausland aufhalten. Hier besteht teilweise noch Anpassungsbedarf (Langzeitpflege, Akzeptanz der europäischen Gesundheitskarte).

Dort, wo die EU über die Koordinierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit hinausgehende Rechtsetzungskompetenzen im Bereich der Sozialpolitik hat, wie z.B. beim Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt, kann sie im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren durch Richtlinien supranationale Mindeststandards festsetzen. Um den unterschiedlichen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen nationalen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, ist es den Mitgliedstaaten jedoch freigestellt, darüber hinaus gehende Schutzmaßstäbe anzulegen. Über diesen



Spielraum müssen die Mitgliedstaaten auch weiterhin verfügen, um auf unterschiedliche Wirtschaftsstrukturen, die besonderen Anforderungen von Kleinen und Mittleren Unternehmen sowie Selbstständigen reagieren zu können. Es ist von daher darauf zu achten, dass die Sozialpartner in Institutionen wie der gesetzlichen Unfallversicherung in den Mitgliedstaaten auch im Rahmen des neuen „better regulation“ und „refit“ Ansatzes der EU höhere Anforderungen setzen können. Unabhängig hiervon müssen die vorhandenen Richtlinien im Arbeits- und Gesundheitsschutz regelmäßig überarbeitet und an aktuelle Entwicklungen angepasst werden. Nur so kann angesichts der Veränderungen der Arbeitswelt alten und neuen Risiken ausreichend begegnet werden.

### 3 Ist der Besitzstand der EU auf dem neuesten Stand, und sehen Sie Spielraum für weitere Maßnahmen auf EU-Ebene?

Es besteht kein Bedarf an einer grundlegenden Neuregelung des EU-Rechts und der Kompetenzverteilung im Bereich des sozialen Schutzes. Vielmehr sollte die den Mitgliedstaaten zustehende Kompetenz zur Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme gewahrt bleiben und nicht auf indirekte Weise und unter Umgehung des Subsidiaritätsprinzips aufgeweicht werden.

In Bereiche, die explizit den Mitgliedstaaten vorbehalten sind, darf nicht - auch nicht auf indirekte Weise und unter Umgehung des Subsidiaritätsprinzips - eingegriffen werden. Insoweit ist aus Sicht der deutschen Sozialversicherung kritisch auf die Bestrebungen auf europäischer Ebene hinzuweisen, Gesundheits- und Sozialdienstleistungen der Normung zugänglich zu machen. Auch wenn die EU-Kommission bislang keine entsprechenden Mandate an das Europäische Normungskomitee (CEN) in diesem Bereich erteilt hat, erwähnt sie doch seit 2013 in ihren Arbeitsprogrammen die Bedeutung der Normung von Gesundheitsdienstleistungen.

Die der EU im Bereich der Sozialpolitik zustehende koordinierende Funktion ist ausreichend. Aus Sicht der deutschen Sozialversicherung ist es sinnvoll, das System des koordinierenden Verordnungsrechts weiterzuentwickeln. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Langzeitpflege, die Akzeptanz der europäischen Gesundheitskarte sowie die Aufnahme ausdrücklicher Regelungen zur grenzüberschreitenden Erbringung von Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung. Außerdem müssen im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die Vorschriften



über die Entsendung und Mehrfacherwerbstätigkeit überarbeitet sowie Steuerungsmaßnahmen zur Einhaltung von Fristen und Durchsetzung von Forderungen im Bereich der Kostenabrechnung eingeführt werden.

Durch die verstärkte Mobilität von Personen innerhalb der EU und die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird u. a. das Thema der Langzeitpflege im grenzüberschreitenden Kontext an Bedeutung gewinnen. Die von der Europäischen Kommission geplante Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Bereich der Langzeitpflege ist deswegen aus Sicht der deutschen Sozialversicherung ausdrücklich zu begrüßen. Hierbei stellt der bisher geltende Grundsatz, dass die Kosten aller Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von dem Mitgliedstaat getragen werden, in dem die betreffende Person kranken- oder pflegeversichert ist, eine gute Basis dar. Unter Beibehaltung dieses Ansatzes sind eigene Vorschriften für den Bereich der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu schaffen. Diese sollten auch die Entwicklung neuer Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten berücksichtigen (z. B. Leistungen für die Pflegenden).

### Arbeitsschutz

Im Bereich der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit hat die EU in den vergangenen Jahren einen Kernbestand von sozialen Rechten festgelegt, gleichzeitig den Mitgliedstaaten aber das Recht gewährt, Regeln und Vorschriften zu erlassen, die über die europäischen Mindeststandards hinausgehen. Eine konsistentere europäische Mindestsicherung ist erstrebenswert, keinesfalls dürfen dabei aber höhere nationale Standards gefährdet werden.

Eine Evaluierung der 24 Arbeitsschutzrichtlinien, welche ihre Relevanz, Wirksamkeit und Kohärenz bewertet, ist zu begrüßen, um einerseits angesichts neu aufkommender Risiken ein hohes Maß an Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit aufrechtzuerhalten und andererseits das europäische Arbeitsschutzrechtssystem zu modernisieren und zu vereinfachen. Die Überprüfung muss in erster Linie das hohe Schutz- und Sicherheitsniveau für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Fokus haben.

### Alterssicherung

Im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung werden Konvergenzprozesse angestoßen, die vor dem Hintergrund ähnlicher Herausforderungen der Renten-



systeme regelmäßig in von der Zielsetzung vergleichbare, auf die jeweiligen spezifischen Gegebenheiten abgestimmte Reformstrategien münden. Ein weiteres Steuerungsinstrument ist im Rahmen des Europäischen Semesters mit den länderspezifischen Empfehlungen eingeführt worden, die regelmäßig auch die rentenpolitischen Maßnahmen der Mitgliedstaaten bewerten.

Im Bereich der ersten Säule der Alterssicherung besteht somit kein Bedarf für weitere Maßnahmen auf EU-Ebene.

### Gesundheits- und Sozialdienstleistungen

Es besteht kein Bedarf grundlegender Neuerungen des EU-Rechts im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege. Die Rechte der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten im Fall der Krankheit oder Pflegebedürftigkeit oder infolge einer Verletzung nach einem Arbeitsunfall sind in den Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, durch die Richtlinie über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie im nationalen Recht umfassend und klar geregelt. Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung können sich im Bedarfsfall auf eine hochwertige Versorgung verlassen und sind auch beim Aufenthalt im europäischen Ausland abgesichert. Dies gilt entsprechend für Maßnahmen der Rehabilitation einschließlich Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, wie sie etwa von der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung erbracht werden.

### Zur Zukunft der Arbeit und der Wohlfahrtssysteme

4 Welche Trends haben Ihrer Meinung nach die größte umgestaltende Wirkung?

1 bis 3 Antworten

- Demografische Trends (z. B. Alterung der Bevölkerung, Migration)
- Wandel der Familienstrukturen
- Veränderter Bedarf an Kenntnissen und Fertigkeiten
- Technologischer Wandel
- Zunehmender globaler Wettbewerb
- Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt
- Neue Arbeitsformen
- Ungleichheiten



Sonstige

## Demografische Trends

Mit der demografischen Entwicklung ergeben sich durch die Veränderungen der Bevölkerungszahl und -struktur vielfältige soziale, politische und wirtschaftliche Herausforderungen.

So sind z.B. angesichts der demografischen Entwicklung alternde Belegschaften zu erwarten. Nicht alle Beschäftigten werden bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze ihre bisherige Tätigkeit ausüben können. Dies gilt umso mehr, als im Zuge des demographischen Wandels oft das gesetzliche Rentenalter angehoben wird. Um so wichtiger wird die Ausrichtung der Beschäftigungs- und Sozialpolitik an einer Kultur der Prävention, die alle Lebensbereiche einschließt. Um die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen auch angesichts einer Zunahme chronischer Erkrankungen zu sichern, sollten Angebote und Strukturen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ausgebaut werden.

Der mit dem demografischen Wandel einhergehende Fachkräftemangel hat Konsequenzen für die deutsche Wirtschaft und wirkt sich damit auch auf die Mitglieder der Sozialversicherung aus. Bei der Thematik demografischer Wandel sind auch die steigende Frauenerwerbsquote und die zunehmende Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in der Arbeitswelt zu beachten.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Ausgaben der einzelnen Sozialversicherungszweige sind differenziert zu betrachten.

Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist zu erwarten, dass sich der Anteil älterer Menschen mit geriatrischen Bedürfnissen und die Zahl der Personen mit multimorbiden Krankheitsbildern in Zukunft erhöhen wird. Dennoch gehen mit der demografischen Entwicklung nicht zwangsläufig auch dramatisch steigende Ausgaben in der Gesundheitsversorgung einher. So geht z. B. die Europäische Kommission in ihrem Ageing-Bericht 2015 davon aus, dass der demografische Einfluss auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung eher moderat ausfällt. Vielmehr beeinflussen andere Faktoren, wie etwa das Versorgungsangebot, die medizinisch-technische Entwicklung, die Vergütungs- und (anbieterinduzierte) Mengenentwicklung sowie politische Entscheidungen die Ausgabenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich nachhaltiger.





Mit der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen ist eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit verbunden. Die zunehmende Hochaltrigkeit führt insbesondere auch zu einem Anstieg der Zahl kognitiv eingeschränkter und von Demenz betroffener Personen.

### Wandel der Familienstrukturen

Neben der demografischen Entwicklung stellt der Wandel der Familienstrukturen die zweite große Herausforderung für die soziale Pflegeversicherung dar. Mit dem Auflösen traditioneller Familienstrukturen, dem Trend zu Single- und kinderlosen Haushalten sowie dem gesellschaftlichen Wandel mit einer zunehmenden Zahl an erwerbstätigen Frauen nimmt das Potenzial für die Erbringung informeller Pflege ab, während gleichzeitig der Bedarf weiter steigt. Prognosen gehen davon aus, dass sich der Bedarf an professionellen Pflegekräften bis 2030 verdoppeln wird.

### Technologischer Wandel

Technischer Fortschritt und digitaler Wandel verändern zunehmend und mit hoher Dynamik die Gesellschaft und die Risiken, denen sie ausgesetzt ist. So können innovative Fertigungstechniken und Arbeitsmethoden neue Unfallrisiken oder Gesundheitsbelastungen zur Folge haben: so etwa die Vielzahl neuer Verfahren und Einsatzbereiche für Gefahrstoffe, bei denen die Risiken vor allem durch komplexe Mischexpositionen im Niedrigdosisbereich entstehen.

Darüber hinaus kann der technologische Fortschritt auch den Verlust von Arbeitsplätzen mit sich bringen, indem zum Beispiel die menschliche Arbeitskraft durch Roboter ersetzt wird.

Der technologische Wandel wirkt sich auch zunehmend auf die digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheits- und Pflegewesen aus. Vor besonderen Herausforderungen im Bereich des technologischen Wandels steht das Gesundheitswesen auch durch Entwicklungen bei neuen, patentgeschützten Arzneimitteln, die einen wesentlichen Anteil an den deutlich steigenden Arzneimittelausgaben und damit Auswirkungen auf die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme in Europa haben (siehe Frage 12).



## Neue Arbeitsformen

Die Digitalisierung und die veränderten Strukturen von Unternehmen machen die Art des Arbeitens flexibler – beispielsweise hinsichtlich Ort und Zeit. Beschäftigte sind immer stärker eigenverantwortlich tätig. Insoweit müssen die Akteure im Arbeitsschutz neuen Anforderungen an die Prävention gerecht werden. Schließlich ist zu beachten, dass die digitale Arbeitswelt nicht an Landesgrenzen endet, sondern global und offen ist.

Darüber hinaus kann Arbeit außerhalb einer klassischen Betriebsstätte und mit flexibler Zeiteinteilung Fragen in Bezug auf den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. im häuslichen Arbeitsbereich) aufwerfen. Bei vielen Arbeitsformen stellt sich schon heute die Frage, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung handelt, die in einigen EU-Staaten (z.B. Deutschland) grundsätzlich Voraussetzung für den Einbezug in das System der sozialen Sicherheit ist.

## 5 Was wären die wichtigsten Risiken und Chancen im Zusammenhang mit solchen Trends?

### Demografische Trends

In Anbetracht der alternden Bevölkerung sowie der Verlängerung des Arbeitslebens sind gesunde und sichere Arbeitsbedingungen unerlässlich, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Um ein langes und gesundes Arbeitsleben realisieren zu können, bedarf es gezielt arbeitsplatzbezogener präventiver Ansätze, die auch die altersspezifische Auswirkung von Belastungen im Blick haben. Die deutschen Sozialversicherungsträger haben darum in den vergangenen Jahren die Anstrengungen sowohl im Bereich der Prävention als auch des Wiedereingliederungsmanagements verstärkt. Mit bewährten Mitteln und frühzeitiger Intervention den Herausforderungen aktiv zu begegnen, darin liegt auch gleichzeitig die Chance, insgesamt inklusivere Elemente im Bereich der Sozialversicherung zu stärken.

Auch die Qualifizierung spielt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine wichtige Rolle: Gerade mit Blick darauf, dass Menschen jeden Alters immer neuen Herausforderungen in der technisch dominierten Arbeitswelt gerecht werden sollen oder aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ein Berufswechsel nötig wird, ist lebenslanges Lernen von zentraler Bedeutung.

Seit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ist zudem deutlich, dass eine Antwort auf eine alternde Gesellschaft auch eine inklusive Arbeitswelt



sein muss. Angebote für altersgerecht ausgestattete Arbeitsplätze und flexible Arbeitszeitmodelle sind deswegen gefragt.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung kann der demografisch bedingten Verschlechterung des Verhältnisses von Beitragszahlern und Rentnern mit verschiedenen Maßnahmen Rechnung getragen werden. In Deutschland sind dies die stufenweise Anhebung des gesetzlichen Rentenalters auf 67 Jahre, die Beschränkung der Möglichkeiten des Vorruhestandes sowie die Absenkung des Rentenniveaus. Gleichzeitig wurde die Vorsorge in der zweiten und dritten Säule gestärkt. Vor dem Hintergrund der Niedrigzinsphase stehen diese Säulen allerdings vor neuen Herausforderungen. Aktuelle Reformüberlegungen greifen daher die Frage auf, wie die Effektivität und Effizienz der zweiten und dritten Säule gesteigert werden können.

Vor dem Hintergrund der regional sehr unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklung steht das deutsche Gesundheitswesen vor der Herausforderung, weiterhin eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren, insbesondere auch im ländlichen Raum.

Auch in der Langzeitpflege bestehen Herausforderungen angesichts einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und eines allgemein postulierten Fachkräftemangels. Die weitere Gewinnung und Sicherung geeigneten Personals gehört zu den zentralen Herausforderungen in der Pflege. Die Gewinnung und Sicherung von Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen ist angesichts der Freizügigkeit im europäischen Binnenmarkt auch eine gemeinsame Herausforderung. Mit der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen schafft die EU entsprechende Voraussetzungen und stellt vielfältige, angemessene Zugänge zu Gesundheits- und Pflegeberufen sicher.

### Technologischer Fortschritt

Mit Blick auf den technologischen Fortschritt und den daraus resultierenden zunehmenden Einsatz von Robotern und computergesteuerten Systemen könnten Routinetätigkeiten beispielsweise an die technischen Systeme delegiert werden und somit zu einer Entlastung der Beschäftigten führen. Allerdings werden auch in ferngesteuerten oder selbstorganisierten Produktionssystemen immer noch Menschen erforderlich sein, insbesondere bei Störungen und ungeplanten Ereignissen. Mögliche Konsequenzen bei der Überwachung von Systemen sind Phasen von Monotonie bei gleichzeitig hohen Konzentrationsanforderungen, die plötzlich abgelöst werden können von den Anforderungen eines Notfalls.



Die Verfügbarkeit von Informationen „an jedem Ort und zu jeder Zeit in beliebiger Tiefe“ kann die Arbeit erleichtern. Mit der Nutzung moderner Kommunikationstechnik verbunden sind jedoch häufig auch erhöhte Effizienzerwartungen (z. B. bezüglich der Geschwindigkeit, mit der auf Kundenanfragen reagiert wird), was dann zu einer Arbeitsverdichtung führt.

Digitale Neuerungen können aber auch helfen, Arbeit alters- und altersgerecht zu gestalten. Sie können dazu beitragen, ältere Beschäftigte länger gesund im Arbeitsleben zu halten, beispielweise durch die Entwicklung technischer Systeme oder medizinische Neuerungen, die altersbedingte Defizite kompensieren (z. B. nachlassende Muskelkraft oder abnehmende sensorische Fähigkeiten). Zudem können durch sie Gesundheitsgefährdungen und beginnende Erkrankungen frühzeitigstmöglich erkannt werden und so geeignete Präventionsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.

Gleiches gilt für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen. So kann zum Beispiel durch den Einsatz von Assistenz- oder Tutorensystemen sowie durch intelligent gestaltete Arbeitsplätze und technische Hilfsmittel die Chance, am Erwerbsleben teilzunehmen, auch für Menschen mit Behinderungen erhöht werden. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass durch neue Technologien die Komplexität von Arbeitsprozessen zunimmt und somit die Hürde für die Beschäftigung von benachteiligten Personen steigen könnte.

Daneben vereinfacht der mit dem technologischen Wandel einhergehende medizinische Fortschritt Rehabilitationsmaßnahmen und dient damit dem Versicherten. Gleichzeitig werden sich vermutlich die Kosten auf der Ausgabenseite auch für die Sozialversicherung erhöhen, da neue technologische Entwicklungen auch ausreichend finanziert werden müssen.

Soweit es um die Digitalisierung im Gesundheitswesen geht, bietet sich auf europäischer Ebene die Chance, das Potenzial zu nutzen und gemeinsam Probleme zu analysieren sowie voneinander zu lernen. Dabei müssen Doppelstrukturen zwischen den Mitgliedstaaten und der EU-Ebene vermieden und an der klaren Kompetenzzuweisung festgehalten werden.

Die fortschreitende Technologie und insbesondere der digitale Fortschritt haben auch eine über die nationalen Sozialversicherungssysteme hinausgehende Dimension. Dies gilt insbesondere für Sozialversicherungsleistungen oder Gesundheitsleistungen, die grenzüberschreitend erbracht werden. Über das geplante EU-weite



IT-System EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) sollen die Sozialversicherungsträger im Rahmen der Verordnungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit künftig auf Grundlage einer optimierten Datenerhebung und -prüfung schneller und sicherer Informationen austauschen. Darüber hinaus plant die EU-Kommission, im Rahmen der Strategie für den Digitalen Binnenmarkt ein eHealth-Netzwerk zu etablieren, mit dem grenzüberschreitend die Nutzung des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte ermöglicht werden soll. Die Anbindung der IT-Systeme der Sozialversicherungsträger und Leistungsbringenden in den Mitgliedstaaten an die von der Europäischen Kommission vorgeschlagenen Systeme wird aber sehr hohe Anforderungen an die nationalen IT-Systeme des Datenaustauschs und der Datenverarbeitung stellen und erheblichen Umstellungsaufwand verursachen. Hier stehen die Systeme der Mitgliedstaaten vor großen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund sind auf wesentliche Funktionen beschränkte Systemlösungen zu bevorzugen, die mit einer ausgereiften Gesamtarchitektur die nationalen Anforderungen angemessen berücksichtigen und so zu einer ressourcensparenden Gesamtlösung führen.

### Neue Arbeitsformen und die Lage der „Selbständigen“

Im Hinblick auf die erwartete Ausweitung von selbständigen Erwerbsformen als Folge der zunehmenden Digitalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft ist zu prüfen, ob und wie diese in den Schutzbereich der sozialen Sicherungssysteme einbezogen werden können.

In Deutschland ist diese Frage besonders relevant für die gesetzliche Rentenversicherung, weil die Mehrzahl der Selbständigen nicht obligatorisch in Alterssicherungssysteme einbezogen ist.

Aber auch für den Arbeitsschutz stellen sich neue Herausforderungen. Durch neue Arbeitsformen wie „Telearbeit“, „Remote Working“, „Virtuelle Teamarbeit“ oder „Crowdworking“ kann die Kooperation zwischen Menschen, die nicht in räumlicher Nähe zueinander arbeiten, verbessert werden. Arbeitsprozesse sind nicht mehr an starre Arbeitszeiten und Arbeitsorte gebunden. Diese Flexibilität erleichtert das Erreichen von Arbeitsergebnissen, zeitversetztes Arbeiten wie zum Beispiel mit Kollegen und Kolleginnen in Indien oder Kanada und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie kann aber auch zur Auflösung der Grenzen zwischen Privat- und Arbeitsleben führen und damit selbstgefährdendes Verhalten fördern. Angesichts neuer Arbeitsformen „außerhalb einer klassischen Betriebsstätte“ und mit flexibler Zeiteinteilung kann es zu Gefährdungen kommen, die unter Umstän-



den nicht erkannt werden. Eine Intervention im Interesse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes kann dadurch gefährdet werden. So stellt sich zum Beispiel die Frage, wer tatsächlich die Arbeitsbedingungen eines freiberuflich oder selbständig Tätigen kontrolliert.

Darüber hinaus kann Arbeit außerhalb einer klassischen Betriebsstätte Fragen in Bezug auf den Versicherungsschutz bei Arbeitsunfall oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit aufwerfen.

6 Gibt es Strategien, Einrichtungen oder Unternehmenspraktiken – bestehende oder sich neu entwickelnde –, die Sie als Referenz empfehlen würden?

#### Eine Kultur der Prävention

Alle Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung stellen den Grundsatz der Prävention in allen Lebenslagen und Lebensaltern in den Vordergrund. So wird die gesetzliche Unfallversicherung ab dem Jahr 2017 mit einer neuen Präventionskampagne [„Kultur der Prävention“](#) werben. Diese richtet sich nicht nur an Unternehmen, sondern erfasst alle Lebensbereiche. Je früher Sicherheit und Gesundheit als Werte vermittelt werden, desto selbstverständlicher wird präventives Handeln. Die auf 10 Jahre ausgerichtete Kampagne hält deshalb auch Angebote für Kinder und Jugendliche bereit.

#### Stärkung einer ganzheitlichen Prävention auf betrieblicher Ebene und ihre Einbindung in die Gesellschaft

Unternehmen sollen durch eine ganzheitliche Betrachtung auch für Themen wie betriebliche Gesundheitsförderung, psychische Belastungen oder die Folgen des demografischen Wandels sensibilisiert und durch eine verständliche Ansprache gewonnen werden. Alle Zweige der deutschen Sozialversicherung wirken an der Umsetzung dieses Konzeptes mit.

Vor allem für die gesetzliche Unfallversicherung ist unter dem Titel „Vision Zero“ die Präventionsarbeit national sowie international von besonderer Bedeutung. Danach sind Arbeitswelt und Bildungseinrichtungen so zu gestalten, dass insbesondere schwere und tödliche Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten mit allen geeigneten Mitteln verhindert werden. Entscheidend zur Verwirklichung der Vision Zero ist die Etablierung einer Präventionskultur in den Unternehmen, im Straßenverkehr und in den Bildungseinrichtungen. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes müssen dabei alle an der Gestaltung beteiligten Akteure



einbezogen werden, also Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Arbeitsschutzaufsicht sowie Hersteller von Maschinen und Ausrüstungen und die Planer von Arbeits- und Verkehrssystemen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben im Sinne der Vision „Null-Unfälle“ eine Reihe von guten [Beispielen](#) für die Praxis entwickelt.

### Wiedereingliederung nach einem Arbeitsunfall

In Deutschland wird der Ansatz praktiziert, die Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, die umfassende Rehabilitation nach eingetretener Schädigung sowie die Entschädigung aus einer Hand zur Verfügung zu stellen. Dieses Verfahren hat sich bewährt und bietet sich als vorbildliche Referenz an. Herausragend ist vor allem das Rehabilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem schweren Arbeits- oder Wegeunfall. Nach Eintritt des Versicherungsfalles werden alle notwendigen Maßnahmen möglichst frühzeitig koordiniert und vernetzt, um die erlittenen Gesundheitsschäden der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln zu beseitigen oder zu verbessern. Ziel ist die zeitnahe, dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung. In diesem Zusammenhang unterstützt die gesetzliche Unfallversicherung auch das Konzept des Disability Managements. Mit diesem Programm wird der weltweiten Bewegung Rechnung getragen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen den Erhalt des Arbeitsplatzes zu sichern, sie auf Dauer gesund und arbeitsfähig zu halten und die sozioökonomischen Folgen von Erkrankungen und Unfällen zu reduzieren.

### Gesundheitswesen

Zu Beispielen für Strategien und gute Praktiken auf nationaler Ebene sowie die Rolle der Kranken- und Pflegekassen siehe Fragen 4 und 5 sowie die Antworten zu den einzelnen Politikfeldern.

### Zur europäischen Säule sozialer Rechte

7 Stimmen Sie dem hier beschriebenen Konzept für eine europäische Säule sozialer Rechte zu?

- Ich stimme voll und ganz zu
- Ich stimme zu
- Ich stimme nicht zu



Ich stimme überhaupt nicht zu

Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung stützen und fördern das mit der Einführung einer Europäischen Säule sozialer Rechte verbundene Ziel, die soziale Dimension innerhalb der EU zu stärken. Gleichzeitig möchten sie jedoch darauf hinweisen, dass die nationalstaatlichen Rechte im Bereich der sozialen Sicherheit gewahrt bleiben müssen.

Deswegen kann und darf eine Europäische Säule sozialer Rechte den Mitgliedstaaten nur generelle, unverbindliche Prinzipien, Leitlinien oder Empfehlungen mit auf den Weg geben. Dies könnte den Mitgliedstaaten als Hilfestellung dienen und Impulse bei der schrittweisen Entwicklung zu moderneren (besseren) Sozialschutzsystemen geben. Hierbei sollte jedoch ein differenzierender Maßstab angelegt werden, da sich die verschiedenen Bereiche der Sozialpolitik voneinander unterscheiden.

Die EU darf nur in den Bereichen tätig werden, in denen die Europäischen Verträge ihr eine ausdrückliche Kompetenz auferlegen. So tragen die Mitgliedstaaten die Verantwortung im Bereich der Sozialpolitik, aber auch bei der Festlegung ihrer Gesundheits- und Pflegepolitik sowie für die Finanzierung und Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens und die medizinische und pflegerische Versorgung. Von der Europäischen Union dürfen sie mit dem Ziel, ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu erreichen, lediglich unterstützt werden. Die primär mitgliedstaatliche Verantwortung folgt dem Prinzip der Subsidiarität, wonach Aufgaben zunächst selbstbestimmt und eigenverantwortlich dort zu lösen sind, wo sie auftreten. Erst wenn ein gemeinsames Handeln notwendig ist, wird die EU-Ebene beauftragt. Eine solche Notwendigkeit ist jedoch - mit Ausnahme des Arbeitsschutzes - nicht ersichtlich. Insbesondere für den Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik ist die Säule sozialer Rechte kein geeignetes Mittel.

Der von der Europäischen Kommission vorgelegte Entwurf einer sozialen Säule greift auf alle sozialen Tätigkeitsfelder zu, so dass die kompetenzgestützte Aufgabenteilung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten zunehmend an Trennschärfe verliert. Auch würden auf vielen Feldern der europäischen Säule Festlegungen getroffen, die mit den bestehenden Sozialsystemen nicht vereinbar sind. Die am Subsidiaritätsprinzip orientierte Zuständigkeitsverteilung darf jedoch bei der Weiterentwicklung des sozialen Besitzstandes der EU nicht in Frage gestellt werden. Deswegen kann und darf eine Europäische Säule sozialer Rechte den Mitgliedstaaten nur generelle, unverbindliche Prinzipien mit auf den Weg geben und empfehlen, im Rahmen ihrer Ausgestaltungsfreiheiten darauf zu achten. Denkbar wäre



zum Beispiel eine von Seiten der EU-Kommission aufgestellte allgemeine Empfehlung an die Mitgliedstaaten, für alle Erwerbstätigen den Zugang zu sozialen Sicherungssystemen sicherstellen. Die konkrete Umsetzung dieses allgemeinen Zieles muss jedoch - insbesondere auch vor dem Hintergrund der Vielfalt der Systeme - den Mitgliedstaaten selbst vorbehalten bleiben.

Die von der EU-Kommission mit der Säule beabsichtigte „Aufwärtskonvergenz“ ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass die von der Kommission vorgeschlagenen Prinzipien oft auch Einschränkungen sozialer Positionen enthalten, s. hierzu die Antworten zu den einzelnen Politikfeldern („domains“). Diese können sogar auf eine Verschlechterung gegenüber bereits bestehenden Rechten und/oder „Standards“ hinauslaufen. Es muss daher sichergestellt werden, dass es tatsächlich zu einer Aufwärtskonvergenz und nicht etwa zu einer Abwärtskonvergenz kommt.

8 Stimmen Sie dem Geltungsbereich der Säule und den hier vorgeschlagenen Politikfeldern und Grundsätzen zu?

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Flexible und sichere Arbeitsverträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sichere Berufsübergänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chancengleichheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beschäftigungsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Löhne und Gehälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Renten und Pensionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Arbeitslosenleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mindesteinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leistungen für Menschen mit Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Langzeitpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wohnraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Bewertung der von der Europäischen Kommission beschriebenen Herausforderungen sowie der vorgeschlagenen Grundsätze in den einzelnen Politikfeldern erfolgt weiter unten. Dort wird deutlich, dass ein wesentlicher Teil der von der Europäischen Kommission beschriebenen Herausforderungen nicht in gleicher Weise für alle Mitgliedstaaten gilt. In Bereichen, in denen die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung die Analyse der Europäischen Kommission teilen, sind es der nationale Gesetzgeber oder durch ihn beauftragte Institutionen der Selbstverwaltung, die diesen Herausforderungen begegnen müssen und können.

Gibt es Aspekte, die noch nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht oder abgedeckt worden sind?

Nein.

9 Welche Politikfelder und Grundsätze wären im Rahmen einer erneuerten Konvergenz innerhalb des Euro-Raums am wichtigsten?

1 bis 5 Antworten

- 1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen
- 2. Flexible und sichere Arbeitsverträge
- 3. Sichere Berufsübergänge
- 4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung
- 5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- 6. Chancengleichheit
- 7. Beschäftigungsbedingungen
- 8. Löhne und Gehälter
- 9. Arbeitsschutz
- 10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten



- 11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste
- 12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen
- 13. Renten und Pensionen
- 14. Arbeitslosenleistungen
- 15. Mindesteinkommen
- 16. Leistungen für Menschen mit Behinderung
- 17. Langzeitpflege
- 18. Kinderbetreuung
- 19. Wohnraum
- 20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen

Die Frage impliziert, dass hinsichtlich der vorgeschlagenen Politikfelder ein erneuerter Konvergenzprozess als erforderlich angesehen wird. Mit der Offenen Methode der Koordinierung und der wirtschaftspolitischen Steuerung im Rahmen des Europäischen Semesters existieren bereits Steuerungsinstrumente zur Umsetzung gemeinsamer europäischer Ziele. Dem gegenüber bietet das Konzept der Säule keinen Mehrwert.

10 Wie sollten diese zum Ausdruck gebracht und konkretisiert werden? Könnten Ihrer Meinung nach Mindeststandards oder Referenzkriterien für bestimmte Bereiche angewandt werden und einen Mehrwert darstellen, und wenn ja, welche?

- 1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen
- 2. Flexible und sichere Arbeitsverträge
- 3. Sichere Berufsübergänge
- 4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung
- 5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- 6. Chancengleichheit
- 7. Beschäftigungsbedingungen
- 8. Löhne und Gehälter
- 9. Arbeitsschutz
- 10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten
- 11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste
- 12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen
- 13. Renten und Pensionen
- 14. Arbeitslosenleistungen
- 15. Mindesteinkommen
- 16. Leistungen für Menschen mit Behinderung
- 17. Langzeitpflege



- 18. Kinderbetreuung
- 19. Wohnraum
- 20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen

### 10.1 Erfahrungsaustausch anstelle von Mindeststandards

Systematische Vergleiche und ein Austausch vorbildhafter Verfahren (best practices) in den Mitgliedstaaten sind sinnvoll, damit sich die Mitgliedstaaten gegenseitig Impulse bei der schrittweisen Entwicklung zu moderneren (besseren) Sozialschutzsystemen geben, siehe hierzu schon oben im Rahmen der Antwort zu Frage 2.

Allerdings sollten dabei bestehende Methoden kritisch geprüft werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass – nicht zuletzt auch im Bereich des Gesundheitswesens - erhebliche methodische Probleme in der Vergleichbarkeit der Daten bestehen, die aufgrund historisch gewachsener Systemunterschiede wohl auch künftig bestehen bleiben werden. Nach wie vor ist die Datenlage für einen europaweiten Vergleich unzureichend. Die für die Indikatorerstellung benötigten Daten sind entweder nicht vorhanden oder liegen in unterschiedlicher Qualität vor. Existierende Daten sind aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungskriterien nicht miteinander vergleichbar. Im Sinne der Vergleichbarkeit und um ein adäquates und systemneutrales Bild der Sozialschutzsysteme zu erhalten, müssen an die Auswahl der Indikatoren hohe Anforderungen gestellt und eine ausdifferenzierte Anzahl von validen Indikatoren gefunden werden. Auf subjektive Befragungen und die Verwendung von Befindlichkeitsindikatoren sollte verzichtet werden.

Da länderübergreifende Vergleiche im Hinblick auf ihre Aussagekraft und Zuverlässigkeit immer mit Mängeln behaftet sein werden, taugen sie nur eingeschränkt als „Blaupause“ für nationale Reformen. Um politische Fehlschlüsse zu vermeiden, sind die Ergebnisse systematischer Vergleiche unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Besonderheiten zu interpretieren, bevor auf der zuständigen nationalen Ebene politische Schlussfolgerungen gezogen werden.

Stößt schon die Vergleichbarkeit der Sozialschutzsysteme und ihrer Wirkungen an methodische Grenzen, so gilt dies erst recht für einen Einsatz von Indikatoren zur Definition von Mindeststandards zur Konkretisierung der Prinzipien der Säule. Solche sozial- und gesundheitspolitischen Standards müssten die Komplexität der nationalen Systeme abbilden und können somit keine europaweite Geltung erreichen.



Im Bereich des Arbeitsschutzes stellen einheitliche europäische Regelungen einen Mindestschutz für die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Verfügung. Diese Mindestregelungen wurden auf demokratische und transparente Weise aufgestellt. Darüber hinaus steht es den Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Umsetzung offen, höhere Standards aufzustellen. Diese Möglichkeit sollte beibehalten werden, weil hierin langfristig ein Ansatz für eine Verbesserung und Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes insgesamt besteht. Gleichzeitig sollte vermieden werden, dass unter der Strategie der „better regulation“ bereits bestehende anspruchsvolle europäische Regeln zurückgenommen und damit bereits erzielte Erfolge wieder grundsätzlich in Frage gestellt werden.

## 10.2 Die besondere Problematik von Normung

Von sozialen Mindeststandards strikt zu unterscheiden ist die Normsetzung auf europäischer und internationaler Ebene. So trägt die Normung von Produkten zur Konkretisierung von Sicherheitsstandards am Arbeitsplatz und im Arbeitsfeld als wichtiges Instrument der Prävention maßgeblich zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei. Auch im Produktbereich, bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, kommt der Europäischen Union eine besondere Aufgabe bei der Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu.

Dagegen sind Konkretisierungen im Versorgungsbereich durch die Normung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen nicht zielführend, soweit sie gesundheitliche und soziale Dienstleistungen betrifft, die durch Sozialversicherungsträger erbracht oder finanziert werden. Die Sicherung der Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung und in der Pflege ist eine mitgliedstaatliche Aufgabe. Hierbei wird die Expertise der am Versorgungsgeschehen beteiligten Partner berücksichtigt. Die Setzung abweichender Normen und die Entwicklung paralleler Strukturen durch das europäische Normungsinstitut (CEN) können Normen erzeugen, die andere Standards abbilden als die von den Sozialversicherungsträgern im Rahmen ihres Auftrages festgelegten Anforderungen. Rechtsunsicherheit wäre die Folge.

Schließlich ist zu befürchten, dass eine Einigung auf gemeinsame europäische Dienstleistungsnormen und Standards, die für sehr unterschiedlich strukturierte und leistungsfähige Gesundheits- und Pflegesysteme in den Mitgliedstaaten gelten sollen, zu einer Senkung des Qualitäts- und Sicherheitsniveaus führt.



### III. Ausführliche Kommentare zu den Politikfeldern

- 1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen
- 2. Flexible und sichere Arbeitsverträge
- 3. Sichere Berufsübergänge
- 4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung
- 5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- 6. Chancengleichheit
- 7. Beschäftigungsbedingungen
- 8. Löhne und Gehälter
- 9. Arbeitsschutz
- 10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten
- 11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste
- 12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen
- 13. Renten und Pensionen
- 14. Arbeitslosenleistungen
- 15. Mindesteinkommen
- 16. Leistungen für Menschen mit Behinderung
- 17. Langzeitpflege
- 18. Kinderbetreuung
- 19. Wohnraum
- 20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen

#### 9 Arbeitsschutz

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Grundsatz zu verwirklichen?				
-----------------------------	--	--	--	--

In Zukunft ist eine Ausweitung von Anstrengungen notwendig, durch Maßnahmen der Rehabilitation und der Wiedereingliederung die Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen oder zu stärken, insbesondere von älteren Personen oder Menschen mit Behinderungen. Dabei sind die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit für alle Erwerbstätigen eine herausragende Aufgabe. Die EU kann einen Rahmen zum Erfahrungsaustausch über nationale Initiativen und Aktivitäten bereitstellen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die bisherige Joint Action on Mental Health.

Was die Prävention von Unfällen und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz angeht, so hat die gesetzliche Unfallversicherung schon in der Vergangenheit große Erfolge erzielt (siehe zu Beispielen aus der Praxis u.a. Punkt 6). Insgesamt ist ein umfassender Schutz der Beschäftigten vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie Berufskrankheiten sicherzustellen. Zudem ist auf die Vorteile der Präventionsarbeit – insbesondere für die Arbeitgebenden – hinzuweisen. Ausgaben für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz stellen aus ökonomischer Sicht einzelwirtschaftlich lohnende Investitionen dar und kommen den Unternehmen auch selbst zugute („return on prevention“).

Auch die gesetzliche Rentenversicherung stärkt noch vor dem Eintritt akuter Gesundheitsschädigungen durch Präventionsleistungen die Widerstandskraft der Beteiligten gegenüber privaten und beruflichen Belastungen. Diese Leistungen werden oft in Kooperation mit den Beschäftigungsfirmen und im Kontext mit Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbracht. Ferner hat die gesetzliche Rentenversicherung einen „Firmen-Service“ etabliert, der einen verstärkten Fokus auf das Thema „Gesunde Mitarbeiter“ legt. Dieser wirkt allerdings nicht nur präventiv, sondern unterstützt auch das betriebliche Eingliederungsmanagement, mit dem bereits erkrankte Beschäftigte langfristig am Arbeitsplatz gehalten werden sollen.

In Deutschland bieten darüber hinaus auch die gesetzlichen Krankenkassen Betrieben und Beschäftigten ein Spektrum an verschiedenartigen Leistungen und Hilfe bei der Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an. Handlungsfelder der Krankenkassen sind hierbei die Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, die Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils der Beschäftigten sowie die über-



betriebliche Vernetzung und Beratung von Betrieben im Rahmen von Firmennetzwerken in Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen. Die inhaltlichen und qualitativen Anforderungen sind im [GKV-Leitfaden Prävention](#) für alle Krankenkassen verbindlich definiert. Jüngste Reformen verpflichten die Krankenkassen zur Ausweitung ihrer Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere Kleinbetriebe sollen besser erreicht werden.

**Insbesondere: Anpassung an die veränderte Arbeitswelt**

Mit Blick auf die Digitalisierung der Arbeitswelt und die damit einhergehenden neuen Arbeitsformen wird sich die künftige Präventionsarbeit ändern. Aus den Erfahrungen der gesetzlichen Unfallversicherung lassen sich Lösungen am besten praxisnah und auf der nationalen Ebene entwickeln; Antworten sind deshalb aus den Mitgliedstaaten heraus zu finden. Ein wichtiger Aspekt bei neuen Arbeitsformen ist dabei die stärkere Eigenverantwortung von Erwerbstätigen. Zudem sind Sicherheitsstandards so anzupassen, dass sich der praktische Arbeitsschutz nicht verringert.

**11 Integrierte soziale Leistungen und Dienste**

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Vielfalt der angebotenen sozialen Dienste und die Beteiligung verschiedener Institutionen können den Zugang zu diesen Leistungen erschweren, wenn sie



nicht koordiniert sind. Menschen mit Behinderungen dürften hier vor erheblichen Herausforderungen stehen. Von Vorteil ist daher die aufeinander abgestimmte Erbringung von sozialen Leistungen. Mit Blick auf die unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit in der EU sollte aber jeder Mitgliedstaat selbst entscheiden, welche Maßnahmen er hierzu ergreift. Eine eigenständige Rolle der EU ist in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich.

Dabei kann es durchaus sinnvoll sein, die Zuständigkeit für äußerlich ähnliche Leistungen institutionell zu differenzieren. In Deutschland ist dies zum Beispiel der Fall für Leistungen zur Rehabilitation. Je nach Rehabilitationsziel (allgemeine Krankheitsprävention, soziale Integration, Eingliederung in den Arbeitsmarkt) sind unterschiedliche Träger zuständig. Dies hat den Vorteil, dass je nach Zielrichtung spezialisierte Sachkompetenz und Strukturen vorhanden sind, um das jeweilige Integrationsziel optimal zu erreichen. Damit dies im Einzelfall nicht den Zugang zu erforderlichen Leistungen erschwert, sind Verfahrensvorschriften zum Zusammenwirken der Träger zu schaffen.

Ein gutes Beispiel für einen ganzheitlichen Rehabilitations- und Wiedereingliederungs- und Teilhabeansatz bietet die gesetzliche Unfallversicherung. Die Unfallversicherungsträger sind durch Gesetz gehalten, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, nach Eintritt eines Versicherungsfalles die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Prävention, Heilbehandlung, Rehabilitation und Entschädigung werden von einer einzigen Institution durchgeführt. Das ermöglicht eine Steuerung ohne hemmende Schnittstellen, strafft Verwaltungsvorgänge und verringert Kosten. Vor allem profitieren die Beschäftigten nach einem Versicherungsfall von Anfang an von einer umfassenden und ganzheitlichen Betreuung. Ein integrierter Rehabilitationsansatz, bei dem medizinische Versorgung, berufliche und soziale Rehabilitation in einem integrierten Modell erfolgen, trägt hierzu bei. Arbeitgeber erhalten Unterstützung bei der Prävention im Betrieb, um dafür zu sorgen, dass es erst gar nicht zu Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten kommt. Dies ermöglicht einen umfassenden Schutz der Versicherten und eine hohe soziale Absicherung.



## 12 Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wesentliche von der Europäischen Kommission beschriebene Herausforderungen treffen auf das deutsche Gesundheitssystem nur begrenzt zu. Die Europäische Kommission verweist zwar zu Recht auf die Alterung der Bevölkerung und hohe Behandlungskosten. Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme darf jedoch nicht überbewertet, sondern sollte nüchtern analysiert werden (siehe Frage 4).

### Finanzielle Tragfähigkeit des Gesundheitssystems

Das entscheidende Problem ist die Kluft zwischen der Entwicklung der Einnahmenbasis und dem wesentlich dynamischeren Wachstum der Gesundheitsausgaben. Dem kann nur durch weitere Strukturreformen insbesondere auf der Ausgabenseite begegnet werden, vor allem durch einen Abbau der Überkapazitäten und eine Optimierung der Schnittstellen in der Versorgung.

Ein Beispiel für die von der Europäischen Kommission angesprochenen hohen Behandlungskosten ist die Arzneimittelversorgung. Die Kosten steigen hier seit Jahren deutlich an. Allein 2014 stiegen die Ausgaben der GKV um fast 10 Prozent. Ein wesentlicher Faktor ist die Ausgabenentwicklung bei patentgeschützten Präparaten, auf die inzwischen rund 53 Prozent der Arzneimittelausgaben entfallen. Der



Gesetzgeber hat daher die Hersteller verpflichtet, ihre neuen Produkte nach der Markteinführung einer frühen Nutzenbewertung zu unterziehen. Sie ist Grundlage einer rationalen Arzneimittelversorgung, die Transparenz über die relative Wirksamkeit von Arzneimitteln schafft und diese zur Basis für die Erstattungsbeträge macht. Sie ist demnach ein gutes Beispiel für die von der Europäischen Kommission geforderte Verbesserung der Effizienz und Wirksamkeit der Gesundheitssysteme. Um das volle Potenzial zu entfalten, muss es möglich sein, auch für bereits im Markt befindliche Arzneimittel eine Nutzenbewertung vorzunehmen.

### Kosteneffiziente Versorgung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Die Europäische Kommission betont in ihrem Entwurf die Rolle der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für die Widerstandsfähigkeit und finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung investiert über die Versorgung im Krankheitsfall hinaus auch in die Gesunderhaltung ihrer Versicherten.

Ziel der Präventionsanstrengungen ist es, die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern. Durch Prävention sind jedoch keine erheblichen finanziellen Einsparungen zu erwarten, wie von der Europäischen Kommission suggeriert wird. Hierzu sind vielmehr Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen gefragt.

### Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Europäische Kommission fordert, dass jeder Mensch rechtzeitigen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung erhalten muss und medizinischer Versorgungsbedarf nicht zu Armut oder finanziellen Zwängen führen darf. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung teilen dieses Ziel, welches in Deutschland durch ein gegliedertes und aufeinander abgestimmtes System verwirklicht ist. Das Solidaritätsprinzip gewährleistet, dass alle Versicherten unabhängig von Einkommen und Beitragshöhe medizinisch notwendige Leistungen erhalten. Das Sachleistungsprinzip stellt die Versorgung ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicher. So ist sichergestellt, dass notwendige Gesundheitsleistungen auch in Anspruch genommen werden und nicht aus Furcht vor empfindlichen finanziellen Einbußen unterbleiben oder mit dem Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustands zurückgestellt werden.



## Rehabilitation

Der Darstellung der Herausforderungen ist unter dem Blickwinkel der Rehabilitation insofern zuzustimmen, als es angesichts der Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der Zunahme von chronischen Krankheiten gilt, zur Sicherung einer dauerhaften Beschäftigungsfähigkeit gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und effizient entgegen zu treten. Dabei erweist sich eine frühestmöglich einsetzende umfassende Rehabilitation inklusive beruflicher und sozialer Wiedereingliederung zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit als besonders effizient, wenn diese in nationalen Systemen angewendet wird; Maßnahmen auf seitens der EU sind nicht erforderlich.

Ein Beispiel guter Praxis bietet hier das gegliederte System der deutschen Sozialversicherung, in dem im Rahmen des allgemein geltenden Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ jeder Träger gemäß der ihm zugewiesenen Verantwortung alle notwendigen Schritte zur medizinischen, beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung in die Wege leitet und finanziert. Eine erfolgreiche Rehabilitation ist für die Gesundheit und Teilhabe des Versicherten von Vorteil, und angesichts der demographischen Entwicklung sowie des Fachkräftemangels profitieren Gesellschaft, Wirtschaft und Sozialversicherungsträger, indem auf lange Sicht Kosten etwa für Renten entfallen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung stehen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit sowohl die optimale medizinische Betreuung der Versicherten als auch deren berufliche und soziale Wiedereingliederung im Vordergrund.

## Die Rolle der EU

Die Verantwortung für die Festlegung ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik sowie ihre Finanzierung und Organisation einschließlich der medizinischen Versorgung tragen die Mitgliedstaaten. Die Europäische Union verfügt über klar eingegrenzte Aufgaben. Sie soll mit ihrem Handeln ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherstellen und die Politik der Mitgliedstaaten unterstützen und ergänzen, beispielsweise durch den Austausch guter Praktiken.

## Arzneimittel und Medizinprodukte

Weitergehende Befugnisse hat die Europäische Union im Bereich Arzneimittel und Medizinprodukte. Arzneimittel werden auch europäisch zugelassen, Medizinprodukte auf EU-Rechtsbasis in Verkehr gebracht und gemeinsame Sicherheits- und Qualitätsstandards festgelegt. Die Entscheidung über Preissetzung und Erstattung erfolgt jedoch auf mitgliedstaatlicher Ebene. Hierbei spielt die Gesundheitstechnologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) eine zentrale Rolle. Dies kann auch mit Unterstützung der EU geschehen, etwa durch den Austausch von Informationen und Erfahrungen und die Entwicklung transparenter Bewertungsinstrumente. Auch sollen Mitgliedstaaten, die dies wünschen, die Möglichkeit einer freiwilligen Zusammenarbeit bei Preisverhandlungen und der Beschaffung von Arzneimitteln haben.

## Europäische Krankenversicherungskarte

Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen Ausland ermöglicht die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card, EHIC) den gesetzlich Krankenversicherten im Falle einer Erkrankung Zugang zu medizinischen Sachleistungen. Um die Akzeptanz dieser Karte weiter zu erhöhen, ist sie weiterzuentwickeln. Auch Leistungserbringer müssen stärker hinsichtlich der Akzeptanz der EHIC in die Pflicht genommen werden.

## 13 Renten und Pensionen

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Grundsatz zu verwirklichen?				
-----------------------------	--	--	--	--

Die Sicherung eines angemessenen Lebensstandards im Alter unter Berücksichtigung der Tragfähigkeit sollte auch aus Sicht der Deutschen Sozialversicherung das Ziel eines Alterssicherungssystems sein. Hinsichtlich der konkreten Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels erscheint eine verbindliche Vorgabe an die Mitgliedstaaten wegen der Einbindung der Alterssicherungssysteme in den Gesamtkontext der nationalen Sozialsysteme sowie der unterschiedlichen ökonomischen, demografischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Präferenzen in den einzelnen Mitgliedstaaten nicht der richtige Ansatz. Dies gilt vor allem im Hinblick auf eine formelle oder technische Bindung des Rentenalters an die Entwicklung der Lebenserwartung. Die Entscheidung, wie die Ziele Tragfähigkeit und Angemessenheit der nationalen Rentensysteme unter den jeweiligen Bedingungen effektiv und effizient realisiert werden können, ist auf der Ebene der Mitgliedstaaten zu treffen.

### Mindestsicherung im Alter

Unklar ist außerdem, welchen Mehrwert europäische Mindeststandards im Bereich der Alterssicherung bieten sollen. Regelungen zu Mindestrenten oder Ansprüchen auf staatliche Grundsicherung im Alter gewährleisten in mitgliedstaatlichen Renten- und Fürsorgesystemen bereits eine Mindestabsicherung im Alter, deren Ausgestaltung im Detail in die Kompetenz der Mitgliedstaaten fällt.

### Geschlechtsspezifische Versorgungsgefälle

Soweit die EU-Kommission das geschlechterbedingte Vorsorgegefälle anspricht, ist auf die Vielschichtigkeit des Phänomens hinzuweisen. Es beruht jedenfalls nicht auf angeblichen Mängeln des Rentensystems, eher im Gegenteil: Durch die geschlechtsneutrale Kalkulation der Renten erhalten Frauen durch ihre im Durchschnitt höhere Lebenserwartung über die Zeit betrachtet und gemessen an ihren Beiträgen eher höhere Rentengesamtleistungen als Männer. Wenn dennoch die Höhe der Rente in vielen Fällen niedriger ist, so beruht dies vor allem auf der unterschiedlichen Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen sowie auf geschlechtsspezifischen Unterschieden bei den Arbeitsentgelten. Für die wünschenswerte Verringerung des Vorsorge- und Versorgungsgefälles sind deshalb Maßnahmen im Bereich der Arbeitsmarkt- und Lohnpolitik vordringlich, mit denen eine



höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen realisiert werden kann. Hierzu können unter anderem Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine angemessene, die Anreize zur Erwerbsarbeit nicht beeinträchtigende Berücksichtigung von Betreuungszeiten bei der Altersvorsorge beitragen. Die Regelungen der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung tragen dem bereits weitestgehend Rechnung.

### Selbständig Erwerbstätige

Soweit bestimmte Formen der Erwerbsarbeit keiner obligatorischen Alterssicherung unterliegen, kann damit ein erhöhtes Risiko künftiger Altersarmut einhergehen. Die obligatorische Einbeziehung der selbständig Erwerbstätigen in ein Alterssicherungssystem ist insoweit eine sinnvolle Maßnahme zur Begrenzung des Risikos individueller Sicherungsdefizite im Alter. In welchem Umfang und wie diese Einbeziehung erfolgen sollte, muss je nach nationalen Gegebenheiten und Präferenzen von den Mitgliedstaaten geprüft und entschieden werden.

### 16 Leistungen für Menschen mit Behinderung

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen eine vollumfängliche Teilhabe und Inklusion in allen Lebensbereichen ermöglichen. Hierzu gibt es auch Vorschläge der EU-Kommission, so etwa für einen Zugänglichkeitsakt für Menschen



mit Behinderungen oder den Vorschlag zum barrierefreien Zugang zu öffentlichen Websites. Die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung begrüßen ausdrücklich die Unterzeichnung der UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch die EU. Einen tatsächlichen Mehrwert im sozialen Bereich sehen sie in der Umsetzung der Ziele der UN-BRK. Hierdurch können Rechte von Menschen mit Behinderungen tatsächlich verbessert werden. Inklusion ist zweigübergreifend auch ein integraler Bestandteil der Arbeit der Träger der Deutschen Sozialversicherung.

Im grenzüberschreitenden Kontext könnten für Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die sich nach einem Arbeitsunfall in einem Prozess der beruflichen Orientierung und Eingliederung befinden, Erleichterungen erreicht werden, indem in die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 klare Regelungen zur Koordinierung von Leistungen zur beruflichen und sozialen Rehabilitation aufgenommen würden. Ob derartige Leistungen von der Verordnung erfasst sind, ist derzeit auch unter den Mitgliedstaaten nicht geklärt. Für Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die eine berufliche Wiedereingliederung benötigen, ist derzeit nicht gewährleistet, dass diese grenzübergreifend derartige Leistungen erhalten.

### 17 Langzeitpflege

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung stimmen zwar mit der Auffassung der Europäischen Kommission überein, dass die Alterung der Bevölkerung mit einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen und mit einer zunehmenden Nachfrage von Langzeitpflegeleistungen einhergehen wird. Mit Blick auf die Situation in Deutschland kann der Aussage der Europäischen Kommission, dass Pflegeeinrichtungen nicht verfügbar seien, jedoch nicht zugestimmt werden. Durch die soziale Pflegeversicherung ist pflegebedürftigen Menschen der Zugang zu angemessenen Langzeitpflegeleistungen bei finanziell tragfähigen Bedingungen sowohl in der Häuslichkeit als auch in stationären Einrichtungen dauerhaft gewährleistet, einschließlich der sozialen Rechte pflegender Angehöriger.

Im Übrigen wird die von der Europäischen Kommission geplante Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Bereich der Langzeitpflege begrüßt (siehe Fragen 1 und 3).



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

Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

- GKV-Spitzenverband
- AOK-Bundesverband (AOK-BV)
- BKK Dachverband (BKK DV)
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Knappschaft

Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)