

Klaus Busch

***Die Perspektiven des
Europäischen Sozialmodells***

Arbeitspapier 92

Die Perspektiven des Europäischen Sozialmodells

Expertise im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

Klaus Busch

Impressum

Herausgeber: **Hans-Böckler-Stiftung**
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 77 78-108
Fax: (02 11) 77 78-283
E-Mail: Erika-Mezger@boeckler.de

Redaktion: Dr. Erika Mezger, Leiterin der Abteilung Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11092
Gestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, Januar 2005
€ 12,00

Inhalt

Einleitung	5
1. Die Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL	9
1.1 Die sozialen Sicherungssysteme fünf ausgewählter MOEL	10
1.1.1 Polen	10
1.1.2 Ungarn	12
1.1.3 Die Tschechische Republik	14
1.1.4 Lettland	15
1.1.5 Rumänien	17
1.2 Vergleichende Analyse ausgewählter Bereiche sozialer Sicherheit	19
1.2.1 Altersrenten	19
1.2.2 Gesundheitswesen	20
1.2.3 Arbeitslosenversicherung	22
1.2.4 Armut und soziale Ausgrenzung	23
1.3 Zur Frage der Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL	24
1.4 Sozialkostenkonkurrenz zwischen den MOEL und der EU-15	25
2. Die Reform der sozialen Sicherungssysteme in der EU – das Beispiel der Altersrenten	29
2.1 Die demographische Herausforderung der Rentensysteme	29
2.2 Die Reformen der Rentensysteme in Schweden, Großbritannien, Deutschland und Italien	31
2.2.1 Schweden	31
2.2.2 Großbritannien	32
2.2.3 Italien	34
2.2.4 Deutschland	34
2.3 Konvergenz oder Divergenz der Systeme?	35
3. Die Methode der offenen Koordinierung	37
3.1 Die MOK im Bereich der Rentenpolitik	38
3.2 Eine erste Bewertung der MOK im Bereich der Renten	39
4. Ein Konzept zur Fortentwicklung des Europäischen Sozialmodells	43
4.1 Die Probleme bisheriger Lösungsansätze	44
4.2 Das Korridor-Konvergenz-Modell	45
4.2.1 Das Korridormodell	45
4.2.2 Das Konvergenzmodell	46
4.2.3 Korridore für einzelne soziale Leistungen	47
4.2.4 Stärken und Schwächen des Korridor-Konvergenz-Modells	47
5. Ausblick	49
Literaturliste	51
Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung	57

Einleitung

Die europäischen Wohlfahrtsstaaten stehen heute vor mindestens vier entscheidenden Herausforderungen:

- In vielen Mitgliedstaaten der EU unterminiert die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit die Finanzierungsquellen der sozialen Sicherungssysteme.
- Die Überalterung der Gesellschaft führt in vielen Staaten zu einer wachsenden Belastung der Rentensysteme, aber auch der Gesundheitssysteme.
- Die Einführung der gemeinsamen Währung hat bei Wahrung der nationalen Kompetenzen in der Steuer-, Sozial- und Lohnpolitik in der Eurozone ein System von Wettbewerbsstaaten kreiert. Sozialpolitik ist damit wesentlich stärker als bislang auch Standortpolitik geworden.
- Durch die Erweiterung der EU werden die ökonomischen und sozialen Disparitäten sehr stark zunehmen. Die sozialen Sicherungssysteme in den alten Mitgliedstaaten werden dadurch in noch höherem Maße auf ihre Wettbewerbsverträglichkeit überprüft werden.

Angesichts der Belastungen, die der Wohlfahrtspolitik durch die genannten Herausforderungen widerfahren, stellt sich die Frage, ob durch eine stärkere Koordinierung und Regulierung der Sozialpolitik auf der europäischen Ebene das System der Wettbewerbsstaaten eingeschränkt werden kann. Bislang gilt als herrschende Meinung die These, dass die Asymmetrie zwischen den ökonomischen und den sozialen Kompetenzen der EU erhalten bleiben müsse, weil die Strukturen der europäischen Wohlfahrtsstaaten zu divergent seien, als dass an europäische Lösungen in diesem Politikfeld gedacht werden könne. Dass bei der Einführung der Wirtschafts- und Währungsunion wesentlich größere Divergenzen zwischen den Mitgliedstaaten zu überwinden waren, wird bei dieser Argumentation jedoch gerne übersehen. Die Geschichte der Einführung der gemeinsamen Währung lehrt auch, dass europäische Konzepte in schwierigen Politikfeldern nicht auf einem Schläge, sondern nur in einem Jahrzehnte währenden Stufenprozess zu realisieren sind.

Ziel dieser Expertise ist es, die Notwendigkeit und mögliche Konzepte einer Regulierung der Wohlfahrtsstaaten auf der europäischen Ebene zu analysieren. Die Untersuchung ist in vier Schritte gegliedert:

Im ersten Kapitel der Expertise wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung der Beitritt von acht, demnächst zehn, mittel- und osteuropäischen Staaten (MOEL) für die Zukunft des europäischen Sozialmodells haben könnte. Hier wird einerseits untersucht, ob sich in den MOEL in Ergänzung zu den bekannten Gruppen von Wohlfahrtsstaaten in Europa (liberal, konservativ, sozialdemokratisch, rudimentär) ein neuer fünfter Typ herausbildet und somit für eine Strategie der Europäisierung der sozialen Sicherungssysteme weitere Barrieren entstehen. Andererseits wird angesichts der geringeren Sozialeleistungsquoten in den MOEL das Problem des Sozialwettbewerbs zwischen den neuen und den alten EU-Staaten analysiert. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich in den neuen EU-Staaten ein Mischtyp von Wohlfahrtsstaat herausbildet, der in unorthodoxer Weise bei allen bekannten Typen Anleihen macht. Da sich in den alten EU-Staaten aufgrund der Reformpolitiken seit den 90er Jahren ähnliche Konvergenzen beobachten lassen (vergleiche Kapitel zwei dieser Arbeit), wird diese Entwicklung im Hinblick auf die Möglichkeiten einer Europäisierungsstrategie als förderlich betrachtet. Dagegen erweist sich der Sozialwettbewerb als großes Hindernis für die Fortentwicklung des europäischen Sozialmodells. Die Sozialeleistungsquoten der MOEL korrelieren zwar zurzeit noch mit ihrem Pro-Kopf-Einkommen. Angesichts der überwiegend lohnbezogenen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme dieser Staaten, der Schwäche ihrer Gewerkschaften und der Defizite in den öffentlichen Haushalten wichtiger MOEL ist jedoch zu erwarten, dass der soziale Fortschritt in diesen Staaten in Zukunft nicht mit dem ökonomischen Wachstum Schritt halten wird. Ähnlich wie in Irland seit Mitte der 90er Jahre ist in den MOEL eine Politik des Sozialdumpings zu erwarten, die negative Auswirkungen auf die Bewahrung und Fortentwicklung der europäischen Wohlfahrtsstaaten insgesamt haben kann, wenn auf der europäischen Ebene nicht gegengesteuert werden wird.

In Kapitel zwei steht die Reform der Altersrenten in der EU-15 seit Beginn der 90er Jahre im Vordergrund der Untersuchung. Dabei geht es vor allem um die Frage, ob sich die Divergenzen in den Strukturen des

Wohlfahrtsstaates durch die Reformpolitiken verstärkt haben oder sich im Gegenteil eine Tendenz in Richtung Konvergenz der Systeme beobachten lässt. Die Studie mündet in die These, dass es mehrere deutliche Anzeichen für eine Konvergenz der Altersrentensysteme in der EU-15 gibt (vgl. auch Göbel 2002). Diese sind im Einzelnen:

- Tendenz zur Einführung einer kapitalgedeckten Rentenkomponente, insbesondere in Systemen, die traditionell auf dem Umlagesystem basieren.
- Damit Trend zu gemischten Rentensystemen, die auf drei Säulen beruhen: einer beitragsfinanzierten ersten Säule, einer kapitalgedeckten zweiten Säule und kapitalgedeckten Zusatzvorsorgungen (dritte Säule).
- Mischfinanzierung der Rentensysteme durch Beiträge und Steuern, wobei die Dominanz ursprünglicher Finanzierungsformen reduziert wird.
- Tendenz zum Einfrieren der Finanzierungsbeiträge der Arbeitgeber.
- Stärkung der Äquivalenz zwischen den Rentenleistungen und den gezahlten Beiträgen. Damit Vordringen der notional defined contribution schemes in der ersten Säule (Annäherung an die Äquivalenz in den kapitalgedeckten Systemen der zweiten Säule).
- Einheitlich höheres Renteneintrittsalter von in der Regel mindestens 65 Jahren und Gleichstellung von Männern und Frauen in Bezug auf diese Frage.
- Absenkung des zukünftigen Rentenniveaus, unter anderem durch Veränderung der Anwartschaften und durch Einbau von demographischen oder umfassenden Nachhaltigkeitskomponenten in die Rentenformel.

Ähnlich wie in den MOEL besteht damit auch in den alten EU-Staaten eine Tendenz zur Auflösung der „reinen“ Typen von Wohlfahrtsstaaten, eine Konvergenz, die konzeptionellen Überlegungen zur Europäisierung des Wohlfahrtsstaates neue Perspektiven verleiht.

In Kapitel drei wird die Methode der offenen Koordinierung (MOK) einer kritischen Überprüfung unterzogen. Diese Methode wird seit dem Europäischen Rat in Lissabon im Jahre 2000 von der herrschenden Meinung in Politik und Wissenschaft als neue Methode der Politikkoordinierung für die sozialen Sicherungssysteme favorisiert.

Die Methode der offenen Koordinierung beinhaltet im Wesentlichen vier Elemente:

- die Verabschiedung von europäischen Leitlinien mit gemeinsamen Zielen und Zeitplänen,
- die Festlegung von Indikatoren und benchmarks zur Erreichung dieser Ziele,
- Verabschiedung nationaler Aktionspläne zur Verwirklichung der Leitlinien und
- die Einführung eines europäischen Systems der Überwachung und Evaluation, um einen Prozess des gegenseitigen policy learning zu ermöglichen.

Diese Methode, die bereits im Maastrichter Vertrag 1993 implizit für die Koordinierung der Wirtschaftspolitik und im Amsterdamer Vertrag 1997 in der Beschäftigungspolitik eingeführt wurde, soll seit Lissabon vor allem für Bereiche gelten, in denen die EU sehr begrenzte Kompetenzen hat. Anwendung findet sie zunächst für die Rentensysteme, den Gesundheitssektor und die Politiken gegen Armut und soziale Ausgrenzung.

Einige Autoren sehen in dieser neuen Methode der Politikkoordinierung eine Chance, in kritischer Abwendung vom neoliberalen Integrationsmodell wichtige Fortschritte auf dem Wege zum Ausbau des europäischen Sozialmodells zu erzielen (Pakaslahti, J./Pochet, P. 2003). Im Gegensatz zu dieser These wird hier die Auffassung vertreten, dass die MOK im Hinblick auf die Perspektiven des europäischen Sozialmodells letztlich ein neutrales Instrument ist.

Im Rahmen des neoliberalen Regimes der Wettbewerbsstaaten, in welchem die Steuerpolitik und die Sozialpolitik Standortfaktoren im innereuropäischen Konkurrenzkampf der Nationalstaaten sind und die Finanzpolitik einseitig dem Primat des Stabilitätspaktes unterworfen ist, werden mit Hilfe des Instruments der MOK Reformen des Wohlfahrtsstaats in Europa initiiert, die das europäische Sozialmodell immer stärker an das amerikanische Modell heranführen. Im Kontext einer paradigmatischen Abkehr der Integrationspolitik vom Leitbild eines Europas des Marktes und einer Hinwendung zum Leitbild des regulativen Europa könnte die MOK dagegen zur Bewahrung und zum Ausbau des Wohlfahrtsstaates in Europa eingesetzt werden. Allerdings wäre die MOK dabei in ein umfassendes Regulierungskonzept zu integrieren, dessen Grundzüge im vierten Kapitel dieser Arbeit näher erläutert werden.

Die Diskussion möglicher regulativer Konzepte für den Ausbau des europäischen Sozialmodells ist Gegenstand des letzten Kapitels dieser Expertise. Favorisiert wird dabei ein Korridor-Konvergenz-Modell, das quantitative Regulierungen auf der Makro- und der Mesoebene (Korridorkonzept) mit qualitativen Regulierungen für die einzelnen Systeme der sozialen Sicherung (Konvergenzkonzept) kombiniert.

Ausgangspunkt dieses Korridor-Konvergenz-Modells ist zunächst die Beobachtung, dass in der EU ein sehr enger Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen der verschiedenen Staaten und ihren Sozialleistungsquoten besteht. Regressionsanalysen bestätigen, dass diese enge Korrelation auch (noch!) in der erweiterten Union gilt (Busch 1998 und 2004). Das Bestimmtheitsmaß liegt bei einer Untersuchung für 22 europäische Staaten bei mehr als 80 %. (Das drastische Absinken der Sozialleistungsquote Irlands in der zweiten Hälfte der 90er Jahre zeigt jedoch, dass sich im System der Wettbewerbsstaaten die Verhältnisse rasch wandeln können). Die Europäische Union sollte in einem Regulierungskonzept obligatorisch vereinbaren, dass dieser enge Zusammenhang von ökonomischem und sozialem Fortschritt auch in Zukunft gewahrt werden soll (sozialer Stabilitätspakt). In Ergänzung dieser makroökonomischen Regulierung sollten die EU-Staaten, wenn auch zunächst in fakultativer Form, für die einzelnen Bereiche der sozialen Sicherung wiederum entwicklungs-niveauspezifische Pro-Kopf-Leistungen vereinbaren (Mesoebene): Altersrenten pro Kopf, Gesundheitsleistungen pro Person, Familienleistungen pro Kind, Arbeitslosenunterstützung pro Kopf und Armutshilfe pro Kopf.

Neben diesen quantitativen Leitlinien sollten im Rahmen der Methode der offenen Koordinierung qualitative Leitlinien für die Gestaltung der einzelnen Bereiche der sozialen Sicherheit festgelegt werden. In der Altersrente könnten dies sein: Die drei Säulen des Rentensystems (eine umlagefinanzierte erste Säule, eine kapitalgedeckte zweite Säule und private Zusatzrenten als dritte Säule), eine Mindestrente in der ersten Säule, Umverteilungskomponenten in der ersten Säule, dagegen financial defined contribution schemes in der zweiten und dritten Säule, eine Mischfinanzierung der ersten Säule durch Beiträge und Steuern, Unisex-tarifregelungen für die zweite und dritte Säule, Nachhaltigkeitskomponenten in der ersten Säule, Regelungen für die Annäherung der Anwartschaftsvoraussetzungen.

Die Kernthese der Expertise lässt sich wie folgt formulieren: Trotz der Tendenz zur qualitativen Konvergenz der Systeme der sozialen Sicherheit in der EU lässt sich das europäische Sozialmodell nur bewahren, wenn durch eine Abkehr vom System der Wettbewerbsstaaten europäische Regulierungen für die Sozialpolitik eingeführt werden.¹

1 Für die Unterstützung bei der Arbeit an Kapitel 1 danke ich Alexandra Baum-Ceisig, Anne Faber, Andrea Kohlwes und Claudia Nospickel, an Kapitel 3 Antje Stephan.

1. Die Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL

Eine Analyse der Wohlfahrtsstaaten in den mittel- und osteuropäischen Beitrittsstaaten ist für die Frage der Perspektiven des europäischen Sozialmodells aus mehreren Gründen von Relevanz:

Erstens: Im System der Wettbewerbsstaaten, das in der EU mit dem einheitlichen Binnenmarkt und der gemeinsamen Währung geschaffen wurde, sind die Ausgaben für die soziale Wohlfahrt eine Standortvariable. Staaten mit unterdurchschnittlichen Ausgaben für die soziale Wohlfahrt können sich im Wettbewerb um die Investitionen internationaler Konzerne im gemeinsamen Wirtschaftsraum Vorteile verschaffen. Die Sozialleistungsquoten der MOEL entsprechen zurzeit grosso modo noch ihrem ökonomischen Entwicklungsniveau. Es zeichnet sich jedoch bereits jetzt ab, dass die sozialen Ausgaben in diesen Ländern nicht mit dem ökonomischen Wachstum Schritt halten, ein Prozess, der in den 90er Jahren schon in Irland zu beobachten war. Da die sozialen Sicherungssysteme in diesen Ländern überwiegend über lohnbezogene Beiträge finanziert werden, die Löhne jedoch wegen der strukturellen Schwäche der Gewerkschaften in den MOEL nicht mit der Produktivität Schritt halten, spricht vieles für diese Abkoppelungsthese. Es kommt hinzu, dass diese Staaten aufgrund der Beitrittskriterien zur WWU zu einer Konsolidierung ihrer Haushalte gezwungen sein werden. Eine Reduktion der Sozialleistungsquoten ist die Folge dieser Entwicklung, ein Prozess, der konkrete Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit der Standorte in den alten EU-Staaten hat.

Zweitens: Auch die neuen Mitgliedsstaaten der EU sind aufgrund verschiedener demographischer und ökonomischer Faktoren zu einer Reform der sozialen Sicherungssysteme gezwungen. Bei der Reform der Rentensysteme haben einige der MOEL, vor allem Polen, Lettland, Bulgarien, Ungarn und Estland, eine zweite kapitalgedeckte Säule eingeführt. Polen und Lettland haben darüber hinaus, in Anlehnung an Schweden, die erste Säule radikal reformiert (notional defined contribution scheme), um die Nachhaltigkeit ihrer Rentensysteme zu realisieren. Unter den MOEL gibt es jedoch weiterhin Staaten (z.B. die Tschechische Republik), die bewusst an zahlreichen Umverteilungskomponenten in ihren Systemen festhalten (Mindestrenten, soziale Rentenformeln). Die alten EU-Staaten, in denen die Reform der Alterssicherung zurzeit sehr intensiv und kontrovers diskutiert wird, können von den unterschiedlichen Erfahrungen der MOEL in der Rentenpolitik lernen. Die Methode der offenen Koordinierung (MOK) bietet einen politischen Rahmen für die Realisierung derartiger wechselseitiger Lernprozesse.

Drittens: Eine fundierte Kenntnis der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL ist schließlich relevant, um die Möglichkeiten und Grenzen der Europäisierung des Wohlfahrtsstaats besser beurteilen zu können. Hier ist die Frage, welcher Typ von Wohlfahrtsstaat (liberal, konservativ, sozialdemokratisch) in diesen Staaten dominiert, von großer Bedeutung. Die große Vielfalt an Typen des Wohlfahrtsstaats in der alten EU ist stets ein Argument, um das Nachdenken über eine Europäisierung der sozialen Sicherungssysteme von vornherein abzuwehren. Bildet sich in den MOEL ein weiteres – ein postsozialistisches – Modell des Wohlfahrtsstaats heraus und wird damit die Frage der Europäisierung noch utopischer? Vieles spricht jedoch für die These, dass sich sowohl in den alten EU-Staaten, aber gerade auch in den neuen Mitgliedsstaaten immer stärker Mischsysteme der alten Typologie von *Esping-Andersen* herausbilden, also Anleihen bei liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Modellen gemacht werden. Sollte sich dieser Trend verstetigen, stellt sich auch die Frage der Europäisierung des Wohlfahrtsstaats in einem neuen Licht.

In diesem Kapitel werden zunächst die sozialen Sicherungssysteme in fünf MOEL (Polen, Ungarn, Tschechische Republik, Lettland und Rumänien) dargestellt (1.1). Im Anschluss an diese exemplarischen Länderstudien werden in einer vergleichenden Analyse die Probleme ausgewählter Bereiche der sozialen Sicherheit (Altersrenten, Gesundheitswesen, Arbeitslosenversicherung, Armut und soziale Ausgrenzung) in zehn MOEL untersucht (1.2). Auf der Basis der Länder- und der Sektorenstudien wird dann der Frage der Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL nachgegangen (1.3). Das Kapitel endet mit einer empiri-

schen Analyse der Sozialkostenkonkurrenz zwischen den alten und den neuen EU-Staaten, um das Problem eines möglichen Sozialdumpings näher zu beleuchten (1.4).

1.1 Die sozialen Sicherungssysteme fünf ausgewählter MOEL

Die Länderprofile geben einen Einblick in die Ausgestaltung und Funktionsweise ausgewählter Bereiche sozialer Sicherung in Polen, Ungarn, der Tschechischen Republik, Lettland sowie Rumänien. Da es keine eindeutige Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL gibt, ist diese Länderauswahl wie folgt begründet: Polen, die Tschechische Republik und Ungarn sind aufgrund ihrer ökonomischen und politischen Bedeutung unverzichtbar, sie gehören zur Gruppe der MOEL mit höherem bzw. mittlerem Pro-Kopf-Einkommen und repräsentieren in der Rentenpolitik das gesamte Spektrum von radikalen (Polen), gemäßigten (Ungarn) und traditionellen (Tschechische Republik) Reformstaaten. Lettland und Rumänien gehören zur Gruppe der Staaten mit einem unterdurchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen. Lettland ist dabei ein eher radikaler Reformstaat, der zugleich das Baltikum repräsentiert, während Rumänien die Gruppe der zukünftigen Beitrittsstaaten vertritt und eine eher traditionelle Reformpolitik aufweist.

Die folgenden Ausführungen stützten sich, soweit nicht anders angegeben, primär auf die Ergebnisse der Studie der *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.* (Hrsg.) 2003: Social Protection in the Candidate Countries, Bände 40-42, Köln.

1.1.1 Polen

In diesem Abschnitt werden die Systeme der Altersrenten, der Gesundheitsversorgung und der Arbeitslosenversicherung Polens vorgestellt und deren aktuelle Probleme näher beleuchtet.

Renten

In Polen gab es 1999 eine umfassende Rentenreform. Bis dahin dominierte ein staatliches Rentensystem. Betriebsrenten und private Zusatzversicherungen, z.B. in Form von Lebensversicherungen, spielten so gut wie keine Rolle. Durch die Rentenreform wurde das alte System mit einer Säule durch ein neues System mit mehreren Säulen ersetzt. Landwirte sind jedoch von den Veränderungen ausgenommen. Das neue System besteht aus zwei obligatorischen und einer freiwilligen dritten Säule. Die erste Säule wird durch ein Umlageverfahren finanziert und durch die Sozialversicherungsinstitutionen (ZUS) verwaltet. Die zweite Säule ist kapitalgedeckt, sie wird privat verwaltet. Zusätzliche freiwillige Altersversicherungen bilden die dritte Säule. Insgesamt sollen durch diese Reformen die Beziehung zwischen den individuellen Beiträgen und den erworbenen Rentenleistungen verstärkt und somit interpersonale und intertemporale Umverteilungen reduziert werden. Sämtliche Möglichkeiten der Frühverrentung, die noch vor 1999 existierten, wurden abgeschafft. Das Renteneintrittsalter liegt für Männer bei 65 und für Frauen bei 60 Jahren. Junge Menschen unter 30 Jahren sind in der neuen Rentenversicherung pflichtversichert. Personen zwischen 30 und 50 Jahren konnten entweder in der alten Versicherung bleiben oder in das neue System wechseln. Personen über 50 Jahre werden durch das neue System nicht abgedeckt, sie erhalten Leistungen entsprechend der alten Rentenversicherung. Insgesamt umfasst das neue System alle Arbeitnehmer der Privatwirtschaft und des öffentlichen Dienstes (Soldaten, Polizisten). Ausgenommen sind Beschäftigte im landwirtschaftlichen Bereich und Richter.

Finanziert werden die Rentenleistungen hauptsächlich durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Der Staat gewährt jedoch Zuschüsse. Der Beitragssatz beträgt für die erste Säule 12,22 %, für die zweite Säule beläuft er sich auf 7,3 %. Davon werden 50 % vom Arbeitnehmer und 50 % vom Arbeitgeber getragen. Die Altersabsicherung von Landwirten wird ebenfalls durch Beiträge und staatliche Zuschüsse finanziert. Soldaten und Polizisten erhalten hingegen eine steuerfinanzierte Rente.

Arbeitnehmer erhalten grundsätzlich eine Altersrente, wenn sie 20 Jahre (Frauen) bzw. 25 Jahre (Männer) gearbeitet haben und das Renteneintrittsalter erreichen. Die Höhe der Leistungen wird auf der Grundlage einer Rentenformel ermittelt. Maximal können 75 % des Einkommens des letzten Jahres bezogen werden.

Seit der Rentenreform 1999 sind die Leistungen in hohem Maße beitragsabhängig, Umverteilungsmaßnahmen wurden weitestgehend eingeschränkt (Übergang vom defined benefit scheme zum notional defined contribution scheme). Die durchschnittliche Einkommensersatzrate ist von 60 auf 50 % (erste und zweite Säule) gesunken. Im Jahr 2001 betrug die durchschnittliche Rente 62 % des durchschnittlichen Lohnes eines Arbeitnehmers. Ca. 60 % der Polen erhielten jedoch eine Rente, die unter diesem Niveau lag. Frauen erhalten im Verhältnis zu Männern eine deutlich niedrigere Rente. Universelle Rentenleistungen gibt es in Polen nicht. Alte Menschen, die keine Rentenansprüche erwerben konnten, haben das Recht Sozialhilfe zu beantragen.

Trotz der genannten Reformen steht die polnische Alterssicherung weiterhin vor bedeutenden Problemen und zukünftigen Herausforderungen. Obwohl die Beitragssätze mit 19 % im MOEL-Vergleich sehr hoch sind, ist die erste Säule seit der Einführung einer zweiten kapitalgedeckten Säule unterfinanziert, weil die Beiträge für die zweite Säule aus den Finanzmitteln der ersten Säule abgeschöpft werden. Zweitens wird es in Zukunft Probleme mit einer alternden Bevölkerung geben, auch wenn die polnische Bevölkerung derzeit im internationalen Vergleich noch sehr jung ist (die durchschnittliche Lebenserwartung liegt 5-8 Jahre unter dem Durchschnitt westeuropäischer Länder). Seit den 90er Jahren ist auch in Polen ein Altern der Bevölkerung zu verzeichnen. Die Anzahl der Kinder unter 15 Jahren nimmt ebenso wie die Zahl der Geburten ständig ab. Im Gegenzug steigen seit 1992 die durchschnittliche Lebenserwartung und die Anzahl der Rentner kontinuierlich an. Drittens können sich nur wenige Polen private Zusatzversicherungen leisten, da ihr Einkommen oft nicht ausreicht. Obwohl private Versicherungen seit der Einführung der Rentenreform an Gewicht gewonnen haben, bleiben sie nur einem kleinen Teil der Bevölkerung vorbehalten. Viertens besteht die Gefahr, dass vermehrt ältere Menschen unter Armut leiden, weil die Renten seit der Reform stark beitragsabhängig sind. Fünftens erzielen Frauen deutlich niedrigere Rentenleistungen als Männer.

Gesundheitswesen

Bis 1999 wurde das polnische Gesundheitssystem durch den Zentralstaat reguliert und größtenteils durch Steuern finanziert. Medizinische Behandlungen waren nur zum Teil kostenlos, speziell Medikamente mussten von den Patienten selbst bezahlt werden. Die Institutionen des Gesundheitswesens waren überwiegend staatlich. Insgesamt war die medizinische Versorgung unzureichend.

Seit den Reformen von 1999 wird der ambulante Gesundheitsdienst von privaten Anbietern dominiert. Stationäre Leistungen werden jedoch weiterhin von staatlichen Diensten bereitgestellt. Den Zugang zum Gesundheitsdienst gewähren sog. „first-contact-Ärzte“ oder Hausärzte. Diese Allgemeinärzte sind dafür zuständig, unkomplizierte Krankheiten zu behandeln, die Patienten durch das weitere Gesundheitssystem zu führen und ggf. an Fachärzte oder Krankenhäuser weiterzuleiten. Die zweite Säule des polnischen Gesundheitsdienstes bilden ambulante Spezialbehandlungen durch Fachärzte. Einige dieser Fachärzte können direkt aufgesucht werden, andere nur mit einer Überweisung vom Hausarzt. Viele Fachärzte sind selbstständig, die meisten sind jedoch in öffentlichen Gesundheitszentren angestellt. Die dritte Säule stellen stationäre Behandlungen bzw. das Krankenhauswesen dar. Sämtliche Krankenhäuser sind in drei Kategorien eingeteilt. Je nach Kategorie sind die Kosten einer stationären Behandlung unterschiedlich hoch.

Das Gesundheitssystem wird zu gut 50 Prozent durch 16 unabhängige Krankenfonds finanziert, die ihrerseits größtenteils durch Beitragszahlungen (Beitragssatz 7,5 % des steuerpflichtigen Einkommens) getragen werden. Darüber hinaus übernehmen der Zentralstaat und die lokalen Regierungen etwa 10 % der Kosten des Gesundheitssystems. Der Rest der Gesamtkosten (circa ein Drittel) wird durch private Zuzahlungen gedeckt.

Hausärzte werden pro Patient bezahlt (per-capita financing); Fachärzte erhalten ein Honorar entsprechend der erbrachten Leistung (fee-for-service). Stationäre Aufenthalte werden je nach Aufenthaltsdauer, Art der

Station und Kategorie des Krankenhauses vergütet (fee-per-admission). Für Basis-Behandlungen gibt es keine Zuzahlungen von Seiten der Patienten.

Die allgemeine verpflichtende Gesundheitsversicherung erfasst alle polnischen Staatsbürger. Es ist nicht möglich, aus der allgemeinen Pflichtversicherung in eine private zu wechseln. Unter den 16 Krankenfonds kann allerdings frei gewählt werden.

Die Leistungen der Krankenfonds umfassen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Versorgung. Ärzte bzw. Krankenhäuser können grundsätzlich frei gewählt werden. Für einige Fachärzte wird allerdings eine Überweisung benötigt. Bestimmte Medikamente, die auf einer vom Gesundheitsministerium geführten Liste eingetragen sind, werden durch die Krankenfonds erstattet. Zum Teil sind Zuzahlungen der Patienten erforderlich.

Ein großes Problem des polnischen Gesundheitssystems ist die fehlende Koordination der einzelnen Bereiche durch den Staat. Obwohl der Staat laut Verfassung für die Gesundheitsversorgung zuständig ist, betreibt er weder eine Gesundheitspolitik noch koordiniert er die Aktivitäten der einzelnen Akteure. Mangelnde zentrale Richtlinien führen dazu, dass die medizinische Versorgung regional sehr unterschiedlich ist.

Des Weiteren ist die finanzielle Stabilität des Gesundheitswesens bedroht, da die Ausgaben der Krankenfonds in den letzten Jahren stark angestiegen sind. Grund dafür ist unter anderem, dass die Liste der Medikamente, welche durch die Fonds bezahlt werden müssen, deutlich erweitert wurde. Darüber hinaus führen die Zahlungsmethoden der Krankenfonds dazu, dass die Krankenhäuser grundsätzlich anstreben, so viele Patienten wie möglich aufzunehmen und diese so lange wie möglich im Krankenhaus zu behalten. Darüber hinaus leiden die Einnahmen der Krankenfonds aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit und des hohen Anteils der Schattenwirtschaft.

Weitere Mängel des polnischen Gesundheitswesens sind:

- eine fehlende zentrale Sammlung aller für das Gesundheitssystem wichtiger Daten,
- eine unzureichende Versorgung von Kindern,
- große Mängel im ärztlichen Notfalldienst und
- der faktische Ausschluss vieler ärmerer Menschen aus der Gesundheitsversorgung, die sich die hohen privaten Zuzahlungen nicht leisten können.

Absicherung der Arbeitslosigkeit

Arbeitslosenunterstützung wird in Polen in Form eines niedrigen Pauschalbetrags gezahlt, dessen Höhe abhängig ist vom durchschnittlichen Arbeiterlohn und der Anzahl der Beitragsjahre. Das Basis-Arbeitslosengeld beträgt ca. 100 Euro, das hohe Arbeitslosengeld, das 20 Versicherungsjahre voraussetzt, beläuft sich auf ca. 120 Euro, das reduzierte Arbeitslosengeld, bei einer Versicherungszeit von unter fünf Jahren, liegt bei ca. 80 Euro. Die Zahlungen sind auf ein Jahr (maximal 18 Monate für arbeitslose Familien) beschränkt. Der aktuelle Beitragssatz für Arbeitnehmer beträgt 2,45 %. Ältere Personen, die arbeitslos werden, können entweder Vorruhestandsleistungen oder eine Frührente erhalten. Die Höhe der Frührente beträgt 90 % der voraussichtlichen Altersrente. Vorruhestandsleistungen belaufen sich auf 120 bzw. 160 % des Basis-Arbeitslosengeldes. Für jugendliche Arbeitslose gibt es spezielle Finanzleistungen und Programme, die ihnen den Einstieg in den Arbeitsmarkt erleichtern sollen. Im Übrigen ist eine aktive Arbeitsmarktpolitik in Polen nicht anzutreffen.

1.1.2 Ungarn

Gegenstand dieses Abschnitts sind die Altersrenten-, die Gesundheits- und die Arbeitslosenversicherung in Ungarn. Dabei wird ein wesentliches Augenmerk auf die aktuellen Probleme und die Reformbemühungen gelegt.

Renten

Das Rentensystem in Ungarn besteht aus zwei Säulen, einer staatlichen und einer privaten. Die erste Säule umfasst die obligatorische Sozialversicherungsrente, welche öffentlich verwaltet, durch ein Umlageverfahren finanziert wird und stark zentralisiert ist. Die zweite Säule ist ein obligatorischer, privat verwalteter, kapitalgedeckter Rentenfonds. Am wichtigsten ist bis heute die erste Säule, erst im Laufe der Zeit wird die kapitalgedeckte Versicherung an Bedeutung gewinnen.

Finanziert werden die beiden Säulen der Rentenversicherung durch Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber. Arbeitnehmer, die altersbedingt nur in der ersten Säule versichert sind, zahlen einen Beitrag in Höhe von 8 % ihres Bruttoeinkommens. Arbeitnehmer, für die beide Säulen gelten, entrichten 2 % des Bruttoeinkommens für die erste und 6 % für die zweite Säule. Seit 2002 beträgt der Arbeitgeberanteil für die erste Säule 18 % des Bruttoeinkommens. Für die zweite Säule bezahlen Arbeitgeber keine Beiträge.

Um eine Rente aus der ersten Säule zu erhalten, muss der Antragsteller mindestens 20 Jahre lang Beiträge gezahlt haben. Im Jahr 2000 betrug das Renteneintrittsalter 58 Jahre für Frauen und 62 Jahre für Männer. Bis zum Jahr 2009 soll das Rentenalter für Frauen ebenfalls auf 62 Jahre erhöht werden. Die Höhe der Leistungen der ersten Säule ist abhängig vom Zeitraum der Erwerbstätigkeit und dem bisherigen Einkommen. Die Einkommen der Versicherten werden gestuft angerechnet: Das untere Einkommen wird zu 100 %, das Einkommen der zweiten Stufe zu 90 % und das Einkommen der höchsten Stufe zu 10 % berücksichtigt. Anders als die zweite Säule enthält damit die erste Säule des ungarischen Rentensystems noch eine deutliche soziale Umverteilungskomponente.

Die Leistungen des ungarischen Rentensystems reichen aus, um alte Menschen vor Armut zu schützen. Lediglich 7 % der Rentner über 60 Jahre fallen unter die Armutsgrenze (60 % des durchschnittlichen Einkommens), für die erwerbstätige Bevölkerung liegt dieser Anteil dagegen bei 12 %. Die Einkommensersatzrate betrug 1992 beachtliche 62 %. Durch die Reform im Jahr 2000 wurde diese Rate auf 59 % gesenkt. Trotz dieser Kürzung sind diese Leistungen im MOEL-Vergleich immer noch überdurchschnittlich.

Langfristig wird die demographische Entwicklung auch für Ungarn Probleme mit sich bringen. Die Fertilitätsrate in Ungarn liegt mit 1,29 im Jahr 1999 sehr niedrig. Die Lebenserwartung steigt, auch wenn sie heute mit 70,9 Jahren im europäischen Vergleich noch sehr niedrig ist. Bereits heute wächst die systemische Abhängigkeitsrate, d.h. die Zahl der Rentner in Relation zu den Beitragszahlern.

Gesundheitswesen

Das ungarische Gesundheitswesen basiert auf einer obligatorischen, zentralisierten Gesundheitsversicherung mit universellem Charakter. Finanziert wird das Gesundheitswesen zu 61 % aus den Beiträgen der Versicherten, zu 23,4 % aus Steuermitteln und zu 15,5 % durch private Zuzahlungen (2002). Darüber hinaus spielen – wie in allen MOEL – informelle Zuzahlungen eine beachtliche Rolle.

Für ihre Beschäftigten zahlen Arbeitgeber einen Beitrag von 11 % der Bruttoeinkommen, die Arbeitnehmer entrichten darüber hinaus einen eigenen Beitrag in Höhe von 3 %.

Die Leistungen der Gesundheitsversicherung umfassen stationäre und ambulante Behandlungen. Die Versicherten müssen jedoch gewisse Zuzahlungen zu Zahnbehandlungen, stationären Aufenthalten und Medikamenten leisten. So übernimmt die Versicherung im Durchschnitt lediglich 68 % der Kosten für Medikamente. Zusätzliche private Versicherungen spielen aufgrund der umfassenden staatlichen Versorgung nur eine unbedeutende Rolle.

Die wichtigsten Herausforderungen des ungarischen Gesundheitssystems sind gegenwärtig:

- Die soziale Schichtung der Gesundheitsversorgung aufgrund des Systems der informellen Zuzahlungen.
- Eine überdurchschnittliche Zahl an Ärzten – pro Kopf die höchste Quote in Europa –, deren Einkommen sehr gering ist.

- Die problematischen Anreizstrukturen für die Ärzte aufgrund unterschiedlicher Vergütungssysteme: Während Allgemeinmediziner durch eine Pro-Kopf-Gebühr honoriert werden, erhalten Fachärzte und Krankenhäuser eine servicebezogene Vergütung. Dadurch besteht auf der einen Seite ein Anreiz für schlechte, auf der anderen Seite ein Anreiz für überflüssige Leistungen.

Absicherung der Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeldzahlungen werden in Ungarn über das Arbeitslosenversicherungssystem finanziert. Arbeitnehmer zahlen 1,5 %, ihre Arbeitgeber weitere 3 % des Bruttoeinkommens an Beiträgen. Es gibt keine Beitragsobergrenze. Um Arbeitslosengeld erhalten zu können, muss die betroffene Person während der letzten vier Jahre mindestens 200 Tage Beiträge gezahlt haben. Die Leistungen im Falle von Arbeitslosigkeit betragen 65 % des letzten Einkommens. Arbeitslosengeld wird für maximal 270 Tage gezahlt. Arbeitslose Personen, die sich wenige Jahre vor dem Renteneintrittsalter befinden, können eine Frührente beanspruchen. Von dieser Möglichkeit ist in den letzten Jahren verstärkt Gebrauch gemacht worden, so dass die Erwerbsquote der Personen im Alter zwischen 55 und 65 sehr gering ist und die Rentenkassen gleichzeitig durch eine sinkende Zahl an Beitragszahlern sowie eine steigende Zahl an Leistungsempfängern belastet werden.

1.1.3 Die Tschechische Republik

In diesem Unterkapitel werden die aktuellen Probleme und die Reformen der Systeme der Altersrenten, der Gesundheitsversorgung und der Arbeitslosenversicherung der Tschechischen Republik analysiert.

Renten

In der Tschechischen Republik gibt es eine obligatorische Rentenversicherung und freiwillige Zusatzversicherungen. Die Pflichtversicherung spielt jedoch die Hauptrolle, zusätzliche Renten sind von geringer Bedeutung.

Die Rentenversicherung wird durch die Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer finanziert (Umlageverfahren). Die Beitragssätze (in Prozent einer Beitragsbemessungsgrundlage) betragen 19,5 % für die Arbeitgeber und 6,5 % für die Arbeitnehmer. Die freiwilligen Zusatzrenten werden durch Beiträge und staatliche Zuschüsse finanziert.

Die Voraussetzung für den Erhalt der vollen Altersrente sind 25 Versicherungsjahre und das Erreichen des Rentenalters. Das allgemeine Renteneintrittsalter für Männer beträgt 60 Jahre, das für Frauen 53-57 Jahre. In den kommenden Jahren wird das Rentenalter allerdings auf 62 bzw. 57-61 Jahre erhöht.

Die Basisleistung der obligatorischen Rentenversicherung beträgt 1310 CZK (ca. 40 Euro). Die individuellen Zusatzleistungen sind abhängig von den gezahlten Beiträgen (Zeitraum und Höhe), sie werden in Prozent einer Bemessungsgrundlage berechnet. Die individuelle Bemessungsgrundlage ist das Durchschnittseinkommen des Versicherten der letzten 30 Jahre. Eine Bemessungsgrundlage bis 7100 CZK (ca. 219 Euro) wird zu 100 % angerechnet. Beträge zwischen 7100 CZK (ca. 219 Euro) und 16800 CZK (ca. 518 Euro) werden zu 30 % angerechnet und Einkommen über 16800 CZK zu 10 %. Pro Versicherungsjahr erhält der Versicherte 1,5 % seiner Bemessungsgrundlage.

Die tschechische Rentenformel impliziert hohe Einkommensumverteilungen und damit hohe Einkommensersatzraten für unterdurchschnittliche und niedrige Ersatzraten für überdurchschnittliche Einkommen.

Auch in der Tschechischen Republik schafft die demographische Entwicklung gravierende Probleme für das Rentensystem. Die Geburtenraten als auch Sterberaten sind kontinuierlich gesunken. Die Fertilitätsrate in der Tschechischen Republik beträgt 1,1 und nimmt damit den letzten Platz in Europa ein. Durch den Anstieg des Abhängigkeitsquotienten ist die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme gefährdet.

Angesichts dieser Herausforderungen wird in den letzten Jahren verstärkt über eine Reform des Rentensystems nachgedacht. Diskutiert werden die Erhöhung des Renteneintrittsalters, die Erhöhung des Qualifi-

zierungszeitraums auf 40 Jahre, die Einführung einer zweiten, kapitalgedeckten Säule und eine stärkere Koppelung der Renten an die individuellen Beiträge.

Gesundheitswesen

Das tschechische Gesundheitssystem basiert auf dem System einer öffentlichen Gesundheitsversicherung, welche durch Gesundheitsversicherungsagenturen (Krankenkassen) verwaltet und ein Umlageverfahren finanziert wird. Diese Agenturen verwalten sich selbst, ihre Finanzen sind unabhängig vom Staatshaushalt. Der Staat verfügt allerdings über bestimmte Überwachungsfunktionen.

Alle Bürger der Tschechischen Republik sind pflichtversichert. Die Beiträge für die Krankenversicherung werden auf der Basis der Bruttoeinkommen erhoben. Der Beitragssatz beträgt 13,5 %. Davon zahlt der Arbeitnehmer ein Drittel und der Arbeitgeber zwei Drittel.

Die Leistungen der Gesundheitsversicherung sind für alle Versicherten gleich. Für bestimmte Leistungen (z.B. diverse Medikamente) müssen die Versicherten Zuzahlungen entrichten. Ihr Anteil an den Gesamtkosten ist jedoch sehr gering.

Die zentrale Herausforderung für die Zukunft des tschechischen Gesundheitswesens ist die Kontrolle und Begrenzung der Ausgaben. Zur Debatte steht eine Überprüfung des Risiko-Ausgleichs-Systems zwischen den Krankenkassen. Darüber hinaus wird darüber nachgedacht, den Allgemeinärzten die Funktion so genannter „gate keeper“ zu übertragen, um den Zugang zum Gesundheitswesen zu regulieren und die Ausgaben zu dämpfen.

Absicherung der Arbeitslosigkeit

In der Tschechischen Republik sind alle erwerbstätigen Personen durch eine Arbeitslosenversicherung gegen das Risiko Arbeitslosigkeit versichert. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung belaufen sich auf 50 % der Bemessungsgrundlage für die ersten drei Monate und auf 40 % der Bemessungsgrundlage für weitere drei Monate. Voraussetzung für den Erhalt von Arbeitslosengeld sind sieben Karenztage und zwölf Versicherungsmonate während der letzten drei Jahre.

Die Arbeitslosenversicherung wird durch einkommensbezogene Beiträge der Arbeitgeber (Beitragssatz 3,2 %) und der Arbeitnehmer (Beitragssatz 0,4 %) finanziert.

1.1.4 Lettland

Das lettische Sozialsystem gliedert sich in Sozialversicherung, Gesundheitsversorgung, soziale Leistungen sowie Sozialhilfe. Unter der beitragsfinanzierten, zentral organisierten Sozialversicherung werden Absicherungen gegen Lebensrisiken aufgrund von Alter, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit erfasst. Gesundheits- und Sozialleistungen sowie die Sozialhilfe sind steuerfinanziert. Ansprüche können von allen Bürgern aufgrund bestimmter, festgelegter Kriterien geltend gemacht werden.

Renten

Lettland begann als erstes Land in Mittel- und Osteuropa schon 1995/96 mit der Umsetzung radikaler Reformen im Rentensystem und der Einführung eines Mischsystems aus Umlage- und Kapitaldeckung. Ziel der Reformen ist es, langfristig ein ausreichendes Einkommen im Alter vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung (Alterung der Gesellschaft, sinkende Geburtenrate und steigende Lebenserwartung) zu sichern und das Rentensystem finanziell stabil zu halten. Das System basiert auf drei Säulen. Die erste Säule ist als Pflichtversicherung umlagefinanziert und sichert ein mittleres bis mäßiges Einkommen im Alter. Die zweite ebenfalls obligatorische Säule ist kapitalgedeckt und ergänzt die erste. Bei der dritten Säule handelt es sich um eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung. Das Mindestrentenalter betrug Ende 2002 für Frauen 59 Jahre und für Männer 61,5 Jahre. Die Rentenbeiträge belaufen sich auf 20 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens. Im Unterschied zu dem bis Mitte der 1990 Jahre bestehenden Renten-

system wurden Umverteilungsmechanismen zurückgefahren. In Kombination mit einer Ausweitung der Lebensarbeitszeit soll durch diese Reformen eine Beitrags- und Kostenstabilität erzielt werden. Die gesetzgeberischen Reformen der Rentenversicherung sind abgeschlossen. Zukünftig wird es um die effiziente Umsetzung der legislativen Vorgaben gehen. Die aktuellen Herausforderungen des Rentensystems bestehen vor allem in den überwiegend niedrigen Löhnen und Gehältern der Beschäftigten und damit niedrigen Beiträgen, dem hohen Anteil der Schattenwirtschaft an der wirtschaftlichen Gesamtleistung sowie hohen Arbeitslosenzahlen, wodurch erhebliche Beitragszahlungen verloren gehen.

Gesundheitswesen

Lettland begann 1993 sein Gesundheitssystem grundlegend zu reformieren. Im Mittelpunkt der Reformen steht die Ausrichtung auf das Individuum und die Dezentralisierung der Versorgung. Die Reformen konzentrieren sich auf die Gesundheitsfinanzierung, die Schaffung effizienterer Rahmenbedingungen sowie den Aufbau eines öffentlichen Gesundheitswesens. Ziel der Reformen ist es, allen einen Zugang zu den staatlich garantierten Mindestleistungen zu ermöglichen. Das Gesundheitssystem ist steuerfinanziert und wird durch Zuzahlungen der Patienten ergänzt. Das System gliedert sich in acht regionale Krankenkassen, die einer staatlichen Krankenversicherungsagentur unterstellt sind. Diese leitet die Steuermittel an die regionalen Kostenträger. Das System basiert auf dem Hausarztprinzip, d.h. die Patienten suchen zur Erstbehandlung den Hausarzt auf, der für die Überweisung an Spezialärzte zuständig ist. Zentrales Problem ist die unzureichende Finanzierung. Lettland investiert nur ca. 4,4 % seines BSP in das Gesundheitssystem und liegt damit im EU-Vergleich, einschließlich der neuen Mitgliedsstaaten, am Schluss. Die Patienten müssen hohe Eigenanteile von ca. 20 % der Behandlungskosten bei einer Obergrenze von ca. 130 Euro pro Jahr selbst aufbringen. Hinzu kommt die fast vollständige private Bezahlung von Zahnbehandlungen und Medikamenten. Ausgenommen sind nur Kinder, chronisch Kranke sowie Notfallpatienten.

Absicherung der Arbeitslosigkeit

Lettlands Beschäftigungssektor wurde in den 90er Jahren flexibilisiert. Seit Juni 2002 ist ein umfassendes Arbeitsgesetz in Kraft, das die Arbeitnehmerrechte und -pflichten gesetzlich festschreibt. Eine mit anderen OECD-Ländern vergleichbare, auf Beiträgen basierende Arbeitslosenversicherung wurde eingeführt. Anrecht auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bestehen für maximal neun Monate. In den ersten drei Monaten besteht eine relativ hohe Absicherung von 50 – 65 % des früheren Gehalts. Ab dem vierten Monat werden die Leistungen allerdings schrittweise auf 30 % reduziert.

Armut und Soziale Ausgrenzung

Lettland hat keine offizielle Armutsgrenze. Unterschieden wird zwischen Armen, d.h. Personen, deren Einkommen unterhalb von 75 % des von der Regierung festgelegten „Krisen-Subsistenzminimums“ liegt und Personen mit niedrigem Einkommen (weniger als 50 % des durchschnittlichen medianen Einkommens). Die ökonomische Krise der ersten Hälfte der 90er Jahre, die weiterhin niedrigen Gehälter, die mit der Preisentwicklung nicht Schritt halten, sowie die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit führte zu einer Verfestigung der Armut in Lettland. Das Statistikamt Lettlands arbeitet in Kooperation mit EUROSTAT an der Erhebung der Daten zu Armut und sozialer Ausgrenzung. Erste Zahlen zeigen hohe Einkommensunterschiede und eine Armutsrate von ca. 16,8 % nach Sozialtransfers (Commission of the European Communities 2002a: 85). Insbesondere von Armut betroffen sind Familien mit Kindern, Arbeitslose und Rentner. Die lettische Regierung begann im Jahr 2000 eine Reihe von Schritten gegen Armut und soziale Ausgrenzung einzuleiten. Ziel des Programms ist es, den Anteil der Armen in der Bevölkerung auf 10 % zu reduzieren. Die Sozialhilfe wurde dezentralisiert und an strikte Einkommenskriterien geknüpft mit dem Ziel, den am meisten Bedürftigen einen sozialen Schutz zu gewährleisten.

1.1.5 Rumänien

Die (Re-)Organisation des Wohlfahrtsstaats in Rumänien nach 1989 war geprägt von einer sehr instabil verlaufenden Entwicklung der Wirtschaft nach (zu) spät eingeleiteten bzw. zu spät greifenden Reformen im Transformationsprozess, insbesondere im Hinblick auf die Privatisierung staatlicher Betriebe, die industrielle Restrukturierung und die Modernisierung und Dezentralisierung der öffentlichen Verwaltung. Als Resultat der erst nach neun Jahren schrittweise implementierten und nicht immer konsistenten Reformen in den genannten Bereichen war das Wirtschaftswachstum von 1997 bis 2000 rückläufig. Hinzu kamen ab 1995 extrem hohe durchschnittliche jährliche Inflationsraten von bis zu über 150 % (1997); 2001 lag die Inflationsrate noch bei über 30 %.

Der wirtschaftliche Transformations- und Modernisierungsprozess in Rumänien kann nach wie vor keinesfalls als abgeschlossen gelten: Der private Sektor der Wirtschaft ist noch immer unterentwickelt, wohingegen Staatsbetriebe weiterhin eine Schlüsselrolle in vielen wirtschaftlichen Bereichen spielen.

Die Bevölkerung Rumäniens zeigt einen langsamen, aber fortgesetzten demographischen Alterungs- und Schrumpfungsprozess, der in erster Linie aus einer rückläufigen Geburtenrate resultiert und durch die Emigration rumänischer Staatsbürger verstärkt wird.

Folgende Institutionen tragen in Rumänien im Wesentlichen das System der sozialen Sicherung:

- das Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität: *Zentrale Regierungsinstitution, die die Politiken in den Bereichen Arbeit, soziale Sicherheit und soziale Solidarität ausarbeitet, ihre Umsetzung sicherstellt und koordiniert;*
- das Ministerium für Gesundheit und Familie: *Zentrale verantwortliche Behörde für den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung;*
- die nationale Behörde für Pensionen und andere Sozialversicherungen: *Anstalt des öffentlichen Rechts, die das staatliche Rentensystem und andere Sozialversicherungsansprüche organisiert und finanziell abwickelt;*
- die nationale Behörde für Gesundheitsversicherungen: *Anstalt des öffentlichen Rechts, zuständig für die Sicherstellung der Einheitlichkeit und der koordinierten Funktionsweise des Gesundheitswesens in Rumänien;*
- die nationale Agentur für die Beschäftigung der Arbeitskräfte: *Zentrale Behörde, die die Arbeitslosenversicherung leitet und verwaltet;*
- die Arbeitsinspektion: *Überwachung der Sicherheit und des Schutzes am Arbeitsplatz;*
- diverse Komitees zum Schutz von Kindern und zur Regelung von Adoptionen.

In der Organisation, Verwaltung und Finanzierung wohlfahrtsstaatlicher Aufgabenbereiche wird in Rumänien zunehmend versucht, mehr Kompetenzen und Verantwortung auf regionale Einheiten (Distrikte) und lokale Körperschaften zu übertragen.

Renten

Das neue *Rentensystem* Rumäniens basiert theoretisch auf einer Drei-Säulen-Struktur, wobei bislang allerdings in der Praxis nur die erste Säule (staatliche Altersvorsorge), ergänzt durch die dritte Säule (private Altersvorsorge, die u.a. durch Lebensversicherungen abgedeckt wird) funktioniert. Die zweite Säule, eine ebenfalls obligatorische, kapitalgedeckte Rentenversicherung, befindet sich im Aufbau.

Im Zuge einer Reform (2000) wurden die verschiedenen Rentensysteme, die für unterschiedliche Berufsgruppen bestanden, zusammengefasst und obligatorische Beitragszahlungen für abhängig Beschäftigte, Selbständige, Arbeitslose u.a. eingeführt. Basis für die Berechnung der Ansprüche ist im neuen System die Anzahl von Beitragsmonaten. Das Renteneintrittsalter beträgt bei Frauen 60 Jahre und bei Männern 65

Jahre. Die Mindestzahl von Beitragsjahren für den Erwerb von Rentenansprüchen beträgt für Männer und Frauen 15 Jahre; voller Rentenanspruch besteht nach 30 (für Frauen) bzw. 35 (für Männer) Beitragsjahren.

Darüber hinaus soll durch das neue System die private Säule der Altersvorsorge und allgemein die Bildung privater Rücklagen (Sparen) angeregt werden. Angesichts der hohen Inflationsraten, der desolaten Wirtschaftslage und der Armut in weiten Teilen der Bevölkerung drängt sich allerdings die Frage auf, welche Art von Anreizen dabei zum Erfolg führen könnte. De facto sind in Rumänien bislang funktionierende Familienverbände die sicherste Art der Altersvorsorge; ohne sie ist das Überleben unter den gegebenen Bedingungen sehr schwer.

Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen Rumäniens wird aus obligatorischen Beiträgen finanziert, die zu gleichen Teilen (jeweils 7 %) von Arbeitgebern und Arbeitnehmern eingezahlt werden. Rentner, Arbeitslose und Selbständige zahlen 7 % ihres Monatseinkommens ein. Alle Versicherten erhalten alle medizinisch notwendigen Behandlungen; unabhängig von der absoluten Höhe ihrer Beiträge. Das Gesundheitswesen baut bei allen Behandlungen, die keine Grundversorgung, Notfallbehandlungen oder vorbeugende Maßnahmen (Impfungen) darstellen, auf einem System auf, in dem der Hausarzt die Patienten für weitergehende Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen an Kliniken oder Spezialisten überweisen muss.

Absicherung bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit erscheint in Rumänien (noch) nicht als eines der zentralen Probleme. Seit 1998 steigt die Zahl der Arbeitslosen jedoch – wieder – und betrug im Jahre 2000 7,1 %. Dabei lag die Zahl der arbeitslosen Männer mit 7,7 % höher als die der als arbeitslos registrierten Frauen (6,4 %). Die Mehrzahl der Beschäftigten in Rumänien arbeitet im primären Sektor (40 %), während nur 29,4 % der Beschäftigten im sekundären und 30,6 % der Beschäftigten im tertiären Sektor arbeiten. Modernisierungs- und Umstrukturierungsprozesse in allen drei Wirtschaftssektoren lassen jedoch erwarten, dass die Zahl der Arbeitslosen insbesondere im sekundären Sektor zunehmen wird; die Zahl der Beschäftigten in der Landwirtschaft dürfte ebenfalls zurückgehen. Die Arbeitslosenversicherung in Rumänien wird durch Beiträge der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der Selbständigen finanziert. Arbeitslosengeld erhält, wer die Definitionskriterien der „Arbeitslosigkeit“ erfüllt und eine bestimmte Mindestanzahl von Monaten in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt hat. Arbeitslosengeld wird für maximal zwölf Monate gezahlt und beträgt 75 % des Mindestbruttolohns.

Armut und soziale Ausgrenzung

Im Bereich der Armutsbekämpfung stellen sich in Rumänien als Folge der negativen wirtschaftlichen Entwicklung und der anhaltend hohen Inflationsraten große Herausforderungen. 2001 definierte die rumänische ‚Nationale Kommission gegen die Armut und für die Förderung der sozialen Eingliederung‘ eine offizielle Armutsgrenze, basierend auf den national und relativ definierten Konzepten „Armut“ und „große Armut“. Im Jahr 2000 waren demnach 30,6 % der Bevölkerung „arm“ und weitere 12,2 % „sehr arm“. Insbesondere junge Menschen (0-25 Jahre) und Familien mit mehr als drei Kindern waren von Armut betroffen (84 % dieser Familien wurden 1998 als „arm“ eingestuft).

Die Mittel für die Sozialhilfe werden hauptsächlich aus dem Staatshaushalt finanziert. Die Doppelung von Organisations- und Verwaltungsstrukturen im Bereich der Sozialhilfe und das Fehlen qualifizierter Sozialarbeiter mit klar definierten Aufgaben führt jedoch dazu, dass eine effektive Sozialarbeit so gut wie nicht durchgeführt werden kann.

Das soziale Sicherungssystem Rumäniens befindet sich in einem voraussichtlich noch Jahre anhaltenden Wandlungs- und Reformprozess, durch den eine Gleichgewichtigkeit von sozialer Grundversorgung durch den Staat, Solidarität und Eigenverantwortung erreicht werden soll. Die unterschiedlichen Komponenten dieses Systems sind weiterhin stark unterfinanziert bzw. bauen auf schwer kalkulierbaren Finanzierungs-

grundlagen auf. Die bislang angestrebten, oft zu kleinen und zögerlichen Reformschritte z.B. im Bereich der Altersrenten haben noch nicht zur Etablierung eines transparenten, verlässlichen Systems der Alterssicherung geführt. Die schwierige wirtschaftliche Lage Rumäniens lässt erwarten, dass sich auch in den nächsten zehn bis 15 Jahren nur langsam Verbesserungen des Wohlfahrtsniveaus abzeichnen werden.

1.2 Vergleichende Analyse ausgewählter Bereiche sozialer Sicherheit

Nach der Darstellung der Systeme der sozialen Sicherheit in fünf ausgewählten MOEL werden in diesem Abschnitt in einem vergleichenden Überblick die Probleme der Altersrente, der Gesundheitsversorgung, der Arbeitslosenversicherung und der Armut in den zehn MOEL untersucht.

1.2.1 Altersrenten

Die mittel- und osteuropäischen Länder (MOEL) haben nach dem Zusammenbruch des kommunistischen Regimes ihre Rentensysteme auf beitragsfinanzierte Umlagesysteme vom Typ Bismarck umgestellt. Diese Systeme werden durch Beiträge oder Sozialsteuern der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber finanziert. In bislang fünf der zehn MOEL ist dieses einkommensbezogene Rentensystem in den letzten Jahren durch eine kapitalgedeckte Rentenversicherung als zweite Säule ergänzt worden (Bulgarien, Estland, Lettland, Polen und Ungarn). Auch diese Säule wird aus Beiträgen oder Sozialsteuern finanziert. Um aber eine stärkere Belastung von Arbeitgebern und Arbeitnehmer zu vermeiden, werden diese Finanzbeiträge aus den Mitteln der ersten Säule abgezweigt. Die Höhe der Beiträge bzw. der Sozialsteuern für die Finanzierung der Rentensysteme in den MOEL divergiert sehr stark, sie schwankt zwischen 19 % und 35 %.

Im Zuge des Transformationsprozesses der MOEL ist die Belastung der Rentensysteme aus mehreren Gründen stark gewachsen. Zum einen ist der Anteil der Schattenwirtschaft am BIP in diesen Ländern doppelt so hoch wie in 21 OECD-Staaten. Diese Größe schwankt zwischen 18 % in der Slowakei und 36 % in Rumänien (Schmähl 2002: 63). Die Schattenwirtschaft unterhöhlt die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Dasselbe gilt zum anderen für die hohe Arbeitslosigkeit, die in einigen MOEL immer noch über 10 % liegt und somit die Zahl der Beitragszahler erheblich reduziert. Schließlich ist durch die Politik der Frühverrentung im Rahmen der Privatisierung der Wirtschaft die Zahl der Leistungsempfänger stark angewachsen. Durch diesen Sandwicheffekt ist die systemische Abhängigkeitsquote (Zahl der Rentner in Relation zu den Beitragszahlern) von 1991 bis 2000 sehr stark gestiegen, und zwar am markantesten in Bulgarien, Ungarn, Lettland, Litauen und Rumänien (Schmähl 2002: 39).

Als zusätzlicher aktueller Belastungsfaktor kommt in denjenigen fünf Ländern, die eine zweite, kapitalgedeckte Säule in ihr Rentensystem eingeführt haben, eine Unterfinanzierung der ersten Säule hinzu. Diese Belastung ergibt sich aus der Umschichtung der Finanzbeiträge aus der ersten Säule in das neue kapitalgedeckte System.

Neben diesen aktuellen Finanzierungsproblemen kommen mit dem demographischen Wandel in Zukunft weitere Belastungen auf die Rentensysteme zu. Zwar lag der Altenquotient der MOEL im Jahre 2000 unter dem Mittel der EU-15, bereits im Jahre 2025 hat dieser Wert aber die Werte der EU-15 erreicht, und im Jahre 2050 wird die demographische Struktur der neuen Mitgliedsstaaten wesentlich schlechter sein als diejenige des alten Europa (Pimpertz 2004: 6f).

Als letzter Risikofaktor sind die Stabilitätskriterien der WWU zu erwähnen, die die neuen Staaten in den nächsten Jahren zwingen werden, die Haushaltsdefizite auf 3 % des BIP zu begrenzen. Dadurch werden die MOEL die Staatszuschüsse für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme reduzieren müssen.

Der Summe dieser Risikofaktoren versuchen die MOEL in den letzten Jahre mehr oder weniger intensiv durch eine Reihe von Reformmaßnahmen zu begegnen. Neben der Erhöhung des Renteneintrittsalters, der Verschlechterung der Anwartschaftsvoraussetzungen, der Reduktion der automatischen Anpassungen der Renten (Indexformeln) sind hier die bereits erwähnten Ergänzungen der Systeme um eine zweite Säule zu

nennen. Auch eine stärkere staatliche Förderung der so genannten dritten, privatfinanzierten Säule ist hier und da anzutreffen.

In diesem Kontext sind auch die viel beachteten Reformen Polens und Lettlands in der ersten, umlagefinanzierten Säule zu erwähnen, die durch die Reformen in Schweden inspiriert wurden. Hier geht es um einen Wechsel von einem leistungsbezogenen Ausgabensystem (defined benefit scheme) in ein beitragsbezogenes Ausgabensystem (notional defined contribution scheme, NDC). In diesem neuen System errechnen sich die Renten aus dem Verhältnis aus eingezahlten (verzinsten) Beiträgen und der Lebenserwartung im Renteneintrittsjahr. Damit wird analog zu den kapitalgedeckten Systemen (financial defined contribution scheme, FDC) eine enge Beziehung zwischen Beiträgen und Rentenhöhe erreicht, während diese Relation in den leistungsbezogenen Ausgabensystemen durch interpersonelle und intertemporale Umverteilungselemente stark verändert werden kann. In vielen MOEL sind diese Umverteilungseffekte zwischen unterschiedlichen Einkommenskategorien und zwischen den Generationen beträchtlich. Dies gilt nicht nur für die Länder, die noch keine zweite Säule eingeführt haben, sondern auch für drei der fünf oben erwähnten Reformstaaten, nämlich Estland, Ungarn und Bulgarien, die zwar ein kapitalgedecktes System eingeführt, dabei aber die erste Säule nicht verändert haben.

Wollte man die Rentensysteme in den MOEL typologisieren, dann würden sich verschiedene Kriterien für die Klassifizierung anbieten. Ein Kriterium könnte die Einführung der zweiten Säule sein, womit sich dann eine hälftige Splittung der zehn MOEL ergäbe. Ein weiteres Kriterium könnte die Beitrags-Leistungsrelation in der ersten Säule sein, womit sich dann Polen und Lettland aus der Gruppe der Reformstaaten durch die Einführung eines NDC besonders hervorheben würden.

1.2.2 Gesundheitswesen

Alle zehn mittel- und osteuropäischen EU-Beitrittsländer bzw. Beitrittskandidaten besitzen – im Gegensatz zu Zypern, Malta und der Türkei – ein soziales System der Gesundheitsversicherung. Allerdings gibt es zwischen den MOEL deutliche Differenzen im Hinblick auf die Finanzierung und die Leistungsfähigkeit ihrer jeweiligen Systeme, die sich im Gesamtbild aber wiederum mindestens ebenso deutlich von westeuropäischen Systemen und Standards der Gesundheitsversorgung unterscheiden.

Sowohl die Lebenserwartung als auch die „Gesundheitserwartung“ ist (insbesondere für Männer, und hier wiederum in erster Linie in den drei baltischen Staaten) in den MOEL allgemein deutlich niedriger bzw. schlechter als im Durchschnitt der EU-15 (Lebenserwartung Männer: 68 Jahre im Vergleich zu 75 Jahren im EU-15 Durchschnitt; Frauen: 77 Jahre im Vergleich zu 81 Jahren im EU-15 Durchschnitt) (Mossialos et. al. 2002: 73ff, 85ff). Der Anteil von chronisch Kranken in den Bevölkerungen der MOEL ist ebenfalls deutlich höher als in der alten EU-15.

Hierfür sind drei Hauptursachen auszumachen:

- kulturell, sozial und umwelttechnisch bedingte Gesundheitsrisiken (fettreiches Essen, Alkoholismus, Zigarettenkonsum, Zahl der Verkehrsunfälle aufgrund von Alkoholkonsum und dem schlechten Zustand der Verkehrswege);
- fehlende Prävention, z.B. im Hinblick auf Alkoholismus, Krebsvorsorge und Impfungen (TBC);
- bestehende Versorgungslücken im Gesundheitssektor, wie z.B. die nur langsam einsetzende Versorgung mit kostspieligeren Behandlungsmethoden (Chemotherapie u.a.).

Die Herausforderungen, die sich den MOEL im Bereich Gesundheitswesen stellen, ergeben sich als jeweilige Konsequenzen aus den oben genannten Defiziten. Grundlegendes Problem ist und bleibt jedoch in allen MOEL die Bereitstellung eines Budgets, das flächendeckend eine ausreichende und effiziente medizinische Grundversorgung aller Bürgerinnen und Bürger garantiert. Darüber hinaus fehlt es in der Mehrzahl der MOEL nach wie vor an ausreichenden technischen und administrativen Kapazitäten in der Organisationsstruktur des Gesundheitswesens. Höchst problematisch ist, dass – entgegen aller politischen Rhetorik – in der Realität nach wie vor große Teile der Bevölkerung in den MOEL aus unterschiedlichen Gründen (finan-

zielle Defizite, räumliche Distanz, keine Anerkennung eines Versichertenstatus für Arbeitslose, Selbständige und Studenten) aus dem Gesundheitssystem ausgeschlossen bleiben.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist seit dem Beginn des Transformationsprozesses in den MOEL radikalen Reformen und Veränderungen unterworfen gewesen. Hauptziel dabei war es, das zentralisierte Modell gleichförmiger staatlicher Versorgung durch ein dezentralisiertes Vertragsmodell der sozialen Gesundheitsversicherung zu ersetzen.

In den frühen 1990er Jahren brach die Finanzierung des Gesundheitswesens in vielen der MOEL komplett zusammen (Mossialos et. al. 2002: 107). Seit 1991/92 wurden Reformen eingeführt, die die *Beiträge zur Sozialversicherung* zur ersten und wichtigsten Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens machen sollten. Mehrheitlich blieben diese Reformen jedoch aufgrund negativer wirtschaftlicher Entwicklungen, hoher Arbeitslosenzahlen, Armut in der Bevölkerung und nicht zuletzt auch aufgrund der institutionellen und politischen Umwälzungen in den 1990er Jahren nur Reformen auf dem Papier; die tatsächliche Umsetzung in der Praxis blieb aus. Das heißt auch, dass große Teile des Gesundheitswesens in den MOEL weiterhin aus dem *allgemeinen Steueraufkommen* finanziert werden, was in einer chronischen Unterfinanzierung des Gesundheitssektors resultiert. Vorwiegend steuerfinanzierte Gesundheitssysteme finden sich heute noch in Bulgarien, Rumänien, Polen und Lettland; (theoretisch) überwiegend beitragsfinanzierte Systeme dagegen in Slowenien, der Slowakei, der Tschechischen Republik, Estland, Litauen und Ungarn. In den beitragsfinanzierten Systemen differiert die Verteilung der zu zahlenden Beiträge zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern extrem (von 100 % Beitragszahlung durch den Arbeitnehmer in Polen bis hin zu 100 % Beitragszahlung durch den Arbeitgeber in Estland; Übersicht: Mossialos et. al. 2002: 100).

Formal festgelegte sowie insbesondere informelle *Zuzahlungen* (bis hin zur Korruption) für Behandlungen, stationäre Aufenthalte, kostspieligere Behandlungsmethoden und Hilfsmittel sind in der Mehrzahl der MOEL weiterhin die Regel und stellen neben Beitragszahlungen und Steuern die dritte Finanzierungsquelle des Gesundheitswesens dar.² Hiervon sind insbesondere chronisch Kranke und Arme (in ländlichen Gegenden) sehr negativ betroffen. Pläne, die Kosten im Gesundheitssektor durch die Definition eines „Grundpaketes“ von Leistungen zu dämpfen bzw. leichter kalkulierbar zu machen, sind bislang meist gescheitert.

Angebote für private Zusatzversicherungen gibt es in den MOEL faktisch bislang kaum, obwohl politisch durchaus gewollt.

Die Versorgungslage im Gesundheitssektor der MOEL ist in vielerlei Hinsicht nicht vergleichbar mit den Standards, die in westeuropäischen Ländern als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Die Tatsache, dass viele Krankenhäuser in ländlichen Regionen bis Mitte der 90er Jahre nicht über eine Warmwasserversorgung verfügten, mag dies illustrieren.

In einigen MOEL (Polen und Rumänien) wurde in den 90er Jahren auch der Gesundheitssektor dezentralisiert, was die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur, aber auch, was den Einzug und die Verwaltung der finanziellen Mittel betrifft. Dies führt nicht selten zu Problemen bei der Zuweisung bzw. der Umverteilung von Ressourcen innerhalb einzelner Staaten, die nach sehr unterschiedlichen und oft sehr wenig differenzierten Kriterien vorgenommen wird.

Die fortbestehende chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens und die daraus resultierenden Versorgungslücken in der überwiegenden Mehrzahl der MOEL führt zu großen Problemen insbesondere für sozial schwächere Gruppen (Arme, Arbeitslose, Landbevölkerung, chronisch Kranke und ethnische Minderheiten). Der allgemeine Trend in den MOEL geht – insbesondere im Vorfeld eines EU-Beitritts – hin zu einer Verringerung der staatlichen (relativen und absoluten) Ausgaben für Gesundheit. Wie sich die finanzielle Ausstattung und die organisatorische Reform und Modernisierung des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren entwickeln wird, hängt nicht nur von der wirtschaftlichen Entwicklung in den MOEL ab,

2 Dabei werden in einem Bericht der Weltbank für das Jahr 2000 noch Prozentsätze von 21 % bis 78 % aller Maßnahmen im Gesundheitssektor genannt, die durch private Zuzahlungen der PatientInnen direkt finanziert werden (GVG 2003: 96).

sondern auch von Faktoren, wie dem politischen Willen zu einer umfassenden, verlässlichen und einheitlichen Implementation von Reformen sowie der Einhaltung von Regeln durch die Versicherten und die Beschäftigten im Gesundheitssektor.

Die Auswirkungen des EU-Beitritts auf das Gesundheitswesen der MOEL lassen sich in diesem Zusammenhang nur schwer abschätzen: Mögliche positive Folgen wie finanzielle Unterstützung (PHARE) oder größere Sicherheit im pharmazeutischen Bereich stehen potenziellen negativen Auswirkungen (wie z.B. steigenden Preise im Gesundheitssektor) gegenüber (Mossialos et. al. 2002: 141).

1.2.3 Arbeitslosenversicherung

Primäre Funktion der Arbeitslosenversicherungen in den MOEL ist in Analogie zu den westeuropäischen Ländern der Einkommensersatz bzw. die Existenzsicherung bei auftretender Arbeitslosigkeit. Allen Ländern gemein ist dabei, dass die Arbeitslosenversicherung nur vorübergehend diese Ausgleichsfunktion übernehmen und durch eine aktive Arbeitsmarktpolitik die Rückkehr zur Erwerbstätigkeit unterstützt werden soll. Waren die Ersatzleistungen in einigen Ländern zunächst recht großzügig bemessen, wurden im Zuge der steigenden Arbeitslosenzahlen entsprechende Kürzungen vorgenommen, um die Staatshaushalte zu entlasten. *Schüttpelz* weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass entgegen der gängigen Auffassung, umfangreiche Arbeitslosenunterstützung erzeuge negative Beschäftigungsanreize, diese Konsolidierung nicht zu signifikant mehr Übergängen von Arbeitslosigkeit in Beschäftigung geführt habe (*Schüttpelz* 2003: 37).

Bei der Finanzierung der Arbeitslosenversicherung lassen sich zwischen den betrachteten Ländern Unterschiede, aber – mit Blick auf eine Typologisierung – auch Gemeinsamkeiten feststellen. Alle Länder haben entweder rein beitragsfinanzierte (Tschechische Republik, Ungarn, Litauen, Rumänien) oder mischfinanzierte (Bulgarien, Lettland, Polen, Slowakei, Slowenien) Systeme errichtet, die sowohl durch Beiträge als auch durch staatliche Zuschüsse finanziell gedeckt werden. Lediglich Estland verfügt neben der Beitragsdeckung über eine steuerfinanzierte Komponente.

Im Hinblick auf die Frage, wer für die Finanzierung aufkommt, sind verschiedene Akteure bzw. Akteurskonstellationen anzuführen. Es ist zu differenzieren zwischen³

- einer einseitigen Finanzierung durch die Arbeitgeber (Polen, Litauen)
- der Finanzierung sowohl durch die Arbeitnehmer als auch durch die Arbeitgeber (Ungarn, Estland, Lettland, Bulgarien, Rumänien, Slowenien, Tschechische Republik) und
- der Finanzierung durch die Arbeitnehmer (Slowakei).

Damit bietet sich in den MOEL ein ähnliches Bild wie in Westeuropa. Auch hier reicht die Bandbreite von einer fast ausschließlichen Finanzierung durch die Arbeitnehmerbeiträge (Schweden)⁴ bis hin zur einseitigen Finanzierung durch die Arbeitgeberseite (Spanien). Mit Blick auf die Typologisierung ist weiterhin hervorzuheben, dass es sich bei der Absicherung gegen Arbeitslosigkeit für die abhängig Beschäftigten überwiegend um Pflichtversicherungen handelt. In Slowenien können sich dagegen Selbständige freiwillig versichern. Das Höchstalter für den Bezug von Leistungen ist dabei in allen betrachteten Ländern in der Regel an das Renteneintrittsalter gekoppelt.

In allen MOEL sind darüber hinaus mit dem Bezug von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung gewisse Anspruchsvoraussetzungen verknüpft. Innerhalb eines festgelegten Zeitraumes (bspw. von zwölf Monaten in Lettland bis vier Jahren Ungarn) vor der Arbeitslosigkeit müssen für eine ebenfalls fixierte Periode (von neun Monaten in Bulgarien bis 24 Monate in der Slowakei) Beiträge entrichtet worden sein. Ebenso wie in den westeuropäischen Systemen bedeutet dies, dass die Versicherten bei einem Wechsel zwischen Arbeitslosigkeit und Berufstätigkeit nicht immer einen Versicherungsschutz erhalten.

3 Die Gruppe der Selbständigen findet hier keine Berücksichtigung

4 In Schweden sind die Arbeitgeber allerdings indirekt über Transfers in den so genannten Arbeitsmarktfonds an der Finanzierung beteiligt. In der Slowakei zahlen auch Selbständige in die Arbeitslosenversicherung ein.

Beim Leistungsniveau selbst ergibt sich ein uneinheitliches Bild, nicht immer ist die Bemessungsgrundlage aus den vorliegenden Daten klar erfassbar. In der Regel ist jedoch die Höhe der Bezüge an den letzten Durchschnittslohn gekoppelt. Bspw. erhalten arbeitssuchende Personen in Bulgarien 60 % des Durchschnittseinkommens der letzten neun Versicherungsmonate, in Estland 50 %, in der Tschechischen Republik 50 % und in Ungarn 65 % des letzten Durchschnittseinkommens. In Rumänien werden 75 % des Mindestbruttolohns und in Polen Leistungen nur pauschaliert gezahlt (GVG 2003, Band 41 und 42).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Arbeitslosenversicherungssysteme der MOEL Parallelen zu den westeuropäischen Systemen aufweisen. Arbeitslose erhalten für einen bestimmten Zeitraum Ersatzleistungen aus der Sozialversicherung. Die Systeme sind – ähnlich wie in Westeuropa – nicht dafür konzipiert, Langzeit- und Massenarbeitslosigkeit sozial abzusichern. Zwar sind nicht alle neuen EU-Länder von diesem Phänomen betroffen, aber insbesondere Polen, die Slowakei, Litauen und Lettland haben mit anhaltend hohen Arbeitslosenquoten zu kämpfen.

1.2.4 Armut und soziale Ausgrenzung

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union schließen sich die mittel- und osteuropäischen Staaten nicht nur dem Binnenmarkt der Union an, sondern partizipieren gleichberechtigt an der Verwirklichung des Europäischen Sozialmodells. Armut und soziale Ausgrenzung stellen in diesem Rahmen eine zentrale Komponente dar. In Artikel 136 und 137 des Amsterdamer Vertrags wurde die Bekämpfung von Armut und soziale Ausgrenzung als sozialpolitisches Ziel der Europäischen Union definiert (Kommission der EG 2002b: 13).

Ein methodisches Grundproblem in der Analyse von Armut und soziale Ausgrenzung, insbesondere im internationalen Kontext, besteht in der Definition und damit der internationalen Vergleichbarkeit von Armut. Hinter den Divergenzen in der Armutsdefinition verbergen sich eine Vielzahl unterschiedlicher normativer Ansätze, die entsprechend der jeweiligen politischen Wertvorstellung und Lösungsstrategie gewählt werden. Die in den MOEL bestehenden Armutsdefinitionen sind methodisch nicht einheitlich. Nur eine Minderheit der Länder hat eine offizielle Armutsgrenze (Slowenien, Litauen). In der Mehrzahl der Länder wird der Sozialhilfeszatz als Hilfskonstrukt zur Definition herangezogen (z.B. Lettland, Tschechische Republik, Ungarn, Polen). Wiederum andere legen ein Subsistenzminimum fest (Beispiel Estland, Lettland⁵ und die Slowakei). Im Gegensatz zu diesen absoluten Armutsdefinitionen verwendet die Europäische Union einen relativen Armutsbegriff, der Personen mit einem Einkommen unterhalb 60 % des durchschnittlichen medianen Einkommens innerhalb eines Landes als arm einstuft. Um zu einer besseren Vergleichbarkeit zu gelangen, wurde in der Europäischen Union ein drei Ebenen umfassendes System von Indikatoren entwickelt. Problematisch ist jedoch, dass aufgrund des durchschnittlich niedrigen Einkommens in den MOEL die Zahl der von Armut betroffenen bei der von der EU festgelegten Armutsdefinition signifikant niedriger ist als bei der auf nationaler Ebene gewählten absoluten Armutsdefinition (Evans 2002: 177).

Die öffentliche Wahrnehmung und Debatte zum Thema Armut und soziale Ausgrenzung hat sich in den neuen mittel- und osteuropäischen EU-Ländern sowie Bulgarien und Rumänien – nicht zuletzt durch Anregung von Weltbank, UNDP und EU – erst in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ausgeprägt. Das sozialistische Sozialsystem glaubte, Armut überwunden zu haben. Jedem arbeitsfähigen Mitglied der Gesellschaft wurde ein Arbeitsplatz garantiert. Löhne und Gehälter waren niedrig und die Einkommensdifferenzen innerhalb der Gesellschaft gering. Durch eine Kombination von staatlichen Subventionen (Grundnahrungsmittel, Wohnraum, Transportmittel, Energie) und staatlich festgelegten Preisen sollte der Lebensunterhalt der Bevölkerung gedeckt werden.

Aufgrund des durchgreifenden ökonomischen und gesellschaftlichen Reformprozesses wurde in der Transformationsperiode in den MOEL mit einem vorübergehenden Anstieg der Armut gerechnet. Nicht erwartet wurde jedoch das Ausmaß lang anhaltender Armut.

5 Lettland hat zudem die Besonderheit im nationalen Kontext drei Definitionen zu gebrauchen (vgl. Evans 2002: 165).

Zwischen den zu betrachtenden Ländern bestehen dabei erhebliche Unterschiede. Während die Tschechische Republik durchgehend niedrige Armutsraten unter 2 % der Bevölkerung aufweist, verzeichneten Rumänien und Bulgarien in den 90er Jahren Armutsraten von über 20 % (Horstmann/Kaiser 2002: 27).⁶

Armut und soziale Ausgrenzung trifft weite Teile der Bevölkerung. Einige Personengruppen sind aufgrund ihrer Lebenssituation besonders gefährdet. An erster Stelle sind hier in allen MOEL allein erziehende Eltern – in der Regel Mütter – mit ihren Kindern sowie Arbeitslose (insbesondere Langzeitarbeitslose) und ihre Familien zu nennen. Frauen haben insgesamt ein erhöhtes Armutsrisiko aufgrund diskontinuierlicher Erwerbsbiographien (durch Kindererziehung und schwierige Bedingungen beim Wiedereinstieg in den prekären Arbeitsmarkt nach der Familienphase), die im Alter in niedrige und häufig unzureichende Rentensprünge münden. Familien mit drei und mehr Kindern sind ebenfalls häufig von Armut betroffen, gefolgt von ethnischen Minoritäten und Haushalten, deren Haushaltsvorstand eine geringe Allgemeinbildung bzw. eine geringe berufliche Qualifikation besitzt. Jugendliche, die noch keine Ausbildung absolvieren konnten, keine Berufserfahrung haben oder eine geringe Schulbildung mitbringen sind ebenfalls häufiger von Armut bedroht als der Durchschnitt der Gesellschaft.

Die neuen EU-Staaten sowie Bulgarien und Rumänien haben begonnen, nach Lösungen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung zu suchen. Diese umfassen ein breites politisches Maßnahmenspektrum, insbesondere eine aktive Beschäftigungspolitik zur Verminderung der Arbeitslosigkeit. Arbeitslosenunterstützungs- und Sozialhilfesysteme wurden in allen Ländern entwickelt, jedoch mit einem sehr unterschiedlichen Leistungsumfang. Weitere Maßnahmen umfassen Kinder- und Familienleistungen und Soziale Dienste.

1.3 Zur Frage der Typologisierung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL

Die wissenschaftliche Literatur zur Typologie der Wohlfahrtsstaaten orientiert sich sehr stark an der von *Esping-Andersen* vorgeschlagenen Drei-Welten-Einteilung, die den liberalen, den konservativen und den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat von einander abgrenzt. In Erweiterung dieser Perspektive wird von einigen Autoren als vierter Typ der in Südeuropa verbreitete „rudimentäre“ Wohlfahrtsstaat unterschieden. Im Hinblick auf die MOEL stellt sich die Frage, ob sich deren soziale Sicherungssysteme in dieses Klassifikationsschema einpassen oder mit dem Beitritt dieser Länder zur EU die Wohlfahrtsstaatstypologie vor einer neuen Herausforderung steht.

Bislang hat jede Erweiterungsrunde der Europäischen Gemeinschaft auch zu einer Erweiterung des Spektrums an Wohlfahrtsstaaten im integrierten Europa geführt. Dem konservativen Bismarcktyp des Wohlfahrtsstaats, der in der 6er Gemeinschaft dominierte, wurde 1973 das liberale angelsächsische Typ hinzugefügt, 1981 und 1986 das südeuropäische, rudimentäre Modell und 1995 schließlich der nordische Typ des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaats. In Bezug auf den Beitritt der MOEL sind erneut einige Autoren aufgrund des lückenhaften Wohlfahrtsstaats in den osteuropäischen Ländern und deren historischen Traditionen der Auffassung, es handele sich hier gewissermaßen um einen neuen, fünften Typ von Wohlfahrtsstaaten in Europa (Pakaslahti/Pochet 2003).

Die wissenschaftliche Diskussion über diese Frage hat jedoch gerade erst begonnen und dürfte angesichts der komplexen Mischstruktur der sozialen Sicherungssysteme in den MOEL noch zu vielen Kontroversen führen.

In diesen Ländern wirken einerseits zurzeit noch in vieler Hinsicht die historischen Traditionen des realen Sozialismus fort. Andererseits werden diese aber durch den seit 1989 anhaltenden Prozess der Reformen zunehmend erodiert, wobei diese Staaten hierbei eher unorthodox in allen drei wohlfahrtsstaatlichen Welten Anleihen machen. Im Resultat bilden sich dabei Mischsysteme heraus, die sich gegen eindeutige Klassifizierungen im traditionellen Sinne sperren. Dieser Trend der Auflösung der drei Welten ist jedoch ein Pro-

6 Diesem Vergleich liegt eine absolute Armutsdefinition von weniger als 2 US – Dollar Einkommen pro Tag zugrunde

zess, der im Zuge der Reformen des Wohlfahrtsstaats zunehmend auch in der EU-15 zu beobachten ist, ein Problem, das wir weiter unten bei der Diskussion der europäischen Perspektiven des Wohlfahrtsstaats noch einmal aufgreifen werden.

Als Fortwirken der Traditionen des realen Sozialismus sind verschiedene Elemente des Wohlfahrtsstaats in den MOEL zu betrachten. Auffällig sind zunächst die gemessen am niedrigen Pro-Kopf-Einkommen relativ hohen Sozialleistungsquoten dieser Länder, was auf die Tradition einer starken sozialen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im alten politischen System verweist. Darüber hinaus enthalten die sozialen Sicherungssysteme vieler dieser Staaten hohe Umverteilungskomponenten, z.B. in der ersten Säule der Rentensysteme (Rentenformel, Mindestrenten) und bei den Familienleistungen (Kindergeld). Auch im Gesundheitssektor sind die Spuren des realen Sozialismus präsent, so in der nach wie vor dominanten Rolle der staatlichen Krankenhäuser bei der medizinischen Versorgung und damit einhergehend der geringen Zahl niedergelassener Ärzte. Das System der informellen Zuzahlungen, das in vielen Ländern ein Viertel bis ein Drittel der Gesundheitsausgaben umfasst, lässt sich ebenfalls bis in die Zeit des realen Sozialismus zurückverfolgen (Mossialos et. al. 2002).

Trotz dieser vielfältigen Pfadabhängigkeit der Systeme, die manche Autoren dazu veranlasst, von postsozialistischen Wohlfahrtsstaaten zu sprechen, sollte aber nicht übersehen werden, dass alle diese genannten Elemente durch den anhaltenden Reformprozess immer mehr abgeschwächt bzw. verändert werden. Die Sozialleistungsquoten sinken, die sozialen Umverteilungskomponenten werden eliminiert oder reduziert und auch im Gesundheitssektor sollen die Reformen die Relikte des Sozialismus beseitigen.

Betrachtet man die neuen Systeme in den MOEL durch die Brille der drei Welten, dann könnte zunächst von einer Dominanz des Bismarcktyps gesprochen werden. Die Rentensysteme sind vielfach beitragsfinanziert und auch der Gesundheitssektor basiert in sechs der zehn Staaten überwiegend auf Sozialbeiträgen. Allerdings wird das Gesundheitswesen in Polen, Lettland, Bulgarien und Rumänien weit überwiegend aus dem Staatshaushalt gespeist, was eher dem Beveridge-Modell entspricht. Auch das nach wie vor in allen Staaten sehr ausgeprägte System der Zuzahlungen passt nicht in das Modell des konservativen Wohlfahrtsstaats, wohl aber in das liberale Modell, wenngleich seine Genese in den MOEL keineswegs als liberal klassifiziert werden kann. Schließlich sind die Rentenreformen in fünf der zehn Länder zu berücksichtigen, die eine zweite, kapitalgedeckte Säule eingeführt haben und in Polen und Lettland sogar die erste Säule radikal in ein beitragsfinanziertes Ausgabensystem (NDC) transformiert haben. Diese Reformen, die eine enge Beziehung zwischen den Beitragszahlungen und den Rentenleistungen herstellen und somit personelle und intertemporale Umverteilungskomponenten eliminieren, müssen – obgleich auch Schweden dieses System in seiner ersten und seiner zweiten Säule eingeführt hat – als „liberal“ bezeichnet werden.

Nimmt man alles zusammen: die sozialistischen Traditionen, die ursprünglich bismarckschen Rentensysteme, die teils steuer-, teils beitragsfinanzierten Gesundheitssysteme und schließlich die Rentenreformen der letzten Jahre, die einen eindeutig liberalen Zuschnitt haben, dann vermischen sich inzwischen ganz unorthodox alle drei traditionellen Wohlfahrtswelten.

1.4 Sozialkostenkonkurrenz zwischen den MOEL und der EU-15

In diesem Abschnitt sollen nicht diese Reformen beleuchtet werden, sondern die Frage der relativen Bedeutung des Wohlfahrtsstaates in den Beitrittsländern quantitativ untersucht werden. Dabei geht es um eine Abschätzung des Wettbewerbsdrucks, den die Systeme dieser Staaten auf die Systeme der alten EU-Staaten ausüben können, ein Problem, das insbesondere nach der Einführung des Euro in den MOE-Staaten eine wachsende Bedeutung erlangen wird.

In früheren Untersuchungen (Busch 1998; Busch 2001) konnte ich zeigen, dass zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und den Sozialleistungsquoten der EU-Staaten eine sehr enge Korrelation besteht. Je höher das Entwicklungsniveau eines Staates, desto höher seine relativen Sozialausgaben. Reichere Länder geben also nicht nur absolut, sondern auch relativ mehr Geld für die sozialen Sicherungssysteme aus.

Tabelle 1: Sozialleistungsquoten und Pro-Kopf-Einkommen

1999	BIP pro Kopf (bei Kaufkraftparität) in tausend	Sozialausgaben in % des BIP
Belgien	22,4	28,2
Bulgarien	6	16,2
Dänemark	25,3	29,4
Deutschland	22,5	29,6
Estland	7,7	16,4
Finnland	21,4	26,7
Frankreich	20,8	30,3
Griechenland	14,3	25,5
Großbritannien	21,8	26,6
Irland	23,6	14,7
Italien	21,8	25,3
Lettland	6,1	17,8
Litauen	7,3	16,6
Niederlande	24,6	28,1
Österreich	23,3	28,6
Portugal	15,7	22,9
Rumänien	5,8	14,5
Schweden	21,7	32,9
Slowenien	15	25,9
Slowakei	10,2	17,9
Spanien	17,1	20
Tschechien	12,7	18,8
Ungarn	10,6	17,8

Quelle: Europäische Kommission 2002; Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung 2003

Schaubild 1

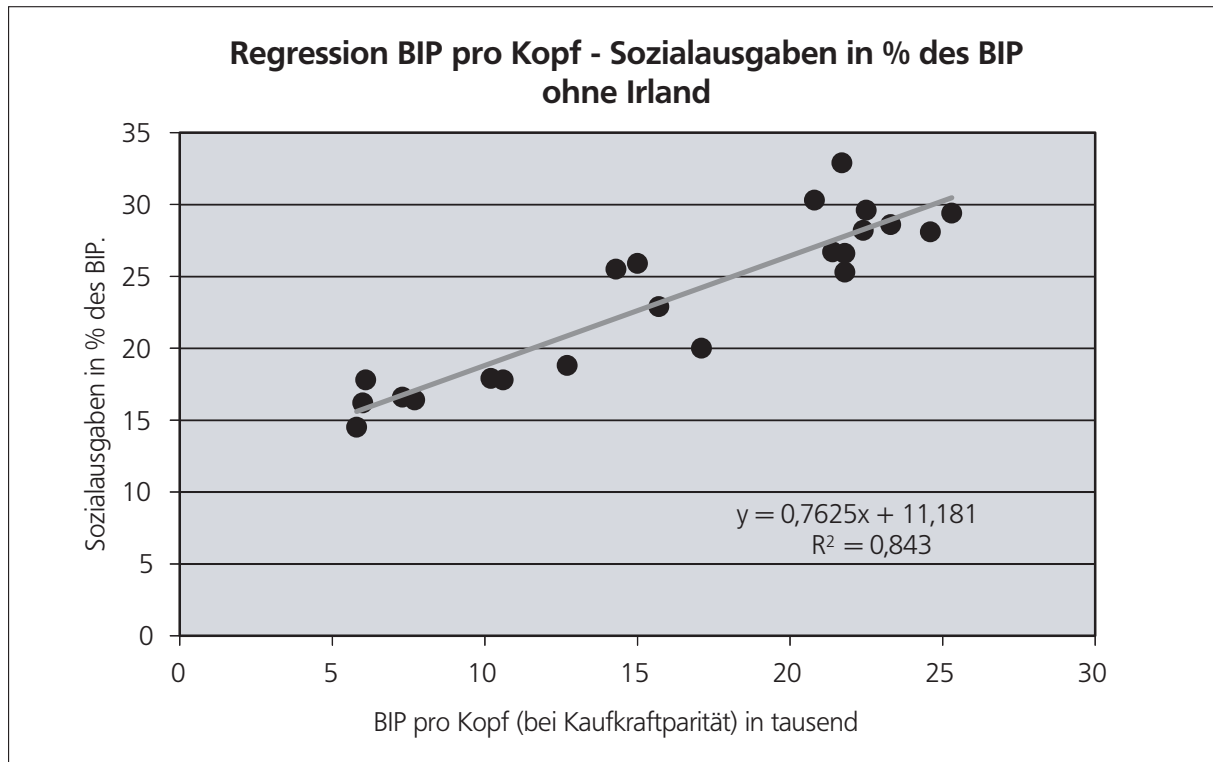
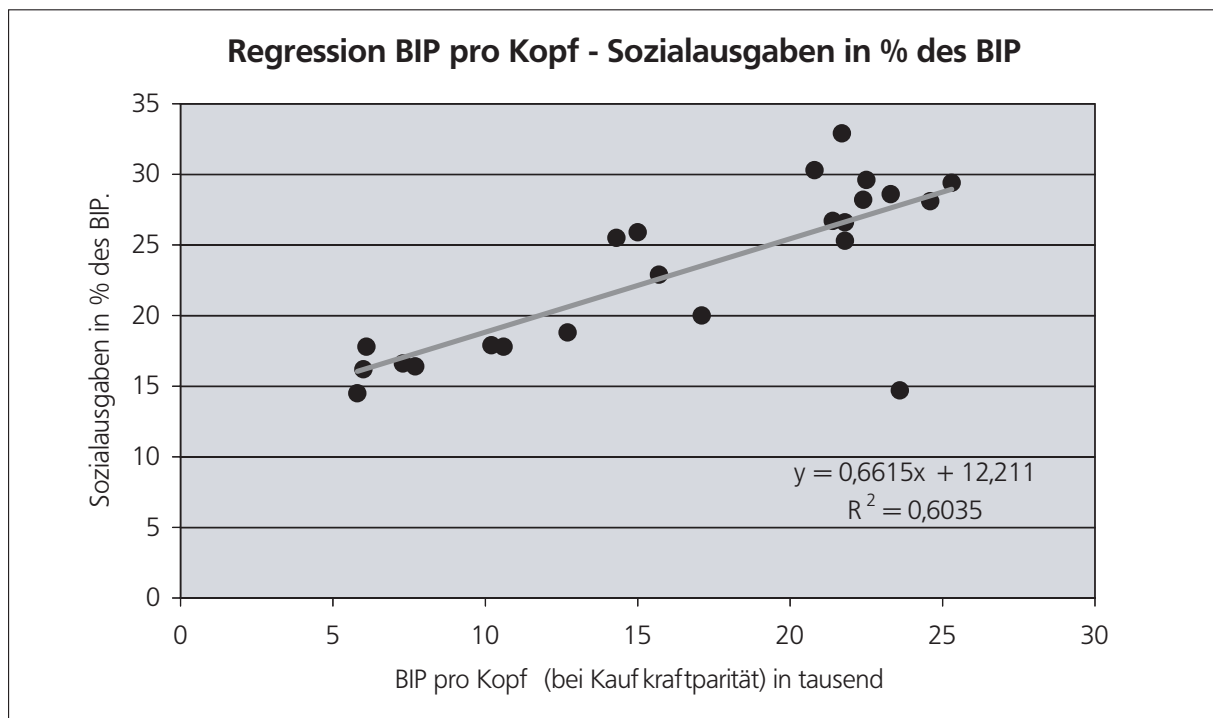


Schaubild 2



Quelle: Europäische Kommission, 2002. Eigene Berechnung der Regressionsgraden.

Bezieht man in derartige Berechnungen die MOE-Staaten ein (vergleiche Tabelle 1 sowie die Schaubilder 1 und 2) dann wird die obige Grundaussage bestätigt. Die Daten für 22 europäische Staaten (ohne Irland) ergeben für das Jahr 1999, dass die Variation des Pro-Kopf-Einkommens die Variation der Sozialleistungsquoten zu immerhin 84 % „erklärt“. Die Sozialleistungsquoten der osteuropäischen Staaten entsprechen

damit 1999 grosso modo ihrem Entwicklungsniveau. Die absolute Differenz zwischen den Quoten der alten und der neuen Länder ergibt sich aus der Einkommensdifferenz zwischen West und Ost.

Die interessante Frage ist allerdings, ob dieser Zusammenhang auch in Zukunft erhalten bleiben wird. Angesichts der Schwäche der Gewerkschaften in den MOE-Staaten und des wachsenden Wettbewerbs im europäischen Kontext ist es denkbar, dass die osteuropäischen Ökonomien zwar ihr Einkommen überdurchschnittlich steigern, die Löhne und die Ausgaben für die soziale Wohlfahrt aber mit diesem Tempo nicht Schritt halten werden. Da die sozialen Sicherungssysteme in den MOE-Staaten überwiegend beitragsfinanziert sind, führt eine Entkoppelung der Lohnentwicklung von der Produktivitätsentwicklung auch zu einer Reduktion der Sozialleistungsquoten dieser Länder.

Im Westen war genau diese Entwicklung in den letzten 15 Jahren in Irland zu beobachten: in dieser exorbitant rasch wachsenden Volkswirtschaft wurden die Löhne und die Sozialausgaben relativ abgekoppelt. Die realen Lohnstückkosten Irlands sind in den 90er Jahren so stark abgesenkt worden wie in keinem anderen Land der EU (Europäische Kommission 2001: 196). Dasselbe gilt für die Entwicklung der Sozialleistungsquote: auch hier ist die irische Quote von 21 % im Jahre 1993 auf knapp 15 % im Jahre 1999 abgesunken, während andere aufholende Ökonomien, wie Griechenland und Portugal, ihre Quoten deutlich angehoben haben. Die Abweichung Irlands ist aus dem zweiten Regressionsgraphen sehr gut ablesbar: Irland liegt trotz seines inzwischen überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens weit unterhalb der Regressionslinie. Das Bestimmtheitsmaß sinkt von 84 % auf 60 %. Dagegen lagen die irischen Werte 1993 noch exakt auf dieser Linie, mit einem Bestimmtheitsmaß von 81 % (Busch 1998: 278).

Diese Entwicklung in Irland lässt sich nicht aus der großen Differenz zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und dem Bruttosozialprodukt erklären, eine Lücke, die angesichts der hohen Ströme an Erwerbs- und Vermögenseinkommen, die internationale Konzerne von Irland ins Ausland leiten, in den 90er Jahren mehr als 10 Prozent ausmachte (Europäische Kommission 2001: 172). Da diese Lücke weitgehend stabil blieb, würde sich der starke Rückgang der irischen Sozialleistungsquote auch auf der Basis von BSP-Daten an Stelle von BIP-Daten errechnen. Es kommt hinzu, dass selbst die „korrigierten“ Werte weit unterhalb des Regressionsgraphen liegen: 1999 betrug die auf BSP-Basis ermittelte Quote 17 % im Unterschied zu 14,5 % auf BIP-Basis (Europäische Kommission 2002: 15) Auch dieser „korrigierte“ Wert befindet sich deutlich unterhalb der Regressionslinie.

Angesichts dieser Daten stellt sich die Frage, ob sich die EU nach der Erweiterung neben dem irischen „Tiger“ zusätzlich mehrere osteuropäische „Tiger“ ins Haus holt. Es ist überdeutlich, dass dieser zusätzliche Wettbewerb von Seiten der Lohn- und der Sozialkosten in den höher entwickelten Volkswirtschaften, wie Deutschland und Frankreich, seine Spuren hinterlassen würde. Die alten EU-Staaten würden unter diesen Bedingungen nach entsprechenden Anpassungsprozessen zwar auch vom Aufholprozess der neuen Staaten profitieren, dies allerdings nur um den Preis relativ absinkender Lohnkosten und relativ sinkender Ausgaben für die soziale Wohlfahrt. Die Einkommensdisparitäten in den alten Ländern würden zunehmen, das Gefälle zwischen reich und arm erneut wachsen. Der Trend in die „Amerikanisierung“ von Wirtschaft und Gesellschaft und der Abkehr vom „europäischen Sozialmodell“ würde weiter an Schubkraft gewinnen.

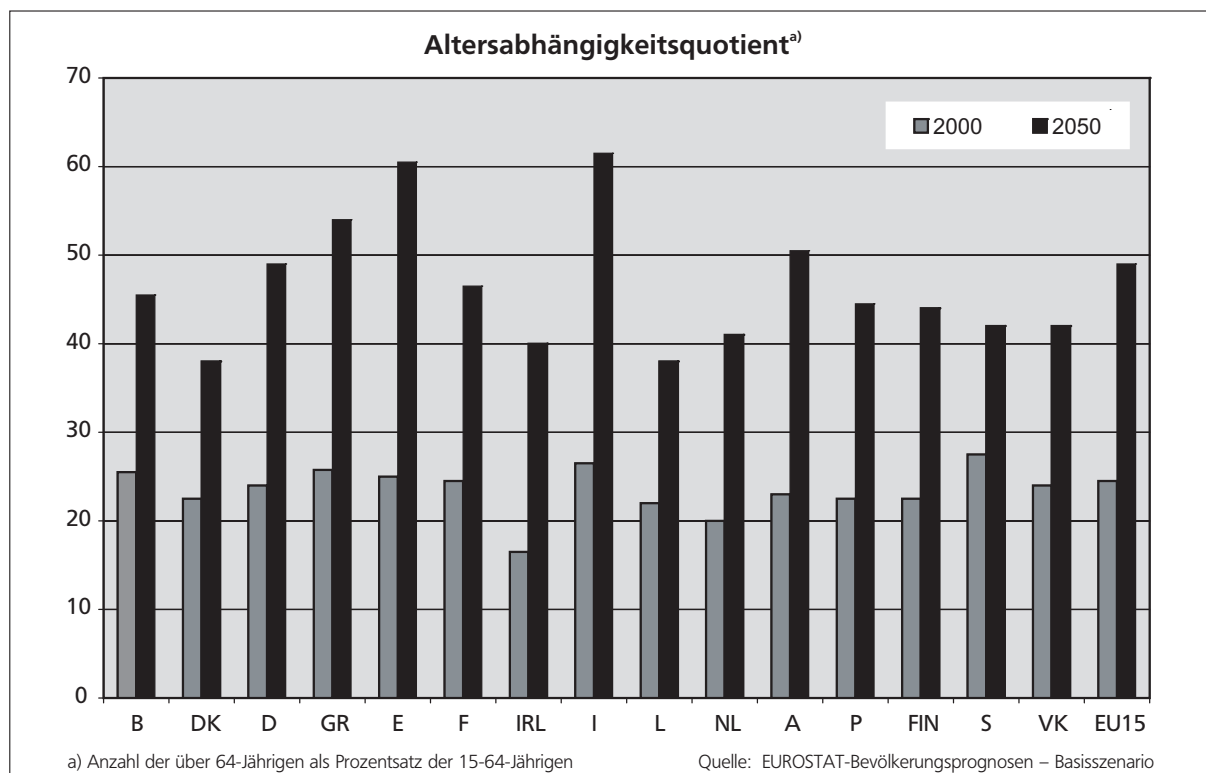
2. Die Reform der sozialen Sicherungssysteme in der EU – das Beispiel der Altersrenten

Aufgrund der demographischen Veränderungen, die sich in den kommenden Jahrzehnten noch erheblich beschleunigen werden, stehen die EU-Staaten vor der Notwendigkeit, ihre sozialen Sicherungssysteme, insbesondere das Renten- und das Gesundheitssystem, grundlegend zu reformieren. In diesem Kapitel soll am Beispiel der Altersrenten die Frage untersucht werden, welche Reformen die Mitgliedsstaaten der Union bereits eingeleitet haben und ob sich dabei die sozialen Sicherungssysteme der Staaten in ihrer Struktur angenähert oder die bestehenden Divergenzen weiter zugenommen haben. Für die Entwicklung von Konzepten zur Europäisierung des Wohlfahrtsstaates ist diese Frage von großer Bedeutung. Die Untersuchung beginnt mit einem kurzen Aufriss der bestehenden Herausforderungen, stellt dann die Reformen in vier ausgewählten EU-Staaten (Schweden, Großbritannien, Italien und Deutschland) dar und analysiert schließlich die Frage der Konvergenz der Systeme.

2.1 Die demographische Herausforderung der Rentensysteme

Vor allem drei Faktoren sind für die demographische Alterung in der EU verantwortlich: a) der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter, b) der Rückgang der Geburtenraten und c) die zunehmende Lebenserwartung. Das Zusammenspiel dieser Faktoren wird einen erheblichen Anstieg des Altersabhängigkeitsquotienten, des Verhältnisses der Anzahl der über 64-Jährigen zur Anzahl der 15-64-Jährigen, zur Folge haben. Nach methodisch nicht unanfechtbaren, aber den Trend sicherlich wiederpiegelnden Berechnungen der EU wird sich dieser Quotient im Durchschnitt der EU-15 von 25 % im Jahre 2000 auf 50 % im Jahre 2050 verdoppeln (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2003a: 14f). Schaubild 3 zeigt die Entwicklung dieses Quotienten in den Mitgliedsstaaten der EU-15. Am stärksten werden von diesem Anstieg Italien, Spanien, Griechenland, Österreich und Deutschland betroffen sein.

Schaubild 3



Quelle: Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003a): 15

Durch diese Entwicklung wird die finanzielle Belastung der Rentensysteme in den nächsten Jahrzehnten in erheblichem Maße zunehmen (vergleiche Tabelle 2).

Tabelle 2: Staatliche Rentenausgaben (einschließlich der meisten staatlichen Ersatzeinkommen für Personen ab 55) vor Steuern, ausgedrückt in % des BIP (EPC-Projektionen von 2001 ohne Berücksichtigung der nach 2000 in Kraft getretenen Gesetze¹⁾)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	Maximale Veränderung
B	10,0	9,9	11,4	13,3	13,7	13,3	3,7
DK ²⁾	10,5	12,5	13,8	14,5	14,0	13,3	4,1
D ³⁾	11,8	11,2	12,6	15,5	16,6	16,9	5,0
GR	12,6	12,6	15,4	19,6	23,8	24,8	12,2
E	9,4	8,9	9,9	12,6	16,0	17,3	7,9
F	12,1	13,1	15,0	16,0	15,8		4,0
IRL ⁴⁾	4,6	5,0	6,7	7,6	8,3	9,0	4,4
I	13,8	13,9	14,8	15,7	15,7	14,1	2,1
L	7,4	7,5	8,2	9,2	9,5	9,3	2,2
NL ⁵⁾	7,9	9,1	11,1	13,1	14,1	13,6	6,2
A	14,5	14,9	16,0	18,1	18,3	17,0	4,2
P	9,8	11,8	13,1	13,6	13,8	13,2	4,1
FIN	11,3	11,6	12,9	14,9	16,0	15,9	4,7
S	9,0	9,6	10,7	11,4	11,4	10,7	2,6
VK	5,5	5,1	4,9	5,2	5,0	4,4	- 1,1
EU15	10,4	10,4	11,5	13,0	13,6	13,3	3,2

Quelle: Ausschuss für Wirtschaftspolitik (EPC) (2001, „Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances“, EPC/ECFIN/655/01-EN final.

- 1) Verschiedene Länder nahmen nach 2000 umfassende Reformen vor oder erarbeiteten auf nationaler Ebene neue demographische Projektionen, denen der EPC nicht im Einzelnen Rechnung tragen konnte. Es ist daher Vorsicht geboten, wenn man diese Zahlen interpretiert und mit den Zahlen anderer Länder vergleicht.
- 2) Für Dänemark beinhalten die Ergebnisse die gesetzlichen Arbeitsmarkt-Zusatzrenten (ATP, SAP und SP).
- 3) Die aktualisierten deutschen Zahlen ergeben, ausgehend von den üblichen EPC-Annahmen, folgende Entwicklung der Rentenausgaben:

2000	2010	2020	2030	2040	2050	max. Veränderung
10,8	11,1	12,1	13,8	14,4	14,9	4,1
- 4) Die irischen Ergebnisse sind ausgedrückt als % des BIP.
- 5) In den Niederlanden ist die zweite Säule gut entwickelt. Dies wirkt sich unmittelbar positiv auf das staatliche Rentensystem aus, denn es mindert den Druck der Bevölkerungsalterung auf die erste Säule. Eine wichtige indirekte Auswirkung: Die Steuern auf die künftigen Rentenleistungen (aus den privaten Fonds gezahlt) werden voraussichtlich recht hoch sein und möglicherweise den Anstieg der staatlichen Rentenleistungen teilweise ausgleichen.

Quelle: Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003a):71f

Die staatlichen Rentenausgaben werden in der EU-15 – ohne Berücksichtigung der nach dem Jahre 2000 eingeleiteten Reformen – von 10,4 % des BIP im Jahre 2000 auf 13,3 % im Jahre 2050 ansteigen. Die größten Belastungen werden in Griechenland, Spanien, Italien, den Niederlanden und Deutschland entstehen. Allerdings werden in den Niederlanden die gut entwickelte zweite Säule des Rentensystems und die Besteuerung der privaten Rentenleistungen den Anstieg der staatlichen Leistungen deutlich reduzieren. Auch in Deutschland werden die nach dem Jahre 2000 eingeleiteten Reformen den Anstieg der Belastungen bis zum Jahre 2050 um zwei Prozentpunkte dämpfen. Mit unterdurchschnittlichen staatlichen Rentenleistungen (in Relation zum BIP) können im Jahre 2050 Schweden, Luxemburg, Irland, vor allem aber Großbritannien rechnen.

Da diese Herausforderungen schon seit längerem bekannt sind, haben viele EU-Staaten bereits in den 90er Jahren zahlreiche Reformen eingeleitet, die die Nachhaltigkeit der Rentensysteme gewährleisten sollen. Manche EU-Staaten haben jedoch bislang in nicht ausreichendem Maße reagiert und haben deshalb einen hohen Nachholbedarf an Reformen.

Zu den Maßnahmen, die zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit dienen sollen, zählen insbesondere:

- Einführung von kapitalgedeckten Rentenkomponenten, insbesondere in Systemen, die traditionell auf dem Umlagesystem basieren.
- Stärkung der Äquivalenz zwischen den Rentenleistungen und den gezahlten Beiträgen. Damit Vordringen der notional defined contribution schemes in der ersten Säule (Annäherung an die Äquivalenz in den kapitalgedeckten Systemen der zweiten und dritten Säule).
- Anheben des gesetzlichen Renteneintrittsalter und Gleichstellung von Männern und Frauen in Bezug auf diese Frage.
- Anheben des effektiven Renteneintrittsalters, unter anderem durch Reduktion der Anreize für eine Frühverrentung und den Vorruhestand.
- Flexibilisierung des Rentenalters durch Möglichkeit des Rentenaufschubs und der Kumulierung von Renten mit sonstigen Erwerbseinkommen.
- Absenkung des zukünftigen Rentenniveaus, unter anderem durch Veränderung der Anwartschaften und durch Einbau von demographischen oder umfassenden Nachhaltigkeitskomponenten in die Rentenformel.
- Anreize zur Steigerung der Beschäftigtenquote, vor allem der Beschäftigtenquote in der Gruppe der 55-64-Jährigen.
- Aufbau eines finanziellen Reservefonds für die zukünftigen Rentenlasten.
- Konsolidierung der öffentlichen Haushalte, um zukünftige finanzielle Belastungen besser abfedern zu können.

Durch die Kombination von verschiedenen Elementen dieses Maßnahmenbündels ist es einigen EU-Staaten bereits jetzt gelungen, die finanzielle Tragfähigkeit der staatlichen Rentensysteme langfristig zu sichern. Hier sind in erster Linie Schweden und Großbritannien zu nennen. Aber auch Belgien, Dänemark, Irland, die Niederlande, Luxemburg, Portugal und Finnland haben in dieser Frage große Fortschritte zu verzeichnen. Dagegen stehen Italien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Österreich und Deutschland vor der Notwendigkeit, die angekündigten Reformen zu intensivieren, um den Anstieg der staatlichen Rentenausgaben in Relation zum BIP in finanziell tragfähigen Grenzen halten zu können (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2003a: 83ff).

2.2 Die Reformen der Rentensysteme in Schweden, Großbritannien, Deutschland und Italien⁷

Die hier ausgewählten Länder stehen prototypisch für den sozialdemokratischen, den liberalen, den konservativen und den rudimentären Wohlfahrtsstaat (Esping-Andersen 1990; Leibfried 1996). Eine Untersuchung der Reformen der Rentensysteme dieser Staaten kann deshalb Antworten auf die Frage geben, ob die Konvergenz der Systeme seit den 90er Jahren zugenommen hat oder die Differenzen in den Systemstrukturen bewahrt wurden.

2.2.1 Schweden

Das schwedische Modell des Volksrentensystems mit seinen beiden Komponenten der nationalen Grundrente und der lohnbezogenen Zusatzrente wurde in den 90er Jahren einer grundlegenden Reform unter-

⁷ Wenn nichts Anderes vermerkt ist, stützt sich die folgende Analyse auf: Kommission der EG 2000;2001;2002;2003a;2003b sowie Europäische Kommission 2002

zogen. Seit 1999 besteht das System aus drei Säulen: eine einkommensbezogene, beitragsabhängige Rente und eine beitragsunabhängige garantierte Mindestrente bilden gemeinsam die erste Säule, betriebliche Altersversorgungssysteme (90 % der Versicherten) sind die zweite und freiwillige private Rentenvorsorgepläne die dritte Säule.

Die einkommensbezogene Komponente der ersten Säule wird durch Beiträge in Höhe von 18,5 % der Einkommen finanziert. Davon fließen 16 % in eine Umlagefinanzierung, die fest verzinst wird und ein fiktives Rentenvermögen bildet, während 2,5 % in Rentenfonds (Rentenprämiensystem) eingespeist werden und somit eine kapitalgedeckte Ergänzung des Systems mit Marktkonditionen darstellen. Bei Eintritt in den Ruhestand wird die Rentenleistung aus diesen beiden Quellen finanziert, wobei das Rentenvermögen durch die durchschnittliche Lebenserwartung dividiert wird. Während vor der Reform nur die 15 besten Einkommensjahre für die Rentenberechnung herangezogen wurden, zählt jetzt das lebenslang erwirtschaftete Einkommen. Zwischen den Beiträgen und den Rentenleistungen besteht heute eine enge Beziehung (notional defined contribution scheme). Trotz dieser versicherungsmathematischen Neutralität hat das System dennoch einige Umverteilungskomponenten bewahrt, wie z.B. die Anerkennung von Zeiten der Kindererziehung und der Arbeitslosigkeit. Diese Elemente werden allerdings aus dem Staatshaushalt finanziert.

Um die finanzielle Nachhaltigkeit des Rentensystems zu sichern, ist ein automatischer Anpassungsmechanismus in die Rentenformel eingebaut worden. Dieser sorgt dafür, dass der Beitragssatz konstant bei 18,5 % gehalten werden kann, indem bei einer schlechten ökonomischen und demographischen Entwicklung der Rentenindex automatisch sinkt. Gemildert wird dieser Effekt allerdings durch einen bereits 1960 aufgebauten Rentenpufferfonds, dessen Vermögen inzwischen 26 % des BIP erreicht und der Defizite des Systems ausgleichen soll.

Dennoch gilt prinzipiell, dass im neuen System alle finanziellen Risiken aufgrund der ökonomischen und der demographischen Entwicklung von den Rentenempfängern getragen werden.

Eine Grundversorgung der Rentner wird durch eine steuerfinanzierte Mindestrente gewährleistet, die Personen über 65, die mindestens 40 Jahre in Schweden leben, zusteht und eine Aufstockung der Leistungen aus dem einkommensbezogenem System auf eine garantierte Mindestleistung ermöglicht.

Eine weitere Ergänzung der Leistungen bietet die zweite Säule, die betrieblichen Altersversorgungssysteme, die sich im Jahre 2000 auf immerhin 17 % der Rentenleistungen insgesamt beliefen und die etwa 90 % der Versicherten erreichen.

Die privaten Systeme der dritten Säule machen dagegen erst 4 % der gesamten Rentenleistungen aus.

Eine weitere Absicherung der Rentner stellt die sehr flexible Gestaltung des Eintrittsalters dar, aber auch die Möglichkeit, Erwerbseinkommen, Teil- und Vollrenten zu kombinieren. Die Erwerbstätigenquote älterer Menschen ab 60 Jahren liegt in Schweden an der Spitze der EU-15.

Zusammenfassend können als wichtigste Elemente der schwedischen Rentenreform genannt werden:

- Eine stärkere Kapitalfundierung des Drei-Säulen-Modells,
- eine deutliche engere Koppelung der Rentenleistungen an die gezahlten Beiträge,
- eine Reduktion der Steuerfinanzierung zugunsten der Beitragsfinanzierung,
- eine Konstanz der Beiträge (18,5 %) und eine automatische Anpassung der Leistungen bei ungünstigen ökonomischen und demographischen Entwicklungen,
- eine größere Flexibilisierung des Renteneintritts und der Kombinationsmöglichkeit von Renten- und Erwerbseinkommen.

2.2.2 Großbritannien

Das britische Alterssicherungssystem besteht aus drei Säulen. Die erste, durch einkommensabhängige Beiträge finanzierte staatliche Säule setzt sich zusammen aus einer einheitlichen Grundrente und einer einkommensabhängigen Zusatzrente (seit 2002 State Second Pension, zuvor State Earnings-Related Pension

Scheme), die beide als Umlagefinanzierungssysteme organisiert sind. Das Regelrentenalter beträgt 65 Jahre für Männer und 60 Jahre für Frauen, allerdings wird das Eintrittsalter für Frauen bis zum 2020 auch auf 65 Jahre angehoben. Obwohl die erste Säule überwiegend aus Beiträgen finanziert wird, gewährt der Staat Haushaltszuschüsse, die seit 1975 großen politischen Schwankungen ausgesetzt sind. Zuletzt wurde die steuerliche Komponente wieder gestärkt.

Als Besonderheit des britischen Systems ist zu betrachten, dass die Versicherten aus dem einkommensabhängigen Strang der ersten Säule (State Second Pension) austreten können, wenn sie eine Absicherung im betrieblichen Altersvorsorgesystem (zweite Säule) oder in einem privaten System (dritte Säule) nachweisen können. Wegen der starken Umverteilungskomponente in der State Second Pension besteht für Bezieher eines mittleren und höheren Einkommens ein starker Anreiz, von diesem Recht des contracting-out Gebrauch zu machen. 1998 hatten 86 % der Männer und 77 % der vollbeschäftigten Frauen diese Möglichkeit wahrgenommen. Im Jahre 2000 haben 60 % aller Rentnerhaushalte Leistungen aus der zweiten Säule und 71 % Einkünfte aus der dritten Säule bezogen.

Die zweite Säule, das Betriebsrentensystem, ist durch eine Rahmengesetzgebung geregelt. Es unterscheidet grundsätzlich zwei Arten betrieblicher Renten, ein vom Betrieb eingerichtetes, gehaltsbezogenes System sowie ein System an Pensionsfonds, die auf Kapitalanlagen basieren.

Die dritte Säule besteht aus privaten Altersvorsorgeplänen, die kapitalfundiert sind. Um dieses System attraktiver zu machen, wurden im Jahre 2001 die Stakeholder Pensions gesetzlich eingeführt. Diese garantieren niedrige Verwaltungsgebühren, steuerliche Vorteile und eine hohe Flexibilität bei einem Wechsel zwischen den Fonds.

57 % der Renten kamen in den Jahren 1999/2000 aus dem staatlichen System, 43 % aus dem privaten Sektor (zweite und dritte Säule).

Durch das neue Programm des „New Deal 50 plus“ versucht Labour, den Renteneintritt und die Möglichkeit der Kombination von Renten- und Erwerbseinkommen zu flexibilisieren. Der Renteneintritt kann fünf Jahre über das Regelrentenalter hinausgeschoben werden. Dieser Aufschub wird durch starke Rentenzuschläge belohnt. Ein Wechsel aus der Rente in das Erwerbsleben ist möglich. Arbeitgeber erhalten materielle Anreize, ältere Arbeitnehmer zu beschäftigen.

Obwohl die Nettoeinkommen der Rentnerhaushalte zwischen Mitte der 70er und Mitte der 90er Jahre deutlich stärker gestiegen sind als die durchschnittlichen Einkommen, haben sich die Einkommen des ärmsten Fünftels der Rentner unterdurchschnittlich entwickelt. Dies ist damit zu erklären, dass die ärmeren Rentner weniger auf die Leistungen der zweiten und dritten Säule zurückgreifen können, darüber hinaus die staatliche Grundrente nur preisindiziert ist und damit nicht mit der allgemeinen ökonomischen Entwicklung Schritt halten kann. Die Labour-Regierung unter Blair hat sich dieses Problems in jüngster Zeit angenommen. In der State Second Pension, die seit 2002 gilt, können Beschäftigte mit geringerem Einkommen jetzt einerseits durch direkte Umverteilungseffekte, andererseits durch eine verbesserte rentenrechtliche Berücksichtigung von Phasen der Arbeitslosigkeit, der Krankheit und der Kindererziehung höhere Rentenanwartschaften erwerben. Darüber hinaus wird durch eine neue Rentenleistung, den Pension Credit, der 2003 in Kraft getreten ist, die Mindesteinkommenssicherung der Rentner deutlich verbessert (Erhöhung der Leistungen, großzügigere Bedürftigkeitsprüfungen, Kopplung an die allgemeine Einkommensentwicklung).

Bezogen auf das BIP bewegen sich die britischen Rentenleistungen seit den 90er Jahren im EU-Durchschnitt. Die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems ist in den nächsten Jahrzehnten aufgrund verschiedener günstiger Faktoren (überdurchschnittliche Erwerbsquote auch der 55-64-Jährigen, unterdurchschnittlicher Anstieg des Altersabhängigkeitsquotienten, unterdurchschnittliche Staatsverschuldung, stark ausgebaute zweite und dritte Säule) gesichert.

Die Reformen des britischen Rentensystems lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Stärkung der Kapitalfundierung durch Ausbau der dritten Säule,
- Verbesserung der Mindesteinkommenssicherung durch den Pension Credit und die Reform der staatlichen Zusatzrente (State Second Pension),

- Angleichung des Renteneintrittsalters von Männern und Frauen,
- Verbesserung der Erwerbsmöglichkeiten von Rentnern,
- Wiedereinführung des staatlichen Zuschusses in der ersten Säule.

2.2.3 Italien

Unter den Rentensystemen der EU-15 steht das italienische in Zukunft vor den größten Herausforderungen. Der Altersabhängigkeitsquotient wird von 26 % im Jahre 2000 auf 60 % im Jahre 2050 ansteigen und damit in der alten EU den höchsten Wert erreichen (vergleiche Schaubild 3).

Dementsprechend hat Italien in drei großen Reformen in den 90er Jahren (1992, 1995, 1997) sein Rentensystem radikal transformiert. Die erste einkommensbezogene und beitragsfinanzierte Säule des Systems wurde durch die Reform von 1995 – wie in Schweden – von einem benefit defined scheme auf ein notional defined contribution scheme umgestellt. Die Leistungen werden danach auf der Grundlage der während der Versicherungszeit eingezahlten Beiträge berechnet, die Beiträge mit der durchschnittlichen Wachstumsrate des BIP der letzten fünf Jahre kapitalisiert und das so gebildete, fiktive Vermögen durch die durchschnittliche Lebenserwartung bei Renteneintritt dividiert.

Die Übergangszeit, in der das alte System nach und nach abgelöst wird, dauert bis zum Jahre 2035. Das neue System wird die Leistungen erheblich reduzieren: die Bruttoersatzrate für einen typischen Arbeitnehmer, der nach 35 Versicherungsjahren mit 60 in den Ruhestand tritt, wird von 67 % im Jahre 2010, über 56 % im Jahre 2020 auf 48 % im Jahre 2050 sinken.

Zusatzrentensysteme der zweiten und dritten Säule, für die in den 90er Jahre neue gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, sollen den Rückgang der staatlichen Leistungen kompensieren helfen. Neben tarifvertraglich vereinbarten Kapitalfonds (zweite Säule) werden individuelle Vorsorgepläne über Lebensversicherungen (dritte Säule) staatlich gefördert. Im Jahre 2001 waren jedoch erst 10 % der abhängig Beschäftigten über solche Kapitalfonds zusätzlich abgesichert. Zur weiteren Stärkung der zweiten Säule ist momentan geplant, dass die gesetzlichen Pflichtbeiträge für die betrieblichen Abfindungssysteme (6,9 % des Bruttoeinkommens) alternativ in die betrieblichen Alterssicherungssysteme eingespeist werden können.

Obwohl Italien als weitere kostendämpfende Maßnahmen das Renteneintrittsalter erhöht und die Mindestvoraussetzungen für den Eintritt in den Ruhestand verschärft hat, bleibt die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems fragil:

- Die Erwerbsquoten aller Altersgruppen sind in Italien im EU-Vergleich weit unterdurchschnittlich,
- in der Übergangszeit ist der Anreiz, vorgezogene Renten zu beziehen, nach wie vor hoch,
- die Transferleistungen des Staates in das Rentensystem sind mit 3 % des BIP sehr hoch,
- die Staatsverschuldung ist im EU-Kontext überdurchschnittlich und
- die kapitalgedeckten Zusatzsysteme sind noch schwach entwickelt.

2.2.4 Deutschland

In Deutschland dominiert nach wie vor die erste Säule, ein einkommensabhängiges und umlagefinanziertes System, die Altersvorsorge. Im Jahre 2000 kamen 78 % aller Einkommen der über 65-Jährigen aus dieser gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Einkommen aus der zweiten Säule der Altersversicherung, den betrieblichen Systemen, tragen zu 7 % und diejenigen der dritten Säule, der individuellen privaten Vorsorge, zu 10 % zum Gesamteinkommen der älteren Bürgerinnen und Bürger bei.

Die erste Säule ist primär beitragsfinanziert (aktueller Satz 19,5 %), aber der Bundeshaushalt trägt immerhin 37 % der Ausgaben der gesetzlichen Rentenausgaben. Durch eine ökologische Steuerreform hat die rot-grüne Regierungskoalition diesen Bundeszuschuss seit dem Jahre 2000 erhöht.

Um die zu erwartenden zukünftigen Herausforderungen des Systems zu bewältigen (Verdoppelung des Altersabhängigkeitsquotienten, Schaubild 3), sind seit Beginn der 90er Jahre verschiedene Reformmaßnahmen eingeleitet worden, die jüngste im Jahre 2001. Dieses Maßnahmenbündel zielt einerseits auf eine Verlangsamung des Anstiegs der Rentenausgaben in der ersten Säule und andererseits auf eine Stärkung der zweiten und der dritten Säule des Systems.

Zu den Maßnahmen in der umlagefinanzierten Säule gehört vor allem eine Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 65 Jahre für Männer und Frauen, eine Verschärfung der Eintrittsvoraussetzungen (höhere Abschläge beim Vorruhestand) und eine Veränderung der Rentenformel. Bei dieser wird zukünftig nur noch von 90 % des Bruttoeinkommens ausgegangen und darüber hinaus ein Altersvorsorgeanteil berücksichtigt, der von 0,5 % im Jahre 2002 auf 4 % im Jahre 2009 ansteigt. Durch die veränderte Rentenberechnung soll das Nettoniveau der Standardrente von aktuell 70 % auf 67 % im Jahre 2030 abgesenkt werden. Gleichzeitig ist der Beitragssatz bis zum Jahr 2020 auf höchstens 20 % und bis zum Jahr 2030 auf höchstens 22 % festgelegt worden. Ein automatischer Anpassungsmechanismus, wie in Schweden, ist jedoch nicht eingeführt worden, so dass im Bedarfsfalle diskretionäre Schritte erforderlich sind.

Zur Stärkung der zweiten Säule, die bislang auf freiwilligen Sozialleistungen der Arbeitgeber basiert, können die Beschäftigten jetzt den Aufbau einer betrieblichen Vorsorge durch Beiträge aus ihren Arbeitsentgelten (Entgeltumwandlung) verlangen. Gleichzeitig sind die Unverfallbarkeitsfristen der Anwartschaften aus den betrieblichen Systemen deutlich verbessert worden.

Ein umfangreiches staatliches Förderprogramm, für das bis zu 12 Mrd. Euro pro Jahr zur Verfügung stehen, soll darüber hinaus die individuelle private Altersvorsorge erheblich stärken (staatliche Zulagen und steuerliche Vergünstigungen).

Die Reformen in Deutschland können wie folgt zusammengefasst werden:

- Ausbau des Systems der Altersvorsorge zu einem Drei-Säulen-Modell durch eine Stärkung der betrieblichen Rentensysteme (zweite Säule) und die Einführung einer staatlich geförderten privaten Altersvorsorge mit Kapitaldeckung (dritte Säule).
- Absenkung des Nettorentenniveaus durch eine geänderte Rentenformel.
- Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 65 Jahre und eine Gleichstellung von Mann und Frau in dieser Frage.

2.3 Konvergenz oder Divergenz der Systeme?

Die Darstellung der Rentenreformen in den vier EU-Staaten zeigt, dass angesichts der gemeinsamen Herausforderungen 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. Das liberale britische Modell hat hier die sozialdemokratischen, konservativen und rudimentären Modelle stark beeinflusst.

Zum anderen ist auch bei den Modalitäten der Rentenleistung eine deutliche Annäherung zu beobachten. Hier sind zunächst die Erhöhung des Renteneintrittsalters, die Verschärfung der Eintrittsvoraussetzungen und die Gleichstellung von Mann und Frau zu nennen. Generell ist es in der EU mit wenigen Ausnahmen zu einer Vereinheitlichung des regulären Rentenalters auf 65 Jahre und eine Gleichstellung der Geschlechter gekommen. Eine weitere interessante Entwicklung ist in der Frage des Äquivalenzprinzips festzustellen.

Während das liberale und das sozialdemokratische Modell bislang das Prinzip der Volks- oder Grundrente betont haben, war im konservativen deutschen Modell die Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen deutlicher ausgeprägt. Durch die jüngsten Reformen setzt sich nun stärker die Abkehr vom defined benefit scheme zum notional defined contribution scheme durch. Am radikalsten haben Schweden und Italien diesen Weg eingeschlagen, in Großbritannien ist diese Entwicklung weniger stark zu beobachten, wenngleich auch in den Berechnungsmodalitäten der State Second Pension das Äquivalenzprinzip nunmehr eine größere Beachtung findet. Auch hier ist also eine zunehmende Auflösung der traditionellen Modelle zu registrieren.

Im Hinblick auf die Entwicklung des Rentenniveaus ist es schließlich sehr wahrscheinlich, dass in denjenigen EU-Staaten, in denen die finanzielle Nachhaltigkeit der Renten gefährdet ist, automatische oder quasi-automatische Anpassungskomponenten in die Rentenformel eingebaut werden. Schweden ist hier sicherlich als Vorreiter zu betrachten, aber auch Deutschland ist mit dem Altersvorsorgeanteil in diese Richtung gegangen.

Zum dritten ist eine Konvergenz in der Finanzierung der Rentensysteme auszumachen. Hier verfestigt sich in den vier untersuchten Ländern 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.

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. Ein liberales, ein sozialdemokratisches, ein konservatives und ein rudimentäres Modell lassen sich bei den Altersrentensystemen in der EU kaum noch von einander abgrenzen.

3. Die Methode der offenen Koordinierung

Der Europäische Rat von Lissabon hat im März 2000 in der Wirtschafts- und Sozialpolitik ehrgeizige Ziele formuliert. Die Union soll danach nicht nur bis 2010 der dynamischste wissensbasierte Wirtschaftsraum der Welt werden, sondern darüber hinaus befähigt werden, „ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen“ (Europäischer Rat (Lissabon) 2000: 2). In der Sozialpolitik soll sich die Union vor allem mit der langfristigen Tragfähigkeit der Alterssicherungssysteme beschäftigen und die Maßnahmen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung intensivieren. Im Hinblick auf die anzuwendenden Verfahren beschloss der Rat für den Bereich der sozialen Ausgrenzung, dass entsprechende Maßnahmen auf einer „Methode der offenen Koordinierung“ (MOK) beruhen sollen. Mit diesen Beschlüssen hat der Lissabonner Rat der Sozialpolitik nicht nur neue inhaltliche Schwerpunkte gesetzt, sondern ein bis dahin in der Sozialpolitik nicht zur Anwendung gebrachtes Verfahren der Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten eingeführt, das die bestehenden Konvergenzprozesse in der Union verbessern und die Verbreitung bewährter politischer Praktiken fördern soll. Dieses Verfahren der offenen Koordinierung hat seine Wurzeln einerseits in der Ausgestaltung der Wirtschaftspolitik der Gemeinschaft (Vertrag von Maastricht), andererseits der Umsetzung der gemeinsamen Beschäftigungspolitik (Vertrag von Amsterdam). 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 sowie 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:

1. der Verabschiedung von gemeinsamen Zielen, europäischen Leitlinien und Zeitplänen,
2. der Festlegung von Indikatoren und benchmarks zur Erreichung dieser Ziele,
3. der Verabschiedung nationaler und regionaler Aktionspläne zur Verwirklichung der Leitlinien und
4. 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 Mitgliedsstaaten. 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 Einzelstaaten, die zu einer Konvergenz in den nationalen Sozialpolitiken beitragen kann.

Bislang ist die Methode der offenen Koordinierung in den Bereichen der Sozialpolitik in unterschiedlichem Maße angewendet worden. Im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege sind bislang nur sehr allgemeine Ziele auf der europäischen Ebene festgelegt worden (allgemeiner Zugang zum Gesundheitssystem unabhängig von Einkommen und Vermögen, qualitativ hochwertige Versorgung, langfristige Finanzierbarkeit der Systeme). Indikatoren und nationale Aktionspläne zur Realisierung dieser Zielsetzungen wurden jedoch noch nicht in Angriff genommen (Rat der Europäischen Union, 2003; Baeten 2003). Im Bereich der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung sind alle vier Verfahrensschritte der MOK bereits zweimal realisiert worden (Pena-Casas 2004; Rat der EU 2004a). In der Rentenpolitik ist dieser Zyklus bis heute einmal durchlaufen worden, obwohl noch nicht für alle Ziele statistische Indikatoren gebildet werden konnten.

Wegen des besonderen Gewichts, das in dieser Studie auf die Rentensysteme gelegt wird, konzentriert sich die folgende Analyse der Umsetzung der MOK auf den Bereich der Rentenpolitik.

3.1 Die MOK im Bereich der Rentenpolitik

Der Europäische Rat in Laeken (2001) hat für die offene Koordinierungsmethode im Bereich der Renten insgesamt elf Ziele verabschiedet:

„Angemessenheit der Renten. Die Mitgliedsstaaten sollten gewährleisten, dass die Rentensysteme ihren sozialpolitischen Zielsetzungen gerecht werden. Unter Berücksichtigung der spezifischen nationalen Bedingungen sollten sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie sollten sicherstellen, dass ältere Menschen nicht von Armut bedroht sind und in den Genuss eines angemessenen Lebensstandards gelangen ...
2. Sie sollten allen Menschen Zugang zu angemessenen staatlichen und/oder privaten Rentensystemen bieten, ...
3. Sie sollten die Solidarität zwischen den Generationen fördern.

Finanzielle Tragfähigkeit der Rentensysteme

... durch einen geeigneten Policy-Mix Folgendes anstreben:

4. Ein hohes Beschäftigungsniveau erreichen...
5. Sicherstellen, dass ... alle relevanten Komponenten der sozialen Sicherung, ..., wirksame Anreize für die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitskräfte bieten, ...
6. Die Rentensysteme so reformieren, dass das übergeordnete Ziel der Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen gewahrt bleibt ...
7. Gewährleisten, dass bei den Rentenleistungen und in den Rentenreformen ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Erwerbspersonen und Rentnern gewahrt bleibt ...
8. ... sicherstellen, dass ... kapitalgedeckte Rentensysteme Rentenleistungen mit der erforderlichen Effizienz, Kostengünstigkeit, Nachhaltigkeit und Sicherheit bieten.

Modernisierung der Rentensysteme als Reaktion auf sich verändernde Bedürfnisse der Wirtschaft, der Gesellschaft und des Einzelnen.

9. Sicherstellen, dass Rentensysteme mit den Erfordernissen der Flexibilität und der Sicherheit auf dem Arbeitsmarkt vereinbar sind; ...
10. dem Prinzip der Gleichbehandlung von Frauen und Männern entsprechen ...
11. Die Transparenz und Anpassungsfähigkeit der Rentensysteme verbessern, damit die Bürger auch weiter Vertrauen in die Systeme haben können ...“ (Rat der Europäischen Union (Laeken) 2001: 6f).

Der Europäische Rat hat gleichzeitig den Ausschuss für Sozialschutz (SPC) und den Ausschuss für Wirtschaftspolitik (EPC) beauftragt, für diese elf Ziele der Rentenpolitik Indikatoren zu entwickeln. Arbeitsgruppen beider Ausschüsse haben bislang für die Ziele 1 bis 5 Indikatoren verabschiedet. Für die Ziele 6 bis 11 ist der Arbeitsprozess noch nicht abgeschlossen.

Die Mitgliedsstaaten konnten im Jahr 2002 die ersten nationalen Strategieberichte für die Rentensysteme vorlegen, wobei sie sich auf Empfehlung der Kommission an vorläufigen statistischen Indikatoren orientierten. Im Frühjahr 2003 haben Kommission und Rat auf dieser Grundlage einen ersten gemeinsamen Bericht über angemessene und nachhaltige Renten vorgelegt.

Der gemeinsame Bericht macht deutlich, dass in allen 15 EU-Staaten seit Beginn der 90er Jahre Schritte eingeleitet worden sind, um den finanziellen Belastungen der Rentensysteme aufgrund des demographischen Wandels und der hohen Arbeitslosigkeit zu begegnen. In nahezu allen Staaten sind folgende wichtige Reformelemente verabschiedet worden:

- Einführung einer kapitalgedeckten Rentenkomponente, insbesondere in Systemen, die traditionell auf dem Umlagesystem basieren.
- Entwicklung von gemischten Rentensystemen, die auf drei Säulen beruhen: einer beitragsfinanzierten ersten Säule, einer kapitalgedeckten zweiten Säule und kapitalgedeckten Zusatzvorsorgungen (dritte Säule).
- Mischfinanzierung der Rentensysteme durch Beiträge und Steuern, wobei die Dominanz ursprünglicher Finanzierungsformen reduziert wird.
- Stärkung der Äquivalenz zwischen den Rentenleistungen und den gezahlten Beiträgen. Damit Vordringen der notional defined contribution schemes in der ersten Säule (Annäherung an die Äquivalenz in den kapitalgedeckten Systemen der zweiten Säule).
- Einheitlich höheres Renteneintrittsalter von in der Regel mindestens 65 Jahren und Gleichstellung von Männern und Frauen in Bezug auf diese Frage.
- Absenkung des zukünftigen Rentenniveaus, unter anderem durch Veränderung der Anwartschaften und durch Einbau von demographischen oder umfassenden Nachhaltigkeitskomponenten in die Rentenformel.

Es muss jedoch betont werden, dass diese Reformschritte in den EU-Staaten lange vor der Einführung der MOK eingeleitet worden sind, allerdings zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichem Umfang. Im Rahmen der MOK ist dieser Reformprozess durch die Formulierung von Zielen und ersten Indikatoren sowie deren Umsetzung in nationale Aktionspläne systematisiert und damit verstärkt worden.

In ihrem gemeinsamen Bericht, der die Aktionspläne auswertet, loben Kommission und Rat die genannten Reformbemühungen, weisen aber auch auf überdurchschnittliche Fortschritte einiger Staaten und besondere Unzulänglichkeiten der Reformpolitiken anderer Staaten hin. „Die vorliegende erste umfassende Bewertung der nationalen Rentensysteme und der Rentenpolitik auf EU-Ebene zeigt, dass die Mitgliedsstaaten entschlossen sind, die Angemessenheit ihrer Rentensysteme zu sichern. Gleichzeitig ist jedoch nicht zu übersehen, dass viele Mitgliedsstaaten, die unter den gegenwärtigen politischen Rahmenbedingungen mit einer starken Erhöhung der Rentenausgaben rechnen müssen, noch keine Maßnahmen ergriffen haben, um diese finanziellen Herausforderungen ohne Gefährdung der Angemessenheit in den Griff zu bekommen. Diese Ausgabenerhöhungen könnten langfristig die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen unterminieren...

Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung werden in vielen Mitgliedsstaaten in den nächsten zehn Jahren im Rentensystem spürbar werden. Es ist dringend erforderlich, glaubwürdige und wirksame Strategien einzuleiten und den Bürgern aufzuzeigen, was sie von ihrem Rentensystem erwarten können und was sie tun müssen, um im Ruhestand einen angemessenen Lebensstandard zu erreichen“ (Kommission der EG 2003a: 9ff).

3.2 Eine erste Bewertung der MOK im Bereich der Renten

Die MOK ist eine neue Methode der Politikkoordinierung im Bereich der Renten. Der vierstufige Zyklus ist in diesem Politikfeld – mit den genannten Einschränkungen – ein erstes Mal durchlaufen worden. Deshalb kann eine Bewertung der Erfolge dieser Methode zu diesem frühen Zeitpunkt nur vorläufig sein. Im Folgenden werden zehn Punkte für eine erste Bewertung der MOK formuliert:

1. Die Entscheidung, auch für die Rentenpolitik die MOK einzuführen, ist den Nationalstaaten nicht leicht gefallen, sind doch die sozialen Sicherungssysteme im europäischen Kontext eines der letzten Reservate nationaler Politik. Der Widerstand der Nationalstaaten, die MOK auch auf die Renten- und Gesundheitspolitik anzuwenden, konnte schließlich überwunden werden, weil diese finanzpolitisch so bedeutsamen Bereiche der Sozialpolitik in den letzten Jahren immer stärker in das Visier der europäischen Stabilitätspolitik geraten sind (Laitinen-Kuikka 2004). Um jedoch zu verhindern, dass in den sozialen

Sicherungssystemen im Rahmen der Koordinierung der Wirtschaftspolitik vorwiegend finanzökonomische Logiken zur Anwendung kommen, vielmehr auch die sozialpolitische Bedeutung der Renten- und Gesundheitspolitik im Blickfeld bleibt, ist ein eigenständiges Koordinierungsinstrument im Bereich der Sozialpolitik, eben die MOK, eingeführt worden. „Gäbe es die Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Altersvorsorge nicht, dann würde man auf der europäischen Ebene die Rentensysteme fast ausschließlich unter negativen Gesichtspunkten analysieren: als Risikofaktoren für die öffentlichen Finanzen und als Hindernis für die Steigerung der Beschäftigungsquoten. Dank der Offenen Methode der Koordinierung können wir die eigentliche Zielsetzung der Rentensysteme wieder in den Vordergrund stellen, nämlich ausreichende Einkommen im Alter zu sichern“ (Vignon 2003: 14). Ob jedoch die MOK in der Rentenpolitik tatsächlich zu einem Korrektiv der in der EU dominierenden finanzökonomischen Interessen werden kann, muss mit Skepsis abgewartet werden (Schmähl 2003: 119). Der Verlauf des ersten Zyklus der MOK in der Rentenpolitik belegt eher die gegenteilige These.

2. Am Ergebnis des ersten Zyklus wird von Rentenexperten überwiegend die nicht abgeschlossene Diskussion über die Indikatoren und die unzureichende methodische Vorbereitung der NAP's und des gemeinsamen Berichts kritisiert (Ruland 2003; Langejan 2003; Behrendt 2003; Schmähl 2003).

Insbesondere die bisherigen Indikatoren seien problematisch:

- die Indikatoren für die Angemessenheit der Renten, z.B. die Einkommensersatzraten, seien schwierig zu bestimmen, und bestimmte Aspekte der Lebenssituation der Rentner würden nicht berücksichtigt, z.B. die Differenzen in der Kranken- und Pflegeversicherung zwischen den Mitgliedsstaaten (Ruland 2003: 7f; Schmähl 2003: 115f).
 - Die Indikatoren für die Nachhaltigkeit der Renten seien einseitig inputorientiert, knüpften an den Kosten der Alterssicherung an, Output-Indikatoren seien nicht formuliert worden. Damit ergebe sich die Gefahr eines verkürzten „benchmarking“ (Schmähl 2003: 114).
 - Das Indikatorenbündel müsse erweitert werden: dynamische Einkommensindikatoren und Indikatoren über die Vermögenswerte der Rentner seien einzubeziehen, der Zugang zu Dienstleistungen sei zu berücksichtigen und nichtmonetäre Indikatoren für Wohlergehen und Lebensqualität (Ernährung, Gesundheit, Bildung) seien zu entwickeln (Behrendt 2003: 90ff).
3. Die Reformschritte, die die Mitgliedsstaaten in der Rentenpolitik eingeleitet haben, sind lange vor der Einführung der MOK auf den Weg gebracht worden. Von einem Einfluss der MOK oder von europäischen Lernprozessen vor Einführung der MOK kann von daher nicht gesprochen werden. Vielmehr hat der gemeinsame Problemdruck (Demographie, Arbeitslosigkeit, öffentliche Verschuldung) die EU-Staaten veranlasst, Reformschritte einzuleiten, die in dieselbe Richtung weisen. Unterschiede sind nur im Hinblick auf den Beginn und das Ausmaß der bisherigen Reformen festzustellen (De la Porte 2003).
 4. Im Rahmen der MOK ist dieser laufende Reformprozess aufgegriffen worden und durch die Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Verfahren systematisiert worden. Die gemeinsamen Ziele sind sehr vage formuliert worden, um das Subsidiaritätsprinzip nicht zu verletzen und den Mitgliedsstaaten genügend Spielraum für ein eigenständiges Handeln zu lassen.
 5. Die – im Vergleich zur Beschäftigungspolitik (Rat der EU 2004b) – sehr weich formulierten Empfehlungen für weitere Reformschritte greifen das auf, was in den jeweiligen nationalen Diskursen ohnehin gefordert wird. Durch diese Echofunktion und die Benennung von Ländern, die im Reformprozess weiter vorangeschritten sind (best practices), wirkt die MOK als Verstärker.
 6. Dort, wo Empfehlungen konkreter werden, entsprechen sie dem Credo des momentan vorherrschenden neoliberalen gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Modells (z.B. bei den Empfehlungen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte und der Betonung einer stärkeren Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen, die auf eine Reduktion von Umverteilungskomponenten hinauslaufen).
 7. Das Problem des Verhältnisses von sozialen und finanziellen Erwägungen bei den Reformen und daraus entstehende Zielkonflikte werden zwar vage angesprochen (z.B. im Falle Schwedens), nirgendwo

werden jedoch radikale Reformschritte unter dem Aspekt der sozialpolitischen Wirkungen offen kritisiert. Das Risiko der von Kommission und Rat favorisierten kapitalgedeckten Systeme, das insbesondere in den Unwägbarkeiten der Finanzmarktentwicklung zu sehen ist, wird nicht angesprochen. Es dominiert eindeutig die Zielsetzung der langfristigen Finanzierbarkeit der Alterssicherungssysteme (Schmähl 2003: 119). Alternative wirtschafts- und sozialpolitische Lösungskonzepte werden nicht thematisiert.

8. 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).
9. Entsprechend diesem neoliberalen Zeitgeist wird auch die Wettbewerbsfunktion der sozialen Sicherungssysteme im Rahmen von Binnenmarkt und WWU nicht zur Sprache gebracht. Sie wird als Axiom, das allseitige Anerkennung findet, unausgesprochen vorausgesetzt. Die Gefahr, dass aufgrund des Systems der Wettbewerbsstaaten Reformen unter sozialen Gesichtspunkten zu radikal ausfallen könnten, wird und kann in diesem Integrationsmodell nicht wahrgenommen werden (siehe jedoch: Spyropoulos 2003: 10).
10. Einige Autoren betrachten die MOK als Instrument der neoliberalen Integrationsstrategie (Tidow 1999), andere sehen in dieser neuen Methode der Politikkoordinierung eine Chance, in kritischer Abwendung vom neoliberalen Integrationsmodell einen wichtigen Fortschritt auf dem Wege zum Ausbau des europäischen Sozialmodells (Pakaslahti, J./Pochet, P. 2003) und zur Vermeidung eines „race to the bottom“ (Hemerijck 2002: 212). Im Gegensatz zu diesen Thesen wird hier die Auffassung vertreten, dass die MOK im Hinblick auf die Perspektiven des europäischen Sozialmodells letztlich ein neutrales Instrument ist. Im Rahmen des neoliberalen Regimes der Wettbewerbsstaaten, in welchem die Steuerpolitik und die Sozialpolitik Standortfaktoren im innereuropäischen Konkurrenzkampf der Nationalstaaten sind und die Finanzpolitik einseitig dem Primat des Stabilitätspaktes unterworfen ist, werden mit Hilfe des Instruments der MOK Reformen des Wohlfahrtsstaats in Europa initiiert, die das europäische Sozialmodell immer stärker an das amerikanische Modell heranführen. Im Kontext einer paradigmatischen Abkehr der Integrationspolitik vom Leitbild eines Europas des Marktes und einer Hinwendung zum Leitbild des regulativen Europa könnte die MOK dagegen zur Bewahrung und zum Ausbau des Wohlfahrtsstaates in Europa eingesetzt werden. Allerdings wäre die MOK dabei in ein umfassendes Regulierungskonzept zu integrieren.

4. Ein Konzept zur Fortentwicklung des Europäischen Sozialmodells

Aus der bisherigen Analyse lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. 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 (Irland !) einsetzen.
2. Die Gefahr des Sozialdumpings ist in der erweiterten Union aufgrund der großen ökonomischen Disparitäten und der starken Diskrepanzen in der Macht der sozialen und politischen Akteure in der Auseinandersetzung um den Wohlfahrtsstaat erheblich größer als in der EU 15.
3. Aufgrund ähnlicher Herausforderungen haben die Reformen der sozialen Sicherungssysteme, vor allem der Altersrentensysteme, zu einer beträchtlichen qualitativen Konvergenz der Systeme geführt. Diese Konvergenz hat sich unabhängig vom Prozess der europäischen Integration vollzogen.

In dieser Ausgangslage bedarf es eines Konzeptes, das die schleichende Unterhöhlung des Wohlfahrtsstaates in Europa verhindern kann. Zurzeit ist die europäische Linke, ob sozialistische Parteien oder Gewerkschaften, in dieser Frage ohne Programm. Zwar wird in diesem politischen Kontext stets vom Europäischen Sozialmodell und der Notwendigkeit gesprochen, dieses zu verteidigen. Was jedoch unter dem Begriff des Europäischen Sozialmodells zu verstehen ist, bleibt mehr oder weniger diffus. Den verschiedenen europäischen und nationalen Diskursen zu dieser Frage kann entnommen werden, dass das Europäische Sozialmodell folgende Elemente beinhaltet:

- Eine makroökonomische Politik, die durch einen Policy-Mix aus Geld- und Fiskalpolitik die Sicherung eines hohen Beschäftigungsniveaus anstrebt.
- Eine Tarifpolitik, die neben der Unterstützung der makroökonomischen Zielsetzung eine Verteilungsneutralität zwischen Kapital und Arbeit realisiert, das heißt Produktivitätsfortschritt in Lohnfortschritt umsetzt.
- Einen Wohlfahrtsstaat, dessen öffentliche Sicherungssysteme die Bürgerinnen und Bürger vor den Risiken des Alters, der Krankheit, der Armut, der Erwerbsunfähigkeit und der Arbeitslosigkeit schützen. Auch hier wird eine Parallelität von ökonomischem und sozialem Fortschritt angestrebt.
- Ein Partizipationsrecht der abhängig Beschäftigten und ihrer Organisationen bei wichtigen Entscheidungen in Betrieb, Unternehmen und Wirtschaft (soziale Demokratie und sozialer Dialog).

Wesentlich größere Schwierigkeiten als die Rekonstruktion des Begriffs des Europäischen Sozialmodells bereitet die Antwort auf die Frage, wie dieses Modell im Prozess der europäischen Integration vor einer Erosion bewahrt werden kann. Durch das momentan herrschende liberale Integrationsmodell sind alle vier oben aufgeführten Elemente des Europäischen Sozialmodells gefährdet. Die makroökonomische Politik steht unter dem Primat von Preiswertstabilität und fiskalischer Stabilität, das Beschäftigungsziel ist diesen Zielen untergeordnet. Die Tarif- und die Sozialpolitik sind im System der Wettbewerbsstaaten Standortvariablen und werden als solche stets kritisch als Faktoren beäugt, die die Konkurrenzfähigkeit der nationalen Ökonomie beeinträchtigen. Dasselbe gilt für die Mitbestimmung, die sich insbesondere in Deutschland gegen das Verdikt der Standortgefährdung zu behaupten hat. Wenn auch diese Diagnose in weiten Teilen der europäischen Linken Zustimmung finden dürfte, besteht in der Frage der notwendigen europäischen Therapien nicht etwa Dissens – dies wäre noch das kleinere Übel -, nein, es herrscht weitgehend Ratlosigkeit. Wie soll eine europäische Fiskalpolitik in Verbindung mit der Geldpolitik der Europäischen Zentralbank gestaltet werden? Wie können die nationalen Tarifpolitiken und die nationalen Sozialpolitiken auf der europäischen Ebene koordiniert und reguliert werden, um Lohn- und Sozialdumping zu vermeiden? Wie kann soziale Demokratie auf der europäischen Ebene verwirklicht werden? Auf alle diese elementaren Fra-

gen gibt es in der europäischen Linken bestenfalls rudimentäre Antworten. Dies gilt insbesondere für die Themenstellung dieser Expertise, die Frage der Regulierung der wohlfahrtsstaatlichen Politiken auf der europäischen Bühne. Die Überlegungen in diesem Kapitel sollen dazu beitragen, Antworten zur Überwindung dieses gravierenden Defizits zu finden.

Im Folgenden werden zunächst die Defizite bisheriger Lösungsansätze zur Europäisierung des Wohlfahrtsstaates diskutiert und dann in Weiterentwicklung des Korridormodells die Grundzüge eines alternativen Konzepts vorgestellt.

4.1 Die Probleme bisheriger Lösungsansätze

In diesem Abschnitt werden die Probleme von zwei Integrationsstrategien in der Sozialpolitik erörtert, des Modells der Mindeststandards und des Konzepts der Sozialschlange.

Als vorherrschendes Konzept der europäischen Linken zur Sozialpolitik kann das Modell der Mindeststandards angesehen werden. Obwohl nirgendwo systematisch entwickelt, basiert die Grundidee dieses Konzepts darauf, durch die Festlegung von gemeinsamen Mindeststandards für soziale Leistungen einerseits überall in der Gemeinschaft eine Grundvorsorgung mit sozialen Leistungen sicherzustellen, andererseits den Wettbewerb zwischen den Staaten, insbesondere einen Prozess des Sozialdumpings, einzuschränken.

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, insbesondere seit der jüngsten Erweiterung, die zu einer deutlichen Zunahme des ökonomischen Gefälles in der Union geführt hat. Vor diesem Hintergrund birgt das Modell der Mindestvorschriften für Sozialstandards eine zweifache Gefahr in sich: entweder missachten zu hohe Mindestvorschriften die ökonomische Leistungsfähigkeit der ärmeren EU-Staaten und gefährden damit deren Wettbewerbsfähigkeit, oder die Mindeststandards beachten die Leistungsfähigkeit der schwächer entwickelten Staaten und bieten damit den höher entwickelten Staaten keinen ausreichenden Schutz vor einem Dumpingwettbewerb.

Diese deutliche Kritik an dem Mindeststandardkonzept bezieht sich auf quantitative Mindestregulierungen. Qualitative Mindestvorschriften sind dagegen in einem anderen Licht zu betrachten. Derartige qualitative Mindestregulierungen, die sich etwa auf die Struktur und die Leistungsmodalitäten der sozialen Systeme beziehen, können, wenn sie in ein umfassendes Regulierungskonzept eingebettet sind, das quantitative und qualitative Dimensionen aufweist, ein sinnvolles Teilelement darstellen. In den Abschnitten 4.2 und 4.3 wird ein solches integriertes Konzept vorgestellt werden.

Michel Dispersyn und Pierre Van der Vorst haben 1989 einen Vorschlag zur Konvergenz der europäischen Sozialpolitik vorgelegt, das unter dem Begriff der „Sozialschlange“ bekannt geworden ist. Ihr Konzept 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 insgesamt auf EU-Ebene eine Konvergenz der Leistungen eintreten 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).

Dieses Konzept stößt meines Erachtens aus zwei Gründen auf Schwierigkeiten:

1. Sieht das Modell der Sozialschlange von Anbeginn Transfers von den reicheren in die ärmeren Länder vor. Ein solcher EU-Transfermechanismus ist angesichts des schwach ausgeprägten europäischen Solidaritätsgefühls in den reicheren Ländern politisch kaum durchsetzbar.
2. Das Modell definiert die mittleren Standards und die möglichen Abweichungen in absoluten Größen. Es berücksichtigt damit nicht die ökonomische Leistungsfähigkeit der einzelnen Staaten. Relative Größen,

die das Produktivitätsniveau der Mitgliedsstaaten als Basis einbeziehen, sind jedoch angemessener, um das Prinzip der Wettbewerbsfähigkeit zu berücksichtigen.

Aus dieser Analyse der Mängel des Mindeststandardkonzepts und des Modells der Sozialschlinge ergeben sich folgende Anforderungen an ein alternatives Konzept für eine EU-Sozialpolitik:

- es sollte die Wettbewerbsfähigkeit der schwächer entwickelten EU-Staaten nicht beeinträchtigen,
- es sollte die hohen Standards der reicheren EU-Staaten nicht unter einen Abwärtsdruck setzen,
- es sollte die soziale Konvergenz in der EU strikt an die ökonomische Angleichung koppeln,
- es sollte eine regulative Strategie verfolgen und auf kurze und mittlere Sicht Transfermechanismen vermeiden.

4.2 Das Korridor-Konvergenz-Modell

Das hier vorgeschlagene Korridor-Konvergenz-Modell knüpft an zwei empirische Beobachtungen an.

Einerseits an den sehr engen Zusammenhang zwischen den Sozialleistungsquoten und dem Pro-Kopf-Einkommen, der selbst noch in der erweiterten EU gilt (siehe Kapitel 1.4). Andererseits an den Trend der qualitativen Konvergenz der Struktur der Systeme der sozialen Sicherung in der Union (siehe Kapitel 2). Die enge quantitative Beziehung zwischen dem BIP pro Kopf und den Sozialleistungsquoten, die die Korrelation zwischen ökonomischer und sozialer Leistungsfähigkeit der Mitgliedsstaaten dokumentiert, könnte in ein Korridormodell umgesetzt werden, das dazu dienen würde, diese enge Beziehung im Sinne eines sozialen EU-Stabilitätspakts aufrechtzuerhalten. Des Weiteren könnte die Konvergenz der sozialen Sicherungssysteme zum Anlass genommen werden, qualitative Mindeststandards für die Gestaltung der sozialen Sicherung in der EU zu vereinbaren, um so nach und nach eine Konvergenz der Systeme zu realisieren.

Insgesamt würde dieses Korridor-Konvergenz-Modell einen Beitrag sowohl zur Bewahrung der Wohlfahrtsstaaten (sozialer Stabilitätspakt) als auch zu ihrer schrittweisen Europäisierung (qualitative Konvergenz) leisten.

4.2.1 Das Korridormodell

Aufgrund der Streuung des Pro-Kopf-Einkommens innerhalb der EU lassen sich vier Staatengruppen bilden: am unteren Ende liegen mit entsprechend unterdurchschnittlichen Sozialleistungsquoten Rumänien, Bulgarien und die drei baltischen Staaten, im Korridor darüber bewegen sich Polen, Ungarn, die Tschechische Republik und die Slowakei, es folgen Spanien, Griechenland, Portugal und Slowenien, während sich die übrigen EU-Staaten zu einer Gruppe höher entwickelter Länder mit erwartungsgemäß überdurchschnittlichen Sozialleistungsquoten zusammenfassen lassen.

Angesichts dieses Befundes liegt es nahe, auf der EU-Ebene im Sinne eines sozialen Stabilitätspaktes zu vereinbaren, den bislang bestehenden sehr engen Zusammenhang (Ausnahme Irland!) zwischen dem ökonomischen Entwicklungsniveau und den Sozialleistungsquoten auch in der erweiterten Union nicht aufzulösen. Um dies zu bekräftigen, legen die EU-Staaten in Relation zum Entwicklungsniveau für vier Staatengruppen vier Korridore (Bandbreiten) für die Sozialleistungsquoten fest.

Durch die Festlegung derartiger Korridore (Bandbreiten) wäre folgendes erreicht:

- Der 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 sind 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 Sozialausgaben auf die verschiedenen Leistungen (Renten, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familienunterstützung) zunächst unberührt.

4.2.2 Das Konvergenzmodell

Die Analyse der Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten in den MOEL (Kapitel 1) und der Rentensysteme in den Staaten der EU-15 (Kapitel 2) hat gezeigt, dass auch in der erweiterten Union eine deutliche Tendenz zur Konvergenz der Systeme zu beobachten ist. Ein europäisches Regulierungskonzept für die Wohlfahrtsstaaten könnte diese empirische Entwicklung aufgreifen und qualitative Mindestempfehlungen für die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme formulieren, die eine Art Grundgerüst eines europäischen Wohlfahrtsstaates darstellen würden. Diese Mindeststandards sollten zunächst einen fakultativen Charakter haben, in einer späteren Stufe der Entwicklung eines europäischen Wohlfahrtsstaates jedoch obligatorisch werden.

Im Bereich der Rentenpolitik könnte ein solches Grundgerüst, über das angesichts der empirischen Tendenzen Konsens herzustellen sein müsste, wie folgt aussehen:

1. Das Rentensystem sollte ein Drei-Säulen-Modell sein, in welchem eine erste staatliche Säule durch eine zweite betriebliche Säule und eine dritte private Säule ergänzt wird. Die erste Säule sollte primär als Umlagesystem aufgebaut sein, die zweite und die dritte Säule wären als kapitalgedeckte Systeme zu organisieren.
2. Das Umlagesystem sollte primär beitragsfinanziert sein, wobei durch staatliche Zuschüsse bestimmte politische Vorgaben (Anwartschaften bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, Kindererziehung) mitfinanziert werden könnten. Die beiden anderen Säulen basieren auf Beiträgen und Entgeltkomponenten, die ebenfalls steuerlich subventioniert werden sollten.
3. Während die erste Säule bestimmte Umverteilungskomponenten enthalten sollte, sind die zweite und dritte Säule als financial defined contribution schemes darzustellen, in der eine enge Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen besteht. Als Ausnahme von der Äquivalenz könnten in diesen beiden Säule Unisextarife für Männer und Frauen akzeptiert werden.
4. Die erste Säule sollte eine Grund- und Mindestversorgungskomponente enthalten. Obwohl dies bislang nicht explizit in allen nationalen Systemen vorgesehen ist, haben viele nationale Reformprojekte der letzten Jahre die Komponente einer sozialen Grundversorgung für die älteren Menschen verstärkt (z.B. in Deutschland und Italien).
5. Es könnte ein einheitliches Renteneintrittsalter von 65 Jahren für Männer und Frauen vereinbart werden. Gleichzeitig sollten die Eintrittsregelungen jedoch flexibilisiert werden, um die Möglichkeit der Kombination von Erwerbseinkommen mit Teil- und Vollrenten zu schaffen.
6. Obwohl auch bei den Renteneintrittsvoraussetzungen und den Anwartschaften Konvergenzen zu registrieren sind, sollte Mindestregelungen zu diesen Sachverhalten erst in späteren Stufen des Regulierungskonzeptes vereinbart werden. Dasselbe gilt für die Rentenformel und die Art der Indizierung der Renten. Unterschiedliche nationale Traditionen bei der Ausgestaltung der Umverteilungsprozesse im Rentensystem könnten so gewahrt bleiben. Auch die Darstellung möglicher Nachhaltigkeitskomponenten im System (demographische und ökonomische Entwicklung) sollte in einer ersten Stufe noch offen bleiben.

Hier sollen und können nicht alle Details eines möglichen qualitativen Regulierungskonzeptes für die sozialen Sicherungssysteme erörtert werden. Es geht an dieser Stelle nur um den Beleg der These, dass die Konvergenz der Systeme bereits heute soweit vorangeschritten ist, dass sich das Grundgerüst für ein europaweites Modell formulieren lässt.

4.2.3 Korridore für einzelne soziale Leistungen

Während in Kapitel 4.2.1 die Sozialleistungsquote im Verhältnis zum BIP pro Kopf analysiert wurde und auf dieser Basis das Korridormodell entwickelt wurde, soll jetzt der Frage nachgegangen werden, ob es sinnvoll ist, auch für einzelne soziale Leistungen, also die Höhe der Altersrenten pro Kopf, die Ausgaben für Krankheit pro Person, die Familienleistungen je Kind, die Leistungen bei Arbeitslosigkeit pro Kopf, EU-Regulierungen im Sinne des Korridormodells zu vereinbaren.

Berechnungen der empirischen Daten ergeben, dass die Regressionsbeziehungen zwischen den Altersrenten pro Kopf und dem BIP pro Kopf, den Ausgaben für Krankheit pro Person, für Familienleistungen je Kind und für Arbeitslosigkeit pro Kopf und dem BIP pro Kopf wesentlich weniger eng sind als die Regressionsbeziehung zwischen der Sozialleistungsquote und dem Entwicklungsniveau der Länder. Während das Bestimmtheitsmaß für die Sozialleistungsquote bei über 80 % liegt, erreicht dieses Maß bei den Altersrenten, den Ausgaben für Krankheit und für Familienleistungen Werte, die um die 50 %-Marke schwanken. Bei den Ausgaben für Arbeitslosigkeit ist dagegen eine Korrelation zum BIP pro Kopf nicht erkennbar (Busch 1998: 281ff)

Angesichts dieser Beziehung zwischen dem BIP pro Kopf und einzelnen Sozialleistungen in der EU scheint es zunächst nicht sinnvoll zu sein, neben den Korridoren für die Sozialleistungsquote auch für die verschiedenen Sozialausgaben spezifische Korridore auf EU-Ebene obligatorisch festzulegen. In der Tat könnte auch im Sinne des Subsidiaritätsprinzips argumentiert werden, dass das Ziel, Wettbewerbsverzerrungen zwischen den EU-Staaten zu vermeiden, durch die Vereinbarung der gesamtwirtschaftlichen Korridore auf der europäischen Ebene realisiert wird, die relative Gewichtung einzelner Ausgabenposten innerhalb der Quote jedoch der Autonomie der Mitgliedstaaten überlassen bleiben sollte. Auch im Interesse der politischen Durchsetzbarkeit scheint im ersten Schritt eine gestufte Strategie sinnvoll zu sein. In der ersten Stufe könnten die gesamtwirtschaftlichen Korridore obligatorisch festgelegt werden. Für die einzelnen sozialen Leistungen sollten die Korridore dagegen nur fakultativ sein, die den Mitgliedsstaaten Orientierungsgrößen für den mittel- und längerfristigen Entwicklungspfad geben. Auch das Konvergenzkonzept für die Mindeststandards der qualitativen Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme sollte in dieser ersten Stufe fakultativ sein. In einer zweiten Stufe könnte das Konvergenzkonzept vom fakultativen in den obligatorischen Status wechseln, und in der dritten Stufe sollte schließlich auch den Korridoren für die einzelnen sozialen Leistungen der Status der Verbindlichkeit verliehen werden.

4.2.4 Stärken und Schwächen des Korridor-Konvergenz-Modells

Zu den Stärken des hier vorgeschlagenen Modells zählen vor allem vier Aspekte:

- Das Konzept schließt in seinen beiden Komponenten, der Korridor- und der Konvergenzkomponente, an bereits bestehende reale Tendenzen der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung in der EU an. Es wird damit der Realität nicht übergestülpt, sondern setzt das in Normen und Regeln um, was bereits im realen Prozess vorhanden ist, bzw. sich bereits deutlich anbahnt.
- Das Korridor-Konvergenz-Modell ist ein Stufenkonzept. Von seinen drei Elementen, den gesamtwirtschaftlichen Korridoren, den Korridoren für einzelne Leistungen der sozialen Sicherheit und den qualitativen Mindeststandards für die verschiedenen Bereiche des Wohlfahrtsstaates, wird in der ersten Stufe nur ein Element obligatorisch reguliert, in der zweiten und in der dritten Stufe kommt dann je ein weiteres Element hinzu. Die Mitgliedsstaaten haben damit genügend Spielraum, um in den fakultativen Phasen die notwendigen Anpassungsprozesse nach und nach vorzunehmen.

- Allerdings werden bereits im ersten Schritt die gesamtwirtschaftlichen Korridore festgelegt. Damit soll verhindert werden, dass im System der Wettbewerbsstaaten die wohlfahrtsstaatlichen Strukturen in den einzelnen Mitgliedsstaaten immer stärker unter Druck geraten.
- Das Modell ist im Hinblick auf die notwendigen Reformen des Wohlfahrtsstaates in der EU offen. Im Konvergenzprozess, bei der Festlegung der qualitativen Mindeststandards für die Bereiche der sozialen Sicherheit, können und sollten die bereits vorhandenen Reformkonzepte, etwa bei den Altersrenten, berücksichtigt werden, und bei der Festlegung der Korridore können und sollten die Aspekte der Nachhaltigkeit, insbesondere der demographische Wandel und die langfristige Finanzierbarkeit der Systeme, einbezogen werden.

Allerdings hat das Korridor-Konvergenz-Modell auch Schwächen. Die entscheidende Schwäche ist darin zu sehen, dass die Mitgliedsstaaten vom demographischen Wandel nicht einheitlich betroffen sind und auch in der Entwicklung der Arbeitslosigkeit unterschiedliche Tendenzen bestehen. Staaten mit einer günstigen demographischen Entwicklung und einem hohen Beschäftigungsniveau können bei einem gleichen Pro-Kopf-Einkommen eine geringere Sozialleistungsquote verzeichnen als Staaten mit einer ungünstigeren Entwicklung der Demographie und der Beschäftigung. Obwohl argumentiert werden kann, dass dies auch in der Vergangenheit der Fall war, die Staaten also in der Finanzierung der Altersrenten, der Gesundheit, der Familienleistungen und der Arbeitslosigkeit unterschiedliche Belastungen aufwiesen oder unterschiedliche Schwerpunkte setzten, aber dennoch erstaunlicherweise die Sozialleistungsquote als aggregierte Größe in hohem Maße positiv mit dem Pro-Kopf-Einkommen korrelierte, sind die ungleichen Voraussetzungen der einzelnen Staaten ein Strukturproblem der Korridorkomponente des Modells.

Dieses Strukturproblem könnte jedoch durch verschiedene Zusatzbedingungen eine modellimmanente Lösung finden.

Im Falle einer unterdurchschnittlichen Sozialleistungsquote für Staaten mit komparativ geringeren Belastungsfaktoren könnte folgende Lösung gefunden werden: unter der Bedingung, dass der betreffende Staat bei den wichtigsten Leistungen (Renten pro Person in % des BIP pro Kopf, Arbeitslosenunterstützung pro Person in % des BIP pro Kopf, Familienleistungen je Kind in % des BIP pro Kopf, Gesundheitsausgaben pro Person in % des BIP, etc.) den Durchschnittsstandard seiner Einkommensklasse nicht unterschreitet, die sektoralen Korridore also eingehalten werden, könnte ein Ausscheren aus dem gesamtwirtschaftlichen Korridor nach unten akzeptiert werden. Umgekehrt könnte vereinbart werden, dass ein Staat, der aufgrund einer ungünstigen demographischen Struktur und/oder einer überdurchschnittlichen Arbeitslosigkeit die obere Linie des gesamtwirtschaftlichen Korridors zu überschreiten droht, die sektoralen Korridore nicht einhalten muss. Diese Regel würde eine finanzielle Überforderung von Staaten vermeiden, die sich in einer besonderen Situation befinden.

Eine solche Lösung ist unter Wettbewerbsaspekten nicht sehr befriedigend, insbesondere wenn sich auf diese Weise sehr große Abweichungen in der Belastung der einzelnen Volkswirtschaften ergeben sollten. Ergänzend könnten deshalb – im Falle stärkerer, genau zu definierender Verzerrungen – kompensatorische Finanzregeln eingeführt werden. Staaten mit einem überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen und unterdurchschnittlichen Sozialleistungsquoten könnten zusätzliche Finanzbeiträge an die EU leisten. Staaten mit einem unterdurchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen und unterdurchschnittlichen Sozialbelastungen könnten geringere Mittel aus den EU-Strukturfonds erhalten als sonst üblich, weil die geringere Sozialleistungsquote bereits einen Wettbewerbsvorteil impliziert. (Dass Irland noch in einer Phase EU-Strukturmittel zuflossen, als es sich durch Praktiken des Sozial-, Lohn- und Steuerdumpings massive Wettbewerbsvorteile verschafft hat, ist kaum verständlich). Umgekehrt könnten Staaten mit überdurchschnittlichen Sozialleistungsquoten aufgrund überdurchschnittlicher demographischer und/oder sonstiger Belastungen entweder EU-Finanzrabatte (reichere Staaten) oder höhere EU-Strukturhilfen (ärmere Staaten) erhalten. Diese indirekte Form eines Transfermechanismus könnte auch in ein explizites EU-Transfersystem umgewandelt und gegebenenfalls ausgebaut werden.

5. Ausblick

Ziel dieser Studie war es, einerseits die Konsequenzen des Systems der Wettbewerbsstaaten für die europäischen Wohlfahrtsstaaten unter besonderer Berücksichtigung der Osterweiterung zu analysieren, andererseits die Grundzüge eines alternativen europäischen Regulierungskonzeptes für die Sozialpolitik darzustellen. Dabei konnten angesichts des vorhandenen Forschungsstandes viele Probleme nur bruchstückhaft bearbeitet werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht bei

1. der Analyse der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung in den MOEL, hier klafft zwischen den realen Transformationsprozessen und deren wissenschaftlicher Aufarbeitung nach wie vor eine große Lücke,
2. der Untersuchung der Konvergenzprozesse, die sich im Kontext der Reformen der einzelnen sozialen Sicherungssysteme (Renten, Gesundheit, Familienleistungen, Arbeitslosenversicherung, Armut und soziale Ausgrenzung) in Europa abzeichnen,
3. der Ausarbeitung eines umfassenden Regulierungsmodells für das europäische Sozialmodell, das dem neoliberalen mainstream in Europa in den verschiedenen Bereichen konkrete Alternativen entgegengesetzt.

Literaturliste

- Acker, S. (1996): Renten in Europa. Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme in der EU am Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung. Marburg.
- Adam, J. (1998): Reform of the Pension and the Health Care Systems in the Czech Republic. In: Osteuropa – Wirtschaft 43, S. 280-294.
- Alber, J. (1982): Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt/M.
- Allmendinger, J./Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.) (2000): Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen. München.
- Baeten, Rita (2003): Health care on the European political agenda. In: Degryse, Ch./Pochet, Ph. (eds): Social Developments in the European Union 2002, Brussels, 145-176.
- Bauer, M. W./Knöll, R. (2003): Die Methode der offenen Koordinierung: Zukunft europäischer Politikgestaltung oder schleichende Zentralisierung? In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 1-2/2003, Januar 2003.
- Begg, I./Nectoux, F. (1995): Social protection and economic union. In: Journal of European Social Policy, no. 4. London.
- Behrendt, Christina (2003): Indikatoren im Prozess der „Offenen Methode der Koordinierung“: Bestandsaufnahme und Perspektiven. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Belke, A./Hebler, M. (2002): EU-Osterweiterung, Euro und Arbeitsmärkte. München.
- Boroch, W. (1996): Social Policy as an Institutional Transformation Problem. In: Intereconomics 31, S. 139-146.
- Bosco, A./Hutsebaut, M. (eds.) (1997): Social Protection in Europe. ETUI, Brussels.
- Brusis, M. (1999): Residuales oder europäisches Wohlfahrtsmodell? Die EU und die sozialpolitischen Reformen in Mittel- und Osteuropa. In: PROKLA 29, S. 73-94.
- Busch, K. (1998): Das Korridormodell – ein Konzept zur Weiterentwicklung der EU-Sozialpolitik. In: Schmid, J./Niketta, R. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaat. Krise und Reform im Vergleich. Marburg. S. 273-298.
- Busch, K. (2001): Economic Integration and Welfare State. The Corridor Model as a Strategy for an European Social Policy. In: Haller, M. (Hrsg.): The Making of the European Union. Berlin. Heidelberg. S. 25-42.
- Busch, K. (2003): L'impatto sociale dell'allargamento. In: Fondazione di Vittorio (ed.): Europa sociale – Modello continentale e modello anglosassone a confronto. Roma. 113-123.
- Busch, Klaus (2004): Social Consequences of EU Eastern Enlargement. Vortrag auf der Tagung der Fundación Pablo Iglesias „Volver a Europa“. Madrid, 10.-11. Mai 2004.
- Casey, Bernard H. (2003): Koordination der „Koordination“: Über „Streamlining“ hinaus. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Cochrane, A./Clarke, J. (eds.) (1993): Comparing Welfare States: Britain in international context. London.
- Commission of the European Communities (2002a): Regular Report on Latvia's Progress Towards Accession. COM2002 700 final. Brüssel.
- Commission of the European Communities (2003a): Strengthening the social dimension of the Lisbon Strategy: Streamlining open coordination in the field of social protection. Brussels.
- Commission of the European Communities (2003b): Common indicators relating to national strategies for adequate and sustainable pensions. Brussels.
- Dauderstädt, M. (2003): Die wirtschaftliche und soziale Dimension der EU-Osterweiterung. In: WSI-Mitteilungen, Nr. 1, S. 16-24.
- Dauderstädt, M. (2004): Transformation und Integration der Wirtschaft der postkommunistischen Beitrittsländer. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 5-6/2004, S. 15-24.
- Davis, Ch. (2001): Reformen und Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in Transformationsländern der ehemaligen Sowjetunion und Osteuropas. In: Internationale Revue für Soziale Sicherheit 54, S. 9-55.

- De la Porte, Caroline (2003): How Relevant is the pensions OMC to the reform of pension systems in EU member states? In: Degryse, Ch./Pochet, Ph. (eds): Social Developments in the European Union 2002, Brussels, 253-278.
- Dispersyn, M./Van der Vorst, P. u. a. (1990): La construction d'un serpent social européen, In: Revue Belge de Sécurité Sociale, No. 12. Bruxelles.
- Dispersyn, M./Van der Vorst, P. u. a. (1992): La construction d'un serpent social européen – Étude de faisabilité. In: Revue Belge de Sécurité Sociale, No. 36. Bruxelles.
- Enste, D.H. (2004): Schattenwirtschaft und Korruption in Mittel- und Osteuropa. In: iw-trends, 1/2004.
- Esping-Andersen, G. (1990): Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge.
- Esping-Andersen, G. (1997): Towards a Post-Industrial Welfare State. In: Internationale Politik und Gesellschaft, Nr. 3. Bonn.
- Esping-Andersen, G. (2000): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford.
- Esping-Andersen, G. (ed.) (2004): Welfare states in transition: national adaptations in global economies. London.
- Europäische Kommission (2001): Europäische Wirtschaft Nr.72. Grundzüge der Wirtschaftspolitik 2001. Belgien.
- Europäische Kommission (2002): Soziale Sicherheit in Europa 2001. Luxemburg.
- Europäischer Rat (Lissabon) 2000: Europäischer Rat (Lissabon) 2000. Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Luxemburg.
- Eurostat (2003): Statistical Yearbook on Candidate Countries. Luxemburg.
- Evans, M. (2002): Poverty and Social Exclusion. In: Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung (Hrsg.): Study on the 13 Applicant Countries. Synthesis Report, S. 163-216.
- Falkner, G. (1998): EU Social Policy in the 1990s – Towards a corporatist policy community. London, New York.
- Fasshauer, St. (2001): Grundfragen der Finanzierung der Alterssicherung: Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren. In: Deutsche Rentenversicherung, Band 10-11, S. 631-645.
- Förster, M.F./Tóth, I.G. (2000): Trends in Child Poverty and Social Transfers in the Czech Republic, Hungary and Poland: Experiences from the Years after Transition. Luxembourg Income Study Working Paper No. 226. Luxemburg.
- Fultz, E./Ruck, M./Steinhilber, S. (eds.) (2003): The Gender Dimensions of Social Security Reform in Central and Eastern Europe. Case Studies of the Czech Republic, Hungary and Poland. ILO, Budapest.
- Galgosi, B. (2002): Literature Review of Wage Formation in Central and Eastern Europe Candidate Countries, Paper presented at the seminar on „Wage Formation in the Candidate Countries“. Gedansk, April 2002.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2003): Social Protection in the Candidate Countries, Band 40: Country Studies Estonia, Latvia, Lithuania. Köln.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2003): Social Protection in the Candidate Countries, Band 41: Country Studies Czech Republic, Slovak Republic, Poland. Köln.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2003): Social Protection in the Candidate Countries, Band 42: Country Studies Slovenia, Hungary, Romania, Bulgaria. Köln.
- Ginsberg, N. (1992): Divisions of welfare: A critical introduction to comparative social policy. London.
- Göbel, Marcus (2002): Von der Konvergenzstrategie zur Methode der offenen Koordinierung. Baden-Baden.
- Götting, Ulrike (1998): Transformation der Wohlfahrtsstaaten in Mittel- und Osteuropa. Eine Zwischenbilanz. Opladen.
- Gradalski, F./Weiss, P. (1995): Sozialpolitischer Umbruch im Transformationsprozess. In: van der Beek, K./Weiss, P. (Hrsg.): Sozialpolitik im Transformationsprozess. Ordnungs- und sozialpolitische Reformen in Polen. Berlin. S. 1-20.

- Haffner, F. (1993): Ökonomische Rahmenbedingungen der Systeme sozialer Sicherheit in Ostmittel- und Osteuropa. In: Von Maydell, B. Baron/Hohnerlein, E.M. (Hrsg.): Die Umgestaltung der Systeme sozialer Sicherheit in den Staaten Mittel- und Osteuropas. Berlin. S. 57-71.
- Hemerijck, Anton (2002): The Self-Transformation of the European Social Model(s). In: Gösta Esping-Anderesen (ed.): Why We Need a New Welfare State, New York, 173-213.
- Horstmann, S./Kaiser, M. (2002): Introduction. In: GVG (Hrsg.): Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries. Synthesis Report, S. 1-29.
- Huster, E.U. (1996): Armut in Europa. Opladen.
- Ismayr, W. (Hrsg.) (2002): Die politischen Systeme Osteuropas. Opladen.
- Ismayr, W. (2004): Die politischen Systeme der EU-Beitrittsländer im Vergleich. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 5-6/2004, S. 5-14.
- Kasten, G./Soskice, D. (2001): Europäische Beschäftigungspolitik – Möglichkeiten und Grenzen. Marburg.
- Keller, B. (1997): Europäische Arbeits- und Sozialpolitik. München.
- Kitschelt, H. u.a. (ed.) (1999): Continuity and Change in Contemporary Capitalism. Cambridge.
- Kohl, H./Platzer, H.-W. (2002): Arbeitsbeziehungen in den baltischen Staaten zwischen Transformation und EU-Beitritt. Estland, Lettland, Litauen. Bonn.
- Kohl, H./Platzer, H.W. (2003): Arbeitsbeziehungen in Mittelosteuropa. Transformation und Integration. Die acht EU-Beitrittsländer im Vergleich. Baden-Baden.
- Köhler, P.A. (1993): Historischer Kontext und Entwicklungsgeschichte von Systemen sozialer Sicherheit. In: Von Maydell, B. Baron/Hohnerlein, E.M. (Hrsg.): Die Umgestaltung der Systeme sozialer Sicherheit in den Staaten Mittel- und Osteuropas. Berlin. S. 21-38.
- Kommission der EG (2000): Soziale Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (MISSOC) 1999. Luxemburg.
- Kommission der EG (2001): Soziale Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (MISSOC) 2000. Luxemburg.
- Kommission der EG (2002): Soziale Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (MISSOC) 2001. Luxemburg.
- Kommission der EG (2002b): Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung. Brüssel.
- Kommission der EG (2003a): Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über angemessene und nachhaltige Renten. Brüssel.
- Kommission der EG (2003b): Soziale Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (MISSOC) 2002. Luxemburg.
- Kornai, J./Eggleston, K. (2001): Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe. Cambridge.
- Kraus, K./Geisen, Th. (Hrsg.) (2001): Sozialstaat in Europa. Geschichte – Entwicklung – Perspektiven. Wiesbaden.
- Laitinen-Kuikka, Sini (2004): Economic and Social Policy Aims of the Pension Policy of the European Union, Draft, Paper for the Research Seminar of FISS: Issues in Social Security, June 2004, Sigtuna.
- Langejan, Theo (2003): Praktische Erfahrungen. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Leibfried, S./Pierson, P. (eds.) (1995): European Social Policy between Fragmentation and Integration. Washington.
- Leibfried, S. (1996): Wohlfahrtsstaatliche Perspektiven der Europäischen Union: Auf dem Wege zu positiver Souveränitätsverflechtung? In: Jachtenfuchs, M./ Kohler-Koch, B. (Hrsg.): Europäische Integration. Opladen.
- Leibfried, St./Wagschal, U. (Hrsg.) (2000): Der deutsche Sozialstaat. Frankfurt.
- Lessenich, St./Ostner, I. (Hrsg.) (1998): Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive. Frankfurt.

- Mabbett, D./Bolderson, H. (1999): Theories and Methods in Comparative Social Policy. In: Clasen, J. (Hrsg.): *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*. Oxford. S. 34-56.
- Majone, G. (1996): Redistributive und sozialregulative Politik. In: Jachtenfuchs, M./Kohler-Koch, B. (Hrsg.): *Europäische Integration*. Opladen.
- Maydell, B. Baron von/Nußberger, A. (1999): *Transformation von Systemen sozialer Sicherung in Mittel- und Osteuropa*. Berlin.
- Molle, W. (1994): *The Economics of European Integration*. 2nd ed. Aldershot.
- Mossialos, E. u.a. (2002): Health Care. In: GVG (Hrsg.): *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries*. Synthesis Report, S. 71-162.
- Müller, K. (2001): The Politics of Pension Reform in East-Central Europe. In: Beyer, J./Wielgohs, J./Wiesenthal, H. (eds.): *Successful Transitions. Political Factors of Socio-Economic Progress in Postsocialist Countries*. Baden-Baden. S. 195-222.
- Nelson, J.M. (2001): The Politics of Pension and Health-Care Reforms in Hungary and Poland. In: Kornai, J./Haggard, St./Kaufman, R.R. (eds.): *Reforming the State. Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries*. Cambridge. S. 235-266.
- OECD (2003): *Labour Market and Social Policies in the Baltic Countries*. Paris.
- Pailhé, A. (2000): Gender discrimination in Central Europe during the systemic transition. In: *Economics of Transition*, Band 8, S. 505-535.
- Pakaslahti, J./Pochet, P. (2003): *The Social Dimension of the Changing European Union*, SITRA Working Paper. Helsinki.
- Pena-Casas, Ramon (2004): Second phase of the open method of co-ordination. In: Degryse, Ch./Pochet, Ph. (eds): *Social Developments in the European Union 2003*, Brussels, 95-118.
- Pfau-Effinger, B. (2000): *Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs*. Opladen.
- Pimpertz, J. (2004): Soziale Sicherung in Mittel- und Osteuropa. In: *iw-trends*, 1/2004.
- Platzer, H.-W. (Hrsg.) (1997): *Sozialstaatliche Entwicklungen in Europa und die Sozialpolitik der Europäischen Union*. Baden-Baden.
- Pochet, Philippe (2002): Pensions: substantial headway towards an uncertain goal. In: Degryse, Ch./Pochet, Ph. (eds): *Social Developments in the European Union 2001*, Brussels, 165-182.
- Pochet, Ph./Degryse, Ch. (eds) (2003): *Social Developments in the European Union*. Brussels.
- Potucek, M. (2001): Die tschechische Sozialreform nach 1989: Konzept und Wirklichkeit. In: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* 54, S. 93-122.
- Rat der Europäischen Union (2001): *Gemeinsamer Bericht des Ausschusses für Sozialschutz und des Ausschusses für Wirtschaftspolitik über Zielsetzungen und Arbeitsmethoden im Bereich der Renten: Anwendung der offenen Koordinierungsmethode*. Brüssel.
- Rat der Europäischen Union (2003): *Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege*, Brüssel.
- Rat der Europäischen Union (2004a): *Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Eingliederung*, Brüssel.
- Rat der Europäischen Union (2004b): *Gemeinsamer Beschäftigungsbericht 2003/2004*, Brüssel.
- Rothacher, A. (1999): *Wirtschaft, Politik und Gesellschaft in Tschechien, Polen, Ungarn, Slowenien, Kroatien und Litauen*. Wien.
- Ruhland, Franz (2003): Begrüßungsrede: Offene Methode der Koordinierung in der EU-Alterssicherung – Quo Vadis? In: *DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften*, Band 47, Berlin.
- Sainsbury, D. (1999): *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford.
- Schmähl, Winfried (2002): Pensions. In: GVG (Hrsg.): *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries*. Synthesis Report, S. 31-70.

- Schmähl, Winfried (2003): Erste Erfahrungen mit der „Offenen Methode der Koordinierung“: Offene Fragen zur „fiskalischen Nachhaltigkeit“ und „Angemessenheit“ von Renten in einer erweiterten Union. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Schmid, J./Niketta, R. (Hrsg.) (1998): Wohlfahrtsstaat: Krise und Reform im Vergleich, Marburg.
- Schmid, J. (2002): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. 2. Aufl., Opladen.
- Schmidt, M.G. (1998): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 2. Aufl., Opladen.
- Schüttpelz, A. (2003): Die Arbeitsmärkte in den EU-Beitrittsländern. In: WSI Mitteilungen 1/2003, S. 33-39.
- Sisson, K./Arrowsmith, J./Marginson, P. (2002): All Benchmarkers Now? Benchmarking and the 'Europeanisation' of Industrial Relations, ESRC „One Europe or Several?“ Programme Working Paper 41/02. Brighton.
- Sisson, K./Marginson, P. (2001): Benchmarking and the 'Europeanisation' of social and employment policy, ESRC „One Europe or Several?“ Briefing Note 3/01. Brighton.
- Spyropoulos, Roversos (2003): Die Anwendung der „Offenen Methode der Koordinierung“ auf die Renten – Eine verstärkte Kooperation auf der europäischen Ebene. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Stanton, David (2003): Gemeinsame Indikatoren bezüglich nationaler Strategien für angemessene und nachhaltige Renten: Die Arbeit der Indikatoren-Untergruppe des Ausschusses für Sozialschutz. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Taskforce Beschäftigung (2003): Jobs, Jobs, Jobs – Mehr Beschäftigung in Europa schaffen, Brüssel.
- The Vienna Institute for International Economic Studies (2002): Transition Countries in 2002: Loosing Steam. Research Reports No. 285. Vienna.
- Tidow, Stefan (1999): Benchmarking als Leitidee. Zum Verlust des Politischen in der europäischen Perspektive. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Vol. 44, No. 3.
- Thomas, S. (1999): Handbuch europäischer Beschäftigungspolitik – Programm, Organisation, Handlungsschwerpunkte. Frankfurt/Main.
- Trubek, D.M. (2002): The Open Method of Coordination: Soft Law in the New Architecture for Governance of Social Policy in the EU, Outline of Research 2/18/02, University of Wisconsin-Madison.
- Van der Beek, K. (2002): Systemtransformation des Gesundheitswesens in den Ländern Mittel- und Osteuropas. Frankfurt/Main.
- Vignon, Jerome (2003): Die Bedeutung des gemeinsamen Berichts über angemessene und nachhaltige Renten. In: DRV: Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo Vadis? DRV-Schriften, Band 47, Berlin.
- Vogler, S./Habl, C. (1999): Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa. Wien.

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Strukturpolitik, Mitbestimmung, Erwerbsarbeit, Kooperativer Staat und Sozialpolitik. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Magazin „Mitbestimmung“ und den „WSI-Mitteilungen“ informiert die Stiftung monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der homepage www.boeckler.de bietet sie einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 0211/7778 - 225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

