

Die europäischen Perspektiven des Wohlfahrtsstaates

In diesem Abschnitt sollen die Notwendigkeit einer Re-Regulierung des Wohlfahrtsstaates auf der europäischen Ebene begründet, vorhandene Steuerungskonzepte kritisch überprüft und ein alternativer Ansatz zur Koordinierung der wohlfahrtsstaatlichen Politiken auf EU-Ebene vorgestellt werden.

Die Argumentation ist in vier Schritte gegliedert: zunächst werden die Grundlinien der Reform der Wohlfahrtsstaaten (WFS) in den Sektoren Altersrenten, Arbeitslosenversicherung und Gesundheitsversorgung dargestellt. Es zeigt sich, dass aufgrund der Vorherrschaft des neoliberalen Paradigmas und gemeinsamer Problemlagen konvergente Reformstrategien zu einem Rückbau der Wohlfahrtsstaaten in Europa geführt haben. In einem zweiten Schritt wird die Entwicklung der Sozialleistungsquoten in der EU-27 untersucht. Weit überwiegend sind die Reformen der wohlfahrtsstaatlichen Politiken auch von einem Rückgang der Sozialleistungsquoten begleitet worden. Allerdings vollzog sich dieser quantitative Rückbau in der EU ungleichmäßig. Einige Staaten scheinen sich im europäischen System der Wettbewerbsstaaten durch einen überdurchschnittlichen Abbau der Sozialleistungsquoten Standortvorteile verschaffen zu wollen. Die vorhandenen Politikinstrumente der EU (Methode der offenen Koordinierung, Mindeststandards) – das ist der Gegenstand des dritten Teils der Analyse – sind nicht ausreichend, um derartigen Sozialdumpingstrategien einen Riegel vorschieben zu können. Gefragt sind deshalb härtere europäische Regulierungskonzepte. Im abschließenden Kapitel wird ein möglicher alternativer Regulierungsansatz für die WFS in der EU – das Korridormodell – vorgestellt.

1 Grundlinien der Reformen der Wohlfahrtsstaaten in der EU

Im Folgenden werden die Grundzüge der Reform der wohlfahrtsstaatlichen Politiken in den Bereichen Altersrenten, Arbeitslosenversicherung und Gesundheitsversorgung skizziert. Im Rückbau der nationalen WFS offenbaren sich eine Menge von Konvergenzen, die auch zu Angleichungen der Systemstrukturen führen. Allerdings ist der Gesundheitssektor trotz konvergenter Reformpolitiken nach wie vor einer Divergenz der Systemstrukturen geprägt.

1.1 Die Reform der Alterssicherungssysteme

Eine Untersuchung der Rentenreformen in exemplarischen EU-Staaten (Schweden, Großbritannien, Italien, Deutschland, Polen, Ungarn) zeigt, dass eine deutliche Tendenz zur Konvergenz der Systeme besteht.

Dies gilt zum einen für die Struktur der Systeme mit der Herausbildung des Drei-Säulen-Modells. In Großbritannien war dieses Modell bereits vor Beginn der Reformen stark ausgeprägt, während in Schweden, Italien und Deutschland die erste Säule dominierte. Diese drei Länder streben jetzt jedoch ebenfalls einen Policy-Mix aus staatlicher Versicherung und ergänzenden betrieblichen und privaten Systemen der Vorsorge mit Kapitaldeckung an. In den mittel- und osteuropäischen Staaten (MOEL) waren Polen, Ungarn und Lettland die Vorreiter bei der Einführung des Drei-Säulen-Modells. Die Slowakei, Litauen und Estland sind diesem Beispiel inzwischen gefolgt.

Zum anderen ist auch bei den Modalitäten der Rentenleistung eine deutliche Annäherung zu beobachten. Hier sind die Erhöhung des Renteneintrittsalters, die Verschärfung der Eintrittsvoraussetzungen, die Gleichstellung von Mann und Frau und der Abbau von Umverteilungsmechanismen zu nennen. In der Umlagefinanzierung wird zunehmend das System der Leistungsorientierung (Defined Benefit Scheme, DB) verlassen und das System der Beitragsorientie-

rung (Defined Contribution Scheme, DC) eingeführt. Mit dieser Annäherung an versicherungsmathematische Modelle werden die Umverteilungsstrukturen in den Rentensystemen stark reduziert. Mit der Einführung des sogenannten Notional Defined Contribution Schemes (NDC) sind Schweden, Italien, Polen und Lettland hier die radikalsten Vorreiter.

Zum dritten ist eine Konvergenz in der Finanzierung der Rentensysteme auszumachen. Hier verfestigt sich das Prinzip der Mischfinanzierung aus Steuern und Beiträgen. Großbritannien ist zur Bezuschussung der ersten Säule durch Steuern zurückgekehrt, in Deutschland und Italien spielen die Transfers aus dem Staatshaushalt eine große Rolle und auch in Schweden wird die erste Säule mischfinanziert, wobei die Beiträge jetzt nicht mehr nur von den Arbeitgebern, sondern paritätisch erhoben werden. Auch in den MOEL bedürfen die unterausgestatteten, beitragsfinanzierten ersten Säulen der Alimentierung durch den Staatshaushalt.

Alles in allem kann damit bei der Struktur der Rentensysteme, ihrer Finanzierung und den Modalitäten der Rentenleistungen von einer Auflösung der traditionellen Modelle, einer Konvergenz in der Vermischung der Modelle gesprochen werden. Die vielfach anzutreffende Unterscheidung zwischen einem liberalen (Großbritannien), sozialdemokratischen (Schweden) und konservativen (Deutschland) Modell der Wohlfahrtsstaaten lässt sich bei den Altersrentensystemen der EU-15 kaum noch wiederfinden.

Für die MOEL ist ebenfalls ein deutlicher Konvergenzprozess zur Vermischung der Systeme beobachten. Das Drei-Säulen-Modell, der Abbau von Umverteilungsmechanismen, die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters und eine Reduktion des Leistungsniveaus sind in diesen Staaten fast ausnahmslos anzutreffen.

Für diese Konvergenzen sind mehrere Faktoren verantwortlich:

Überall in Europa setzt die demographische Entwicklung, der starke Anstieg der systemischen Abhängigkeitsraten, die Umlagesysteme unter Druck. In vielen

Ländern werden die finanziellen Zwänge durch niedrige Beschäftigungsraten verstärkt. In zahlreichen Staaten setzen darüber hinaus hohe Staatsschulden der Alimentierung der beitragsfinanzierten Umlagesysteme aus öffentlichen Haushalten enge Grenzen. Eine Abfederung der finanziellen Belastungen, die sich aus diesen Entwicklungen für die erste, umlagefinanzierte Rentensäule ergeben, durch den Aus- und Aufbau kapitalfundierter zweiter und dritter Säulen ist von daher in den EU-Staaten fast durchgängig zu beobachten.

Diese objektiven Zwänge erklären jedoch nicht die neoliberale Ausrichtung der Reformpolitiken. Die Tendenz, die erste Säule von DB auf DC oder gar NDC umzubauen und damit Umverteilungsstrukturen immer stärker zu reduzieren, ergibt sich nicht zwingend aus den genannten Problemlagen. Diese Ausrichtung der Reformpolitiken resultiert vielmehr aus einem grundlegenden Wandel der Gesellschafts- und Wirtschaftspolitik, der sich in den 1980er Jahren immer mehr durchgesetzt hat. In dieser Zeit begann die Ablösung des keynesianischen durch das neoliberale Akkumulationsregime. Politiken des sozialen Ausgleichs, staatliche Umteilungspolitiken im Steuersystem oder in den sozialen Sicherungssystemen gelten seitdem als unberechtigte Eingriffe in den Marktprozess, als Verletzung des Leistungsprinzips, als Unterhöhlung von ökonomischen Anreizsystemen und damit als Unterminierung der Wachstumskräfte. Aufgrund dieses fundamentalen Wandels des gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Leitbildes haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten in allen Politikfeldern, der Lohn-, der Steuer-, der Arbeitsmarkt- und der Sozialpolitik, liberale Grundwerte immer stärker durchgesetzt. In der Rentenpolitik hat dieser Wandel zu einer Re-Kommodifizierung, zu einem Abbau der Leistungen und zu einer Reduktion von Umverteilungsstrukturen in der Umlagefinanzierung geführt.

Dieser alle europäischen Staaten überwölbende Wandel ist in den MOEL noch ausgeprägter als in vielen Staaten der EU-15. Die Stigmatisierung des Sozialismus hat dazu geführt, dass im Zuge der Transformation vom realen Sozialismus zur kapitalistischen Marktwirtschaft der Neoliberalismus in vielen MOEL in

noch stärkerem Maße Einzug gehalten hat als in der alten EU. Das „neue“ Europa orientiert sich an Großbritannien und den USA, also an den Mutterländern des Liberalismus. Die „Sozialpolitik“ wird von zahlreichen politischen Strömungen in den MOEL mit „Sozialismus“ konnotiert. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass in den MOEL die Rentenreformen – mit der Ausnahme Tschechiens und Sloweniens – eine noch stärkere neoliberale Ausrichtung erfahren haben als in den Staaten Westeuropas.

1.2 Die Reform der Arbeitslosenversicherungen

Eine ähnliche Tendenz ist in der Entwicklung der Arbeitslosenversicherungen zu registrieren. Im Westen wie im Osten haben die Phasen hoher Arbeitslosigkeit in Kombination mit dem Vormarsch angebotsorientierter Wirtschaftsphilosophien, wonach die Arbeitslosigkeit vor allem auf die mangelnde Flexibilität auf den Arbeitsmärkten sowie üppige staatliche Einkommensersatzsysteme zurückzuführen ist, die Versicherungssysteme zunehmend ausgehöhlt. Fast überall sind die Leistungsvoraussetzungen verschärft, Leistungszeiten verkürzt und die Lohnersatzraten reduziert worden. Das soziale Netz ist weitmaschiger geworden. Die Arbeitslosen sollen auf diese Weise „motiviert“ werden, sich zu „aktivieren“, ihre Arbeitskraft zu niedrigeren Löhnen und längeren Arbeitszeiten zu Markte zu tragen. Auch in diesem Teil der sozialen Sicherungssysteme ist wie in der Rentenpolitik im Osten und im Westen Europas die Re-Kommodifizierungstendenz unübersehbar. Auch in diesem Bereich sind die Reformen im Osten häufig radikaler als im Westen.

1.3 Die Reformen in der Gesundheitsversorgung

Im Gesundheitssektor ergibt sich dagegen bislang ein differenzierteres Bild. Die Reformen werden zwar in Ost und West von denselben demographischen und

finanziellen Zwängen angetrieben, vollziehen sich aber anders als im Renten- und Arbeitslosenversicherungssektor pfadabhängiger, bleiben gegebenen Strukturen stärker verhaftet, sind insgesamt weniger radikal.

Allerdings ist in den MOEL im Zuge des Transformationsprozesses zunächst mit den ererbten staatlichen, realsozialistischen Systemen insofern gebrochen worden, als diese in beitragsfinanzierte Versicherungssysteme überführt wurden. Statt sich an den staatlichen National Health Systemen (NHS) des Westens (Großbritannien, Dänemark, Schweden) zu orientieren – was nahegelegen hätte –, haben alle MOEL den Übergang zu Social Health Insurance Systemen (SHI) gewählt. Unter dem Aspekt der Kostenbelastung der Wirtschaft und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit war dieses eine problematische Wahl, sind doch die Ausgaben in Relation zum BIP in NHS-Staaten geringer als in SHI-Staaten, versuchen doch gerade die SHI-Länder im Westen den Beitrag des Staates an der Finanzierung des Gesundheitssektors zu steigern. Auch bei dieser Richtungsentscheidung zu Gunsten des SHI-Systems hat in den MOEL sicherlich der politische Wille eine ausschlaggebende Rolle gespielt, Gesundheitssysteme aufzubauen, welche die größtmögliche Distanz zur Periode des realen Sozialismus aufweisen.

Die Analyse der Entwicklung des Gesundheitssektors in den MOEL zeigt jedoch, dass sich in diesem Bereich der Wandel langsamer vollzieht als im Rentensektor und der Arbeitslosenversicherung. Die Spuren des alten Regimes sind im Gesundheitssektor in Form der nach wie vor bestehenden zentralen Rolle der öffentlichen Krankenhäuser, des Fortlebens des Systems der informellen Zuzahlungen, der Unterfinanzierung dieses Sektors, der schlechten Bezahlung der Ärzte und des unterdurchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung deutlich sichtbar.

Auch in den Staaten der EU-15 sind die Reformen im Gesundheitssektor pfadabhängiger als in der Renten- und in der Arbeitsmarktpolitik. Lässt sich diese geringe Radikalität der Gesundheitsreformen im Westen aus der großen Kom-

plexität des Sektors mit seinen vielen Veto-Playern verstehen, ist eine solche Erklärung für den Osten weniger überzeugend, da diese große Zahl an Veto-Playern durch den Prozess der Privatisierung und Liberalisierung gerade erst im Entstehen begriffen ist. Möglicherweise ist die Zögerlichkeit beim Übergang von staatlichen zu privaten Strukturen im Gesundheitssektor der MOEL schlicht eine Frage der finanziellen Schranken. Aufgrund ihres geringeren Durchschnittseinkommens können diese Staaten nur einen wesentlich geringeren Teil ihres BIP für die Gesundheitsausgaben verwenden als der höher entwickelte Westen. Ein modernes Gesundheitssystem erfordert aber einen hohen Einsatz an materiellen Ressourcen, und dies gilt erst recht, wenn dieses Gesundheitssystem den Kriterien der Marktwirtschaft gehorchen soll, mit entsprechenden Erwartungen an die Rentabilität von Krankenhausinvestitionen und an das Einkommen für hochqualifiziertes Fachpersonal. Erst im Zuge des ökonomischen Aufholprozesses der MOEL wird ein Gesundheitssektor westeuropäischen Zuschnitts entstehen können. Dieser Prozess kostet Zeit. Bis zu seinem Abschluss werden deshalb die Schatten der Vergangenheit mit unterausgestatteten staatlichen Krankenhäusern, schlecht bezahlten Ärzten und korrupten Finanzmechanismen noch lange sichtbar sein.

Trotz dieser strukturellen Divergenzen in den Gesundheitssektoren in Ost und West, die sich aus dem unterschiedlichen ökonomischen Entwicklungsniveaus ergeben, können wir im Rahmen der Reformpolitiken in den östlichen und den westlichen SHI-Staaten eine Reihe von Konvergenzen beobachten. Da die Auslöser dieser Reformen in den gemeinsamen demographischen und finanziellen Belastungen zu suchen sind und der Neoliberalismus das dominierende gesellschaftspolitische Umfeld bildet, sind auch die Reformmaßnahmen bis in viele Details identisch. Dies gilt insbesondere für folgende Reformschritte:

- * Einschränkung der Leistungskataloge,
- * Budgetierung von Leistungen,
- * Ausbau und Erhöhung von Selbst- und Zuzahlungen,

- * Reduktion der Krankenhausbetten pro Einwohner,
- * Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern,
- * Einführung neuer Honorierungsformen für Ärzte und Krankenhäuser, insbesondere die Einführung von Fallpauschalen,
- * Übertragung der Rolle der „gatekeeper“ auf die Hausärzte (Primärärzte), vielfach in Verbindung mit dem System der „integrated care“.

Diese Konvergenz in der Reformpolitik ist systemübergreifend, also sowohl in den SHI-Staaten als auch in den NHS-Staaten zu beobachten. Trotz dieser starken Konvergenzprozesse im Zuge der Gesundheitsreformen, bestehen allerdings zwischen den NHS- und den SHI-Ländern nach wie vor große Unterschiede. Dies betrifft die relative Höhe der Gesundheitsausgaben, die in den staatlich kontrollierten Systemen im Mittel niedriger sind als in den SHI-Ländern, bezieht sich auf die sehr unterschiedliche Bedeutung der Krankenhäuser im Gesundheitssystem sowie die relativen Bettenzahlen und mittleren Verweilzeiten im stationären Bereich. Auch in der Organisation des Facharztsystems weichen die NHS- und den SHI-Länder zumeist stark voneinander ab. In den staatlichen Systemen sind die Fachärzte überwiegend in den Krankenhäusern angestellt, eine Organisationsform, die erheblich zur Reduktion der Ausgaben beiträgt. In den SHI-Ländern sind die Fachärzte dagegen private Unternehmer, denen es erfolgreich gelingt, sich große Teile der finanziellen Ressourcen des Systems anzueignen.

Insgesamt können wir damit in der EU in der Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten ein hohes Maß an Konvergenz feststellen. In der Renten- und Arbeitsmarktpolitik sind die Ähnlichkeiten in der Reformpolitik und der Systementwicklung besonders stark ausgeprägt, und dies gilt für West- wie Osteuropa. Der Wandel ist in diesen Sektoren eher radikal, mit vorhandenen Strukturen wird vielfach gebrochen. In der Gesundheitspolitik ist in der Reformpolitik, unabhängig von der Unterscheidung in NHS- und SHI-Länder, eine starke Verwandtschaft zu

beobachten. Allerdings bleiben zwischen beiden Systemtypen größere Unterschiede bestehen. Darüber hinaus sind zwischen West- und Osteuropa aufgrund des materiellen Entwicklungsgefälles bislang noch größere strukturelle Divergenzen vorhanden. Der Wandel ist in diesem Sektor in Ost und West vorsichtiger, eher pfadabhängig.

2 Die Entwicklung der Sozialleistungsquoten in der EU

Im ersten Kapitel ist deutlich geworden, dass durchgängig in Europa eine Tendenz zur Re-Kommodifizierung, zum Abbau der Wohlfahrtsstaaten zu beobachten ist. In welcher Weise sich dieser qualitative Wandel der WFS in der Entwicklung der Sozialleistungsquoten niedergeschlagen hat und inwieweit hier Konvergenzen bzw. Divergenzen zu registrieren sind, soll in diesem zweiten Kapitel näher betrachtet werden.

Tabelle 1: Sozialleistungsquote in % des BIP, EU-15

Quelle: European Economy, autumn 2006
Sozialleistungsquote als Summe der monetären und nicht monetären Sozialleistungen – vgl. ESA 95

	BE	DE	EL	ES	FR	IE	IT	LU	NL	AT	PT	FI	DK	SE	UK
1990	28	24,1	19,4	:	29,3	21,1	:	21,3	29,6	28,7	17,3	28,6	33,5	:	22,7
1991	28,8	25,6	18,9	:	30,1	22,2	:	21,8	29,4	28,7	18,7	34	34	:	25,5
1992	29,2	26,8	19,1	:	30,7	23,1	:	22,4	30,1	29,4	19,1	38,2	34,9	:	27,3
1993	29,6	27,8	20,3	:	32,4	23,1	:	22,9	30,2	31,4	20,8	38,8	36,6	42,5	27,4
1994	29,1	28,1	20,5	:	32,3	22,9	:	22,5	28,8	31,6	21,7	38,2	37	41,1	26,8
1995	29,2	28,7	21	:	32,4	21,5	26,7	23,5	27,7	31,5	21,6	36,2	36,5	39,1	26,4
1996	29,7	30,1	21,4	:	32,6	20,6	27	23,8	26,4	31,1	22,4	35,9	36,1	38,6	25,9
1997	29,1	29,9	21,9	:	32,6	19,5	27,7	24,1	25,4	30,3	21,8	33,5	34,8	37,5	25,1
1998	28,9	29,6	21,7	:	32	18,2	27,3	23,6	24,6	30	21,8	31,6	34,8	37,6	24,3
1999	28,6	29,5	21,8	:	32,1	17,1	27,5	22,8	24,1	30	22,6	31	34,3	36,9	23,9
2000	28	29,3	22,1	:	31,4	16,7	27,2	22	23,3	29,6	23,3	29,1	33,4	35,3	23,6
2001	28,6	29,6	22,8	:	31,5	17,7	27,4	23,5	23,4	29,5	23,9	29	33,9	35,9	24,5
2002	29,3	30,6	23,1	:	32,3	18,5	27,8	24,1	24,3	30	24,7	29,9	34,6	36,8	25
2003	30	31,1	24,4	:	32,9	18,8	28,2	25	25,1	30,4	26,3	30,8	35,4	37,9	25,6
2004	29,9	30,3	23,8	:	33	19,4	28,4	25,3	25,1	30	26,9	30,9	35,4	37,1	25,9
2005	30,1	30,2	23,8	:	33,4	20,1	29	25	24,6	29,7	27,8	30,9	34,3	36,7	26,3
2006	29,8	29,7	23,1	22,2	33,2	20,5	29	24,6	25,3	29,4	28	30,1	33,7	36	26,6

Tabelle 2: Sozialleistungsquote in % des BIP, MOEL-10

Quelle: European Economy, autumn 2006
 Sozialleistungsquote als Summe der monetären und nicht monetären Sozialleistungen – vgl. ESA 95

	SI	CZ	EE	LV	LT	HU	PL	SK
1995	:	21,6	24,8	25	20,2	27,6	28,3	16,4
1996	:	21,8	23,7	24,8	20,8	25	28	22
1997	:	22,4	21,7	22,6	21,3	23,8	27,5	23,7
1998	:	21,9	20,1	24,1	22,8	24,4	26,4	24
1999	:	22,4	21,8	25,6	24,7	24,3	27	22,2
2000	28,4	22,6	20,3	22,9	22,4	23,2	26,3	21
2001	28,8	22,7	19,3	21,2	22,4	23,5	27,5	20,6
2002	28,9	23,7	18,9	20,4	20,8	25	27,3	20,3
2003	28,8	23,7	19	19,7	19,8	26,5	27,5	19,1
2004	28,2	23,1	19,6	18,5	19,4	26,3	26,1	17,7
2005	28,1	22,7	18,7	17,3	18,6	27,1	26	18,4
2006	28,2	22,5	17,9	17,8	18,4	27,6	25,4	18,6

In den Tabellen 1 und 2 sind die Daten für die Entwicklung der Sozialleistungsquoten in den Staaten der EU-15 von 1990 bis 2006 und in den neuen EU-Mitgliedstaaten in Mittel- und Osteuropa von 1995 bis 2006 dargestellt.

Dabei sind folgende empirische Trends in der Entwicklung der Sozialleistungsquoten zu beobachten:

- * Die Sozialleistungsquoten variieren in der EU mit den ökonomischen Entwicklungsniveaus. Je höher das Pro-Kopf-Einkommen eines Landes, desto größer ist die Sozialleistungsquote. Die Staaten geben also mit wachsendem Wohlstand nicht nur absolut, sondern auch relativ mehr für die soziale Sicherheit aus.
- * Dass dies jedoch kein linearer Prozess ist, zeigen die Daten für Finnland, Schweden, Dänemark und die Niederlande. In diesen Ländern sind die Sozialleistungsquoten von Mitte der 1990er Jahre bis 2006 um mehrere Prozentpunkte deutlich gesunken.
- * Einige EU-15-Staaten mit einem niedrigeren Entwicklungsniveau, aber überdurchschnittlichen Wachstumsraten (Portugal, Griechenland) haben auch ihren Wohlfahrtsstaat mit überdurchschnittlichen Raten ausgebaut.

Andere, wie Irland und Spanien, haben dagegen den sozialen Fortschritt nicht mit dem ökonomischen Schritt halten lassen, ihre Quoten sind zurückgegangen. Allerdings zeigt sich am aktuellen Rand eine deutliche „Erholung“ der Werte Irlands.

- * Die Daten für die MOEL sind bis Mitte der 1990er Jahre sicherlich durch die Transformationskrise verzerrt. Seitdem ergibt sich eine Dreiteilung der Länder. Ungarn hat als einziges Land parallel zum ökonomischen Aufholprozess gegenüber der EU-15 seine Sozialleistungsquote wieder gesteigert. In Tschechien, Slowenien und Polen ist in den letzten zehn Jahren eine weitgehende Konstanz der Quoten zu beobachten, d.h. der ökonomische Aufholprozess gegenüber der EU-15 hat nicht auch zur Anpassung der Sozialleistungsquoten nach oben geführt. Hier ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass Polen und Slowenien bezogen auf ihr ökonomisches Entwicklungsniveau überdurchschnittlich hohe Sozialleistungsquoten verzeichnen. Dagegen haben die drei baltischen Staaten, Estland, Lettland und Litauen, sowie die Slowakei die Sozialausgaben relativ zum BIP stark zurückgefahren, sie sind damit dem Beispiel Irlands und Spaniens gefolgt: eine überdurchschnittliche ökonomische Expansion wird von einer unterdurchschnittlichen Expansion des Wohlfahrtsstaates begleitet.
- * Deutschland beschreitet in diesem Umfeld einen Sonderweg. Sein starker Anstieg der Sozialleistungsquote ist vor allem darauf zurückzuführen, dass mit der deutschen Einheit in einer ökonomisch unterdurchschnittlich entwickelten Region (Ostdeutschland) das Wohlfahrtsniveau einer ökonomisch überdurchschnittlich entwickelten Region (Westdeutschland) eingeführt wurde.

Wenn die überdurchschnittlich entwickelten Wohlfahrtsstaaten (Finnland, Schweden, Dänemark, Niederlande) zurückgebaut werden, könnte dies - unter

Berücksichtigung ihres ökonomischen Entwicklungsniveaus und in komparativer Betrachtung - als „Normalisierung“ interpretiert werden. Allerdings gibt es im System der Wettbewerbsstaaten keine Garantie dafür, dass der Rückbauprozess gestoppt wird. Die Niederlande liegen bereits deutlich unter dem deutschen Niveau. Noch bedenklicher ist es, wenn Länder wie Spanien und Irland ihre Wohlfahrtsausgaben relativ zurückschrauben, um sich so Wettbewerbsvorteile im gemeinsamen Währungsraum zu verschaffen. Irlands enormer ökonomischer Aufholprozess in der EU ist auch darauf zurückzuführen, dass das Land seit 15 Jahren systematisch eine Politik des Lohn-, Steuer- und Sozialdumpings betrieben hat. Mit Blick auf die Daten Estlands, Lettlands, Litauens und der Slowakei seit dem Jahre 2000 stellt sich die Frage, ob auch diese MOEL den Weg des Sozialdumpings beschreiten wollen.

Insgesamt verdeutlicht die Entwicklung der Sozialleistungsquoten seit Mitte der 1990er Jahre, dass in vielen EU-Staaten (Schweden, Dänemark, Niederlande, Finnland, Großbritannien, Irland, Spanien, Estland, Lettland, Litauen, Slowakei) der Abbau des Wohlfahrtsstaates bereits in den Makrodaten erkennbar ist. Haupttreiber dieser Tendenzen sind die Reformen in den Renten- und den Gesundheitssystemen, auf die 70 bis 80 Prozent aller wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben entfallen.

Die Daten zeigen auch, dass ohne politische Interventionen der enge Zusammenhang zwischen ökonomischem und sozialem Fortschritt, der in der EU bis Mitte der 1990er Jahre vorhanden war, nicht per se aufrechterhalten werden kann. Ein Vertrauen auf die Bewahrung eines quasi automatischen Zusammenspiels im Sinne des Funktionalismus ist aufgrund der Empirie nicht gerechtfertigt.

Schließlich wird aufgrund der ungleichmäßigen Entwicklung der ökonomischen und sozialen Aufholprozesse (Griechenland/Portugal/Ungarn versus Irland/Spainien/Estland/Lettland/Litauen/Slowakei) deutlich, dass im System der

Wettbewerbsstaaten Praktiken des Sozialdumpings ins Spiel gebracht werden können.

Es ist damit eine Frage des politischen Willens, wie die Zukunft der europäischen Wohlfahrtsstaaten gestaltet wird. Soll der Wohlfahrtsstaat im neoliberalen Sinne weiterhin zurückgebaut werden, bildet das europäische System der Wettbewerbsstaaten einen idealen Nährboden. Soll dagegen die wohlfahrtsstaatliche Tradition der EU bewahrt werden, müssen Konzepte für eine europäische Regulierung der sozialen Sicherungssysteme entworfen und realisiert werden, muss ein politischer Bruch mit dem Regime der Wettbewerbsstaaten vollzogen werden.

3 Unterschiedliche Regulierungskonzepte für die wohlfahrtsstaatliche Politik in der EU – Mindeststandards, Sozialschlange, Methode der offenen Koordinierung (MOK)

Für die Regulierung der Wohlfahrtsstaaten auf der EU-Ebene liegen in Gestalt des Mindeststandardansatzes, der Sozialschlange und der MOK sehr unterschiedliche Konzepte vor. Diese drei Modelle werden in diesem Kapitel im Hinblick auf ihre Tauglichkeit diskutiert, das System der Wettbewerbsstaaten und damit Prozesse des Sozialdumpings einzudämmen. In Kapitel 4 wird dann ein alternativer Ansatz, das Korridormodell, vorgestellt.

3.1 Mindeststandards

Vielfach ist im Rahmen der Debatten über eine Regulierung der Wohlfahrtsstaaten der Gedanke anzutreffen, auf der europäischen Ebene sollten Mindeststandards für die sozialen Leistungen festgelegt werden. Dieses Konzept wäre akzeptabel, handelte es sich in der EU um eine ökonomisch weitgehend homogene Staatengruppe. Tatsächlich divergieren die Produktivitätsniveaus zwischen den

EU-Staaten erheblich, und diese Unterschiede haben seit den jüngsten Erweiterungsrunden wieder deutlich zugenommen. Vor diesem Hintergrund birgt das Modell der Mindestvorschriften für soziale Standards eine zweifache Gefahr in sich: Entweder missachten zu hohe Mindeststandards die ökonomische Leistungsfähigkeit der ärmeren EU-Staaten und gefährden damit deren Wettbewerbsfähigkeit oder die Mindestvorschriften sind so niedrig, dass sie wettbewerbsbedingte Abbauprozesse in den reicheren Staaten nicht verhindern können. Das Modell der Mindeststandards ist angesichts von Produktivitätsdifferenzen in der EU-27, die eine Spanne von 1 zu 4 erreichen, nicht geeignet, das System der Wettbewerbsstaaten zu überwinden. Sozialpolitische Mindeststandards auf dem Niveau Rumäniens oder Bulgariens sind für die höher entwickelten EU-Staaten absolut unbefriedigend. Sie sind auch nicht in der Lage, das Spiel des Sozialdumping zu unterbinden, das Staaten mit höherem Pro-Kopf-Einkommen betreiben könnten.

3.2 Sozialschlange

Michel Dispersyn und Pierre Van der Vorst haben 1989 einen Vorschlag zur Konvergenz der europäischen Sozialpolitik vorgelegt, das sie „Sozialschlange“ nennen. Dieses sieht für jede soziale Leistung die Festlegung eines mittleren EU-Niveaus vor. Staaten, deren Sozialausgaben von diesem Mittelwert nach oben abweichen (*l'écart positif*), sollen diese für eine gewisse Periode konstant halten oder steigern. Staaten mit einer negativen Abweichung (*l'écart négatif*) sollen ihre Sozialausgaben über eine bestimmte Periode erhöhen, so dass sich insgesamt auf EU-Ebene eine Konvergenz der Leistungen herausbilden würde. Die Staaten mit einer positiven Abweichung dürfen ihre Sozialleistungen nur steigern, wenn sie zusätzlich über einen Transfermechanismus eine gleichrangige Erhöhung der Leistung in den Staaten mit negativer Abweichung finanzieren. Droht in Staaten mit einer negativen Marge ein Abbau von Sozialleistungen, soll

dies über einen innereuropäischen Transfermechanismus verhindert werden (Dispersyn u.a. 1990 und 1992).

Dem Grundgedanken von Dispersyn und van der Vorst, à la longue eine Harmonisierung der wohlfahrtsstaatlichen Niveaus in der EU anzustreben, ist sicherlich zuzustimmen. Allerdings wollen beide Autoren diesen Weg dadurch beschleunigen, dass sie Finanztransfers aus den reicheren in die ärmeren EU-Staaten vorsehen. Angesichts des Entwicklungsgefälles in der EU-27 und der nach wie vor primär nationalen politischen Identität der Bürgerinnen und Bürger in der EU, fehlt für die Umsetzung dieses sympathischen Harmonisierungsgedanken wohl noch für lange Zeit jegliche politische Voraussetzung.

3.3 Methode der offenen Koordinierung (MOK)

Das Verfahren der offenen Koordinierung hat seine Wurzeln einerseits in der Ausgestaltung der Wirtschaftspolitik der Gemeinschaft (Vertrag von Maastricht), andererseits von der Umsetzung der gemeinsamen Beschäftigungspolitik (Vertrag von Amsterdam). Auf dem Gipfel von Lissabon (2000) wurde beschlossen, dieses Verfahren auch zur Bekämpfung der Armut und der sozialen Ausgrenzung einzusetzen. Im Jahre 2001 wurde der Anwendungsbereich der MOK in der Sozialpolitik noch weiter ausgedehnt: Das Verfahren der offenen Koordinierung gilt seitdem auch im Bereich der Rentenpolitik und im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege (Europäischer Rat (Stockholm) 2001; Europäischer Rat (Göteborg) 2001).

Aufgrund der Lissabonner Beschlüsse besteht die Methode der offenen Koordinierung im Wesentlichen aus vier Stufen:

- * der Verabschiedung europäischer Leitlinien mit gemeinsamen Zielen und Zeitplänen,
- * der Festlegung von Indikatoren und benchmarks zur Erreichung dieser Ziele,

- * der Verabschiedung nationaler und regionaler Aktionspläne zur Verwirklichung der Leitlinien und
- * der Einführung eines europäischen Systems der Überwachung und Evaluation, um einen Prozess des gegenseitigen Lernens zu ermöglichen (Europäischer Rat (Lissabon) 2000: 10).

Durch diese MOK nimmt die Union mittelbar Einfluss auf die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme in den Mitgliedstaaten. Grundsätzlich bleiben die Kompetenzen der Staaten unberührt, aber durch ein „management by objectives“, durch den Informationsaustausch, durch die Festlegung von benchmarks und best practices entsteht eine Kooperation zwischen den Staaten der EU, die zu einer gewissen Konvergenz in den nationalen Sozialpolitiken beitragen könnten.

Inzwischen liegen nun einige Jahre der Erfahrung mit diesem neuen Steuerungsinstrument vor. In der Renten- und Armutspolitik ist der beschriebene vierstufige Prozess bereits mehrfach durchlaufen worden, in der Gesundheitspolitik steckt die MOK dagegen noch in den Kinderschuhen. Die MOK hat in genannten Politikfeldern zu einer Intensivierung des Erfahrungsaustausches zwischen den EU-Staaten geführt. In vielerlei Hinsicht liegen heute wesentlich mehr quantitative Informationen über die Entwicklung der Renten und der Armut vor, welche die komparative Beurteilung der nationalen Renten- und Armutpolitiken wesentlich verbessert haben. Im Bereich der Gesundheitspolitik wird die Umsetzung der MOK ähnliche Fortschritte bewirken können. Auch hier ist eine Verbesserung der Kenntnisse und Informationen über die Reformpolitiken der einzelnen Staaten gerade im Vergleich zwischen den NHS- und SHI-Ländern von großer Bedeutung.

So sinnvoll die MOK unter den genannten Aspekten ist, so sehr muss aber auch betont werden, dass diese neue Steuerungsmethode im Vergleich zur Gemeinschaftsmethode erhebliche Defizite hat und im Bereich der Sozialpolitik aufgrund ihrer Einbettung in übergeordnete wirtschaftspolitische Vorgaben (mak-

roökonomische Zielvorgaben, Stabilitätspakt) sowie in das System der Wettbewerbsstaaten starken Einschränkungen unterworfen ist.

Im Hinblick auf unsere Fragestellung, der Entwicklung von regulativen europäischen Konzepten zur Eindämmung von Praktiken des Sozialstaatsabbaus und des Sozialdumpings, kann der MOK kein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Im Rahmen dieser weichen Steuerungsmethode können den Nationalstaaten keine verbindlichen Vorgaben für die Entwicklung ihrer wohlfahrtsstaatlichen Politik gemacht werden. Die Umsetzung von Empfehlungen, die gegeben werden könnten, unterliegt allein dem Wohlwollen der nationalen Regierungen. Sanktionen sind, anders als etwa im Stabilitäts- und Wachstumspakt, nicht vorgesehen, sie sind der Methode der offenen Koordinierung wesensfremd. Dieses Verfahren beschränkt sich auf die Hoffnung, durch die Benennung von Unzulänglichkeiten in einzelnen Staaten einen Handlungsdruck zu erzeugen. Sisson, Arrowsmith und Marginson bezeichnen diese potentielle Wirkung der MOK als „naming and shaming“ (Sisson/Arrowsmith/Marginson 2002: 19).

Die Methode der offenen Koordinierung ist weder quantitativ noch qualitativ ausreichend, um eine parallele Entwicklung von ökonomischem und sozialem Fortschritt in der EU zu gewährleisten. Sie kann auch nicht davor schützen, dass einzelne Staaten die Sozialkosten als Waffe im innereuropäischen Standortwettbewerb einsetzen. Es bedarf von daher tiefgreifenderer Regulierungskonzepte auf der europäischen Ebene, um die Auswirkungen des Systems der Wettbewerbsstaaten auf die Wohlfahrtsstaaten der EU zu unterbinden und um eine Parallelität von ökonomischem und sozialem Fortschritt durchzusetzen.

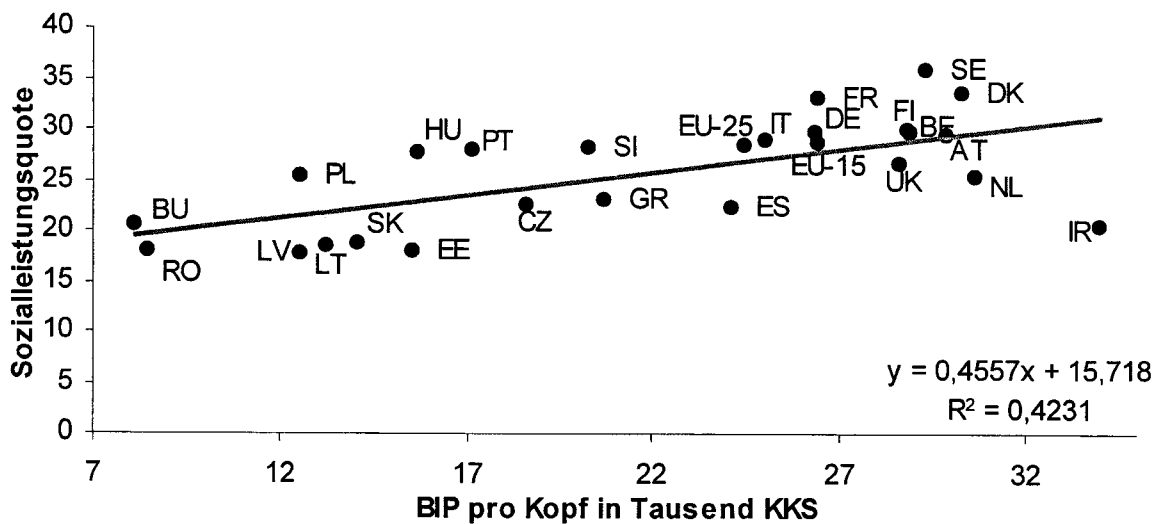
4 Das Korridor-Modell als ein Element des Europäischen Sozialmodells

Das Korridor-Modell knüpft an den bereits oben erwähnten sehr engen Zusammenhang zwischen den Sozialleistungsquoten und dem Pro-Kopf-Einkommen in

den EU-Staaten an, den auch die beiden Schaubilder noch einmal verdeutlichen (vergleiche die beiden Schaubilder mit den Regressionen zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und den Sozialleistungsquoten für das Jahr 2006, einmal alle Staaten außer LU, MT und ZY, einmal alle Staaten ohne LU, MT, ZY, ES und IE).

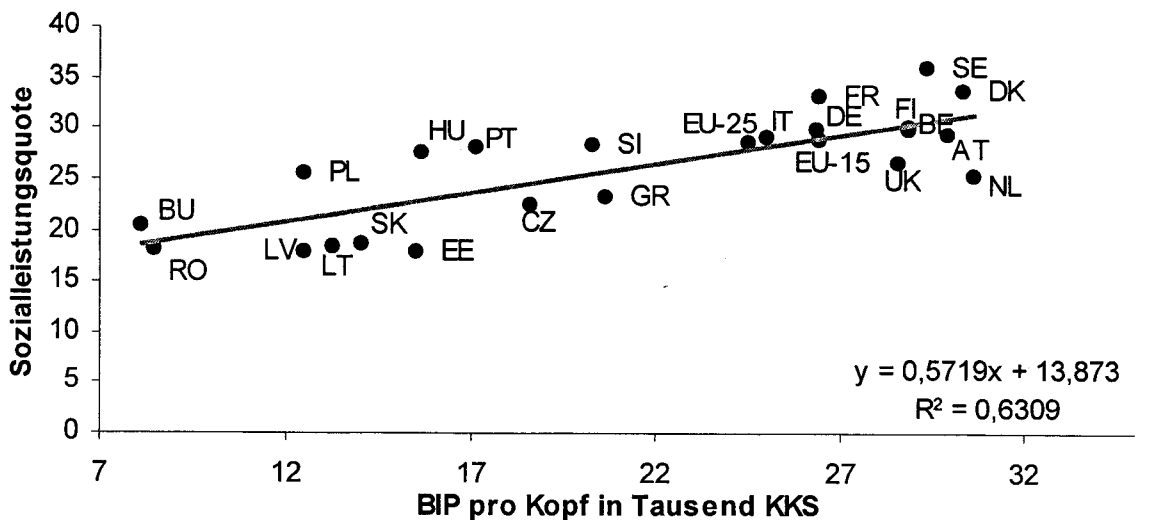
Regression MOEL-24 (ohne LU, MT, CY), 2006

Quelle: European Economy, autumn 2006
 Sozialleistungsquote als Summe der monetären und nicht monetären Sozialleistungen – vgl. ESA 95



Regression MOEL-22 (ohne LU, MT, CY, ES, IE), 2006

Quelle: European Economy, autumn 2006
 Sozialleistungsquote als Summe der monetären und nicht monetären Sozialleistungen – vgl. ESA 95



Dieser Zusammenhang, den das Bestimmtheitsmaß quantitativ ausdrückt, lag im Jahre 2006 in der Gruppe der EU-24 bei 42%, in der Gruppe der EU-22 immerhin bei 63%. Das bedeutet, dass in der EU-22 die Streuung der Sozialleistungsquoten zu zwei Dritteln aus der Streuung des Pro-Kopf-Einkommens „erklärt“ werden kann. In der EU-15 war dieser Zusammenhang in den 1990er Jahren noch wesentlich höher, er erreichte in manchen Jahren Werte von über 80% (vergleiche Busch 1998).

Doch auch heute lassen sich in der EU im Hinblick auf die Höhe der Sozialleistungsquote in Abhängigkeit vom ökonomischen Entwicklungsniveau deutlich vier Staatengruppen unterscheiden:

Am unteren Ende liegen Bulgarien und Rumänien, mit den niedrigsten Werten beim Pro-Kopf-Einkommen und der Sozialleistungsquote. Es folgt eine zweite Gruppe von Staaten, die die baltischen Staaten, die Slowakei, Ungarn und Polen umfasst, mit höheren Werten bei den beiden Referenzgrößen. Eine dritte Gruppe wird von Portugal, Griechenland, Slowenien und der Tschechischen Republik gebildet. Eine vierte Staatengruppe umfasst schließlich den „Club der Reichen“ mit den höchsten Werten beim Pro-Kopf-Einkommen und der Sozialleistungsquote.

Diese Gruppenbildung ist selbstverständlich einer starken Dynamik unterworfen. So liegen Estland und Ungarn im Jahre 2006 schon fast in der dritten Gruppen, während sie noch vor wenigen Jahren eindeutig zur zweiten Gruppe gehörten. Im Übergang zwischen der dritten und der vierten Staatengruppen befindet sich Spanien. Irland, das am stärksten von der Regressionsgeraden abweicht, ist eindeutig dem „Club der Reichen“ zuzuordnen. (Übrigens lag Irland noch zu Beginn der 1990er Jahre, also bevor es seine Dumpingstrategie startete, exakt auf der Geraden, entsprachen sich also das ökonomische und das soziale Entwicklungsniveau des Landes).

Diese enge quantitative Beziehung zwischen dem BIP pro Kopf und den Sozialleistungsquoten, die noch (sic) für die überwiegende Zahl der EU-Staaten festzustellen ist, könnte in ein Korridormodell umgesetzt werden, das vorschreiben würde, diese enge Beziehung im Sinne eines sozialen EU-Stabilitätspakts aufrechtzuerhalten. Für die vier genannten Staatengruppen der EU könnten Bandbreiten festgelegt werden, innerhalb derer die Sozialleistungsquoten schwanken dürften. Für die Staaten, die sich auf dem Wege zwischen zwei Gruppen befinden, müssten Übergangsregelungen getroffen werden.

Durch die Vereinbarung derartiger Korridore wäre folgendes erreicht:

- * Einer Politik des Sozialdumpings wäre ein Riegel vorgeschoben. Einzelne Länder (in welcher Einkommensgruppe auch immer) könnten sich durch eine, an ihrem Einkommensniveau gemessen, unterdurchschnittliche Sozialleistungsquote keine Wettbewerbsvorteile verschaffen.
- * Die schwächer entwickelten Volkswirtschaften würden durch diese Form der sozialpolitischen Regulierung ökonomisch nicht überfordert. Sie hätten nur das Niveau an Sozialleistungen bereitzustellen, das sie sich angesichts ihres Einkommensniveaus „leisten“ können.
- * Im Zuge des ökonomischen Aufholprozesses der schwächer entwickelten Länder würden sich die Sozialleistungsquoten in der EU annähern; die Aufwendungen für Alter, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit sich nicht nur relativ, sondern auch absolut angleichen. Die Korridore der unteren und mittleren Einkommensgruppen würden also auf der Regressionslinie nach oben wandern.
- * Die quantitative Regulation der Sozialpolitik beschränkte sich auf der EU-Ebene zunächst auf ein Minimum, redistributive Elemente wären nicht vorgesehen. Da auf diese Weise nur die aggregierten Größen (Sozialleistungsquoten) reguliert wären, bliebe im Sinne des Subsidiaritätsprinzips die Autonomie der EU-Staaten bei der Verteilung der Sozialaus-

gaben auf die verschiedenen Leistungen (Renten, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familienunterstützung) zunächst unberührt.

Die Realisierung eines solchen Regulierungskonzepts würde im Bereich der wohlfahrtsstaatlichen Politik das neoliberale Regime der Wettbewerbsstaaten brechen. Im Sinne des sozialen Stabilitätspaktes würde sich in der EU eine ökonomische und soziale Politik der Angleichung im Wege des Fortschritts vollziehen. Dumpingstrategien, wie sie Irland und Spanien in der alten EU praktiziert haben und wie sie in der Gruppe der neuen Mitgliedstaaten inzwischen von den drei baltischen Staaten und der Slowakei verfolgt werden, würden von vornherein unterbunden werden.

5 Die Realisierungsbedingungen eines Bruchs mit dem Neoliberalismus

Eine Abkehr vom neoliberalen Akkumulationsregime könnte sich selbstverständlich nicht auf den Bereich der wohlfahrtsstaatlichen Politik beschränken, sie müsste ebenso die Lohn- und die Steuerpolitik einbeziehen. Für die Lohnpolitik müsste auf der europäischen Ebene eine produktivitätsorientierte Koordinierungsregel durchgesetzt werden, welche die realen Lohnstückkosten der Staaten konstant halten würde. Auch dieses würde angesichts der größeren Produktivitätsfortschritte in den schwächeren EU-Staaten zu einer Angleichung der Reallohne im Wege des Fortschritts führen. Des Weiteren könnten für die Unternehmenssteuersätze neben einheitlichen Bemessungsgrundlagen Korridore für die unterschiedlich entwickelten Staatengruppen ausgehandelt werden. Die Praxis des Steuerdumpings wäre so ebenfalls aufgehoben.

Durch die vorgeschlagenen Regulierungskonzepte für die Sozial-, Lohn- und Steuerpolitik ließe sich eine Kurskorrektur am momentan vorherrschenden neoliberalen Integrationskonzept der EU einleiten. Allerdings können die genannten Vorschläge nur mit Einstimmigkeit in die Verträge aufgenommen werden - mit

Ausnahme der Vorschläge zu einer europäischen Lohnpolitik, die die Sozialpartner selbstständig umsetzen könnten. Es ist von daher kaum zu erwarten, dass dieses Modell im Rahmen der EU-27 zu verwirklichen ist. In der EU-27 gibt es Staaten, die an dem wirtschaftsliberalen Modell der Integration festhalten wollen (z. B. Großbritannien, viele mittel- und osteuropäische Staaten), während andere Staaten (z.B. Frankreich, Schweden, Dänemark) das Modell eines sozialen Europa bevorzugen. Diese Differenzen sind auf Dauer durch Formelkompromisse nicht zu überbrücken und gefährden den Integrationsprozess insgesamt – wie die aktuelle Krise des Verfassungsvertrages deutlich zeigt. Wir sollten akzeptieren, dass die herrschende Integrationsstrategie des partiellen Vertiefens und des übereilten Erweiterns gescheitert ist. Sowohl das Projekt der Wirtschafts- und Währungsunion als auch das Projekt der Ost-Erweiterung sind politisch und sozial unzureichend flankiert worden und sind deshalb jetzt die Quellen der fundamentalen Legitimationskrise. Die EU muss den Weg einer differenzierten Integration gehen: die Staaten, die das Europäische Sozialmodell verwirklichen wollen, sollten daran nicht gehindert werden. Sie müssen sich allerdings in Form eines eigenständigen Währungsgebiets von dem Block der wirtschaftsliberalen Staaten abgrenzen, denn nicht nur für die Geldpolitik, sondern auch für das Sozialmodell gilt in einer Währungsunion der Grundsatz: „one fits all“. In der aktuellen Struktur der EU wäre es vor allem wichtig, dass die Staaten der Eurozone den Bruch mit dem System der Wettbewerbsstaaten vollzögen und ihre Tarif-, Steuer- und Sozialpolitiken in der beschriebenen Form gemeinsam regulierten. Ohne derartige Vertiefungen des Integrationsprozesses sollte die Eurozone nicht auf weitere Staaten ausgedehnt werden.

Der europäische Integrationsprozess ist den Bürgerinnen und Bürgern in allen historischen Phasen als ein Projekt vermittelt worden, das zu mehr Wohlstand, zu Wachstum, Beschäftigung, zu sozialem Fortschritt, zu einer ökonomischen und sozialen Angleichung zwischen den Mitgliedstaaten auf dem Wege des Fortschritts führt. Wenn die EU diese Ziele in den hier genannten Bereichen

weiterhin nachhaltig verfehlt, wird die Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger für Europa immer stärker erodieren und aus der Legitimationskrise eine nachhaltige Krise des gesamten politischen Integrationsprozesses erwachsen. In der Debatte über die Zukunft Europas sollte deshalb die Debatte über die Verwirklichung eines Europäischen Sozialmodells ganz oben auf der Agenda stehen.