

## Gut gestaltete Systeme der sozialen Sicherheit können das Leben der Menschen verbessern und Ungleichheiten bei der Gesundheit vermindern

### Das Problem

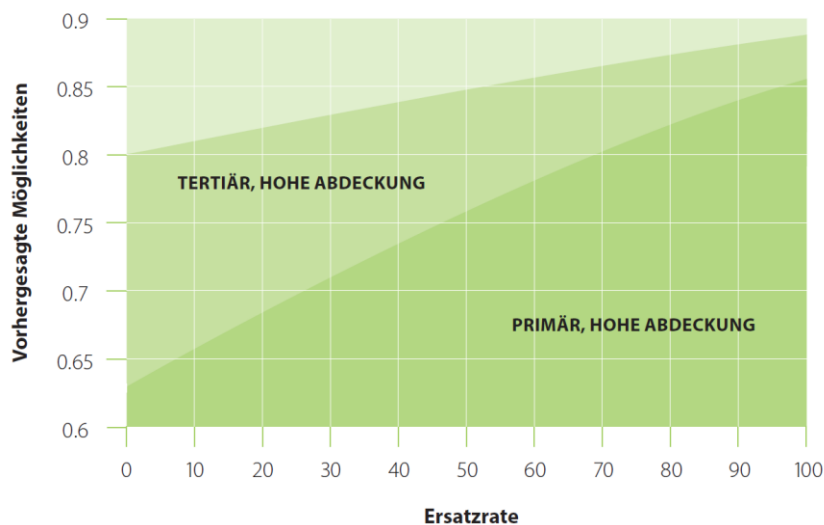
Wirtschaftliche Ressourcen werden durch bezahlte Arbeit und die Systeme der sozialen Sicherheit des Wohlfahrtsstaates erzeugt. Die Letztgenannten umfassen nicht nur die Sozialversicherung, Wohlfahrtszahlungen und Einkommensübertragungen, sondern auch Gesundheits- und Wohlfahrtsdienste. Wenn Systeme der sozialen Sicherheit gut gestaltet sind, unterstützen sie Gesundheit, Wohlfahrt und Wohlstand durch Verminderung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit oder Arbeitslosigkeit. Forschung zeigt, dass soziale Sicherheit besonders vorteilhaft für diejenigen mit niedrigeren Bildungsniveaus und kleineren Einkommen ist. Gut gestaltete Arbeitslosenunterstützungen sind sowohl für die Gesundheit der Arbeitnehmer als auch der Arbeitslosen wichtig (1, 2).

Ungleichheiten bei der Gesundheit bestehen auch weiterhin in der EU und sie ergeben jedes Jahr eine große Zahl vermeidbarer Fälle von schlechter Gesundheit und verfrühtem Tod. Die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Lebensbedingungen während des Lebenslaufs ist ein Hauptgrund dieser Ungleichheiten bei der Gesundheit. Die Art, wie Gesellschaften aufgebaut sind, insbesondere der Grad, bis zu dem sie Menschen mit geringen Ressourcen unterstützen, sind bei der Festlegung des Ausmaßes der gesundheitlichen Ungleichheiten äußerst wichtig (3). Im DRIVERS Projekt wurde untersucht, wie und warum soziale Sicherheit mit gesundheitlichen Ungleichheiten zusammenhängt (2, 4-6).

### Lösungen

Welche Aspekte der sozialen Sicherheit sind für den Schutz der Gesundheit wesentlich? Höhere Niveaus der Sozialausgaben sind im Allgemeinen mit besserer Gesundheit und kleineren Ungleichheiten verbunden (7), aber die Forschung von DRIVERS geht weiter und macht Vorschläge zur Priorisierung von Ausgaben.

**Abbildung: Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten von guter Gesundheit bei Personen mit primärer und tertiärer Bildung in Ländern mit hoher Abdeckung entlang Werten der Arbeitslosigkeit und Ersatzraten<sup>2</sup>.**



Zumindest in Bezug auf die Arbeitslosenversicherung zeigen die Ergebnisse, dass der *Deckungsgrad* (der Anteil von denjenigen im Arbeitsmarkt, die von der Versicherung abgedeckt sind) ausschlaggebend ist: Je höher der Deckungsgrad ist, desto niedriger ist das Risiko von Menschen mit geringerer Bildung unter schlechter Gesundheit zu leiden (4). Wenn über 90% der erwerbstätigen Bevölkerung abgedeckt, also versichert ist, hängt eine höhere *Ersatzrate* (das Niveau der erhaltenen Leistungen) stark mit besserer Gesundheit zusammen, besonders bei Menschen mit niedrigerer Bildung. Dies ist nicht der Fall, wenn die Deckungsgrade unter 90% liegen (2).

Dies bedeutet, dass

1 Länder mit einem geringen Deckungsgrad einen vollständigen oder fast vollständigen (90% oder höher) Deckungsgrad anstreben sollten.

2 Länder eine Erhöhung der Ersatzrate anstreben sollten, sobald ein fast vollständiger Deckungsgrad erreicht ist.

Soziale Sicherheit besteht jedoch aus mehr als nur Arbeitslosenversicherung. Es besteht die Notwendigkeit, vor verschiedenen Risikoarten zu schützen, zum Beispiel durch finanzielle Unterstützung und qualitativ hochwertige Sozialhilfedienste. Besondere Aufmerksamkeit muss denjenigen gewidmet werden, die einem Risiko der Marginalisierung ausgesetzt sind. Eine Möglichkeit, dies zu tun, ist eine Erhöhung der niedrigsten Einkommen (5). Eine andere besteht darin, zu gewährleisten, dass sinnvolle aktive Arbeitsmarktpolitiken eingerichtet sind, um die Rückkehr von Menschen in den Arbeitsmarkt zu unterstützen (8). Die Bereitstellung angemessener Leistungen und der freie Zugang zum Arbeitsmarkt sind Schlüsselmerkmale gut konzipierter sozialer Sicherungssysteme.

Und schließlich deuteten Fallstudien, die als Teil von DRIVERS durchgeführt wurden, auf zusätzliche Merkmale der sozialen Sicherheit hin, welche Aufmerksamkeit erfordern. Diese umfassen Folgende: 1) Es Menschen zu ermöglichen, Zugang zu ihren Rechten und Ansprüchen zu bekommen und diese zu erhalten, 2) Die Bereitstellung von integrierter Unterstützung, um Einzelnen mit komplexen Bedürfnissen zu helfen, 3) Die Mitarbeiter in vorderster Front mit den Mitteln zu versorgen, die für die korrekte Behandlung ihrer Klienten erforderlich sind (9).

### Handlungsmöglichkeiten

Soziale Sicherheit ist hauptsächlich eine nationale Zuständigkeit. Ausgaben und Effektivität werden gegenwärtig jedoch als Teil der EU-Steuerüberwachungsmechanismen genau bewertet, womit sich zunehmend Handlungsmöglichkeiten auf europäischer Ebene ergeben:

- Europa 2020, die Zehn-Jahres-Wachstums- und Arbeitsplatz-Strategie der Europäischen Union, die im Jahre 2010 von allen Mitgliedstaaten vereinbart wurde, sagt aus, dass *„Leistungssysteme sich auf die Gewährleistung der Einkommenssicherheit in Übergangsperioden und die Verminderung der Armut konzentrieren sollten“*, wobei die *Armutsbekämpfung als eines der Hauptziele bezeichnet wird* (10).
- Die neue Kommissarin für Beschäftigung & Soziale Angelegenheiten, Marianne Thyssen, versprach *„zu gewährleisten, dass das Europäische Semester Beschäftigung und soziale Angelegenheiten gleichrangig mit makroökonomischen Themen behandelt“* (11). Der Ausschuss für Sozialschutz und andere sollten gewährleisten, dass die Liste sozialer Indikatoren bei der Überwachung der sozialen Bedingungen und bei der Vergabe landesspezifischer Empfehlungen vollständig berücksichtigt wird (12). Darüber hinaus - wie in den von DRIVERS durchgeführten Untersuchungen gezeigt - müssen die Allgemeingültigkeit der sozialen Sicherheit und Probleme der Chancengleichheit bei der Gesundheit im Semester-Prozess berücksichtigt werden.

- Das Soziale Investitionspaket verlangt die Entwicklung eines Plans für angemessenes Mindesteinkommen, der durch qualitativ hochwertige Dienstleistungen komplementiert wird. Dies folgt aus der Empfehlung der ‚aktiven Inklusion‘, welche die entscheidende Rolle der Unterstützung angemessenen Einkommens als die erste Säule einer integrierten Vorgehensweise zur Bekämpfung der Armut unterstrich.
- Die Debatte über einen EU-weiten ‚automatischen Stabilisator‘ der Arbeitslosenversicherung zur Verbesserung der Wirtschaftsunion hält an (13); wenn umgesetzt, könnte er im Hinblick auf die Unterstützung der Verminderung der Ungleichheiten bei der Gesundheit gestaltet werden.
- Nationale Unterzeichner der Sozialschutz-Plenarsaal-Empfehlung der Internationalen Arbeitskonferenz (International Labour Conference Social Protection Floors Recommendation, 2012 Nr. 202) sollten daran gehen, relevante Reformen umzusetzen, um angemessenen sozialen Schutz zu gewährleisten (14).
- Horizont2020-finanzierte Aktivitäten sollten Daten über institutionelle Vereinbarungen, Sozialausgaben und individuellen Lebensbedingungen in allen Ländern Europas verfügbar machen. Die Aktivitäten sollten sich auf Chancengleichheit bei der Gesundheit konzentrieren und Länder in den Fokus nehmen, in denen der Handlungsbedarf akut, die Evidenzlage jedoch schwach ist.

### Anmerkungen

Dieser Schriftsatz beruht auf einem Dokument, das vom DRIVERS-Projekt erstellt wurde (15). DRIVERS wird von EuroHealthNet koordiniert und hat Förderung aus dem Siebten Rahmenprogramm der Europäischen Union (FP7/2007-2013) unter der Fördernummer 278350 erhalten.

### Literatur

1. Ferrarini T, Sjöberg O. Social policy and health: transition countries in a comparative perspective. [Sozialpolitik und Gesundheit: Übergangsländer in einer vergleichenden Perspektive.] *Int J Soc Welfare*. 2010(19):60-88.
2. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits [Aufschließen der Wirkung von Sozialpolitiken auf die Bevölkerungsgesundheit und Ungleichheiten: Ein empirisches Beispiel von Arbeitslosenunterstützungen.] *Scand J Public Health*. 2014;42(7):635-42.
3. Lundberg O, Åberg Yngwe M, Stjerne MK, Elstad JI, Ferrarini T, Kangas O, et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. [Die Rolle von Wohlfahrtsstaat-Prinzipien und der Freigebigkeit bei Sozialpolitik-Programmen für die öffentliche Gesundheit: Eine internationale, vergleichende Studie.] *Lancet*. 2008;372(9650):1633-40.
4. Ferrarini T, Nelson K, and Sjöberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. [Arbeitslosenversicherung und sich verschlechternde Selbsteinschätzung der Gesundheit in 23 Ländern Europas.] *JECH*. 2014; Online First, veröffentlicht am 10. März 2014 als 10.1136/jech-2013-203721.
5. Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality. [Wohlfahrtsstaaten und öffentliche Gesundheit: Die Rolle von Mindesteinkommensleistungen für die Sterblichkeit.] *Soc Sci Med*. 2014(112):63-71.

6. Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. [Die Aufgabe des Wohlfahrtsstaates verstehen – Eigenschaften für die Gesundheit und Ungleichheiten - eine analytische Überprüfung.] BMC Public Health. 2013;13:1234.
7. Dahl E, van der Wel KA. Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. [Bildungsungleichheiten bei der Gesundheit in europäischen Wohlfahrtsstaaten: Ein Sozialausgaben-Ansatz.] Soc Sci Med. 2013;81:60-9.
8. Lunau T, Wahrendorf M, Dragano N, Siegrist J. Work stress and depressive symptoms in older employees: impact of national labour and social policies. [Arbeitsstress und depressive Symptome bei älteren Arbeitnehmern: Auswirkungen nationaler Arbeits- und Sozialpolitiken.] BMC Public Health. 2013;13(1):1086.
9. McHardy F, with Lundberg O. Report on Income and Social Protection for the EU DRIVERS project. Synthesis of case study evidence compiled by European Anti-Poverty Network. [Bericht über Einkommen und Sozialschutz für das EU DRIVERS Projekt. Synthese von Fallstudienbelegen, zusammengestellt vom „Europäischen Netzwerk gegen Armut“.] August 2014, EAPN und CHES.
10. Siehe [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm).
11. Siehe [http://europa.eu/rapid/press-release\\_SPEECH-14-2000\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-14-2000_en.htm).
12. Siehe [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-13-837\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-837_en.htm) & [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm).
13. Siehe zum Beispiel Präsentationen, die für einen neueren Event vorbereitet wurden, in dem das Thema untersucht wurde: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=992&moreDocuments=yes&tableName=events&typeld=92>.
14. Siehe zum Beispiel <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=1321>.
15. Drivers für Chancengleichheit bei der Gesundheit (2012—2015). 7. Rahmenprogramm. Erhältlich von: <http://health-gradient.eu/>.