

FORUM FÜR SOZIALE GERECHTIGKEIT IN EUROPA
„SOZIALREFORM ODER SOZIALABBAU IN EUROPA?“

Forum II Reform der Wohlfahrtsstaaten in Europa / Sozialpolitik als Wettbewerbsfaktor in Europa?

PERSPEKTIVEN DER WOHLFAHRTSSTAATLICHEN
ENTWICKLUNG IN EUROPA

Gliederung

- 1. Der Sozialstaat im Prozess von Globalisierung und der Europäischen Integration*
- 2. Aktuelle Herausforderungen des Sozialstaats*
- 3. Die "Europäische Herausforderung"*
- 4. Status quo Europäischer Sozialpolitik*

1. Der Sozialstaat im Prozess von Globalisierung und Europäischer Integration

Der Sozialstaat in Europa ist das Ergebnis der politisch-ökonomischen Entwicklung, die in *Urbanisierung, Industrieller Revolution* und in deren Verlauf aufgetretener *Sozialer Frage* in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ihren Ausdruck gefunden hat und auf die in Deutschland die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung der 80er Jahre jenes Jahrhunderts eine politische Antwort gewesen ist. Er ist insofern Ergebnis einer Jahrhundertentwicklung, die in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedlichen „Pfadern“ gefolgt ist und die deshalb eine große Vielfalt nationaler Ausprägungen aufweist, deren eine Gemeinsamkeit allerdings darin besteht, dass sie im Verbund mit der fortschreitenden Demokratisierung zur Legitimierung des *modernen Nationalstaats* insbesondere nach Ende des Zweiten Weltkriegs beigetragen hat.

Vor diesem Hintergrund haben sich bis heute auch in den *Mitgliedstaaten der Europäischen Union* aufgrund unterschiedlicher Traditionen („sozialpolitischer Pfade“), Ausgangsbedingungen und Herausforderungen – jüngst in zunehmendem Maße geprägt durch einen gemeinschaftlichen Europäischen sowohl rechtlichen als auch politischen Rahmen – umfassende, staatlich verantwortete und allgemein zugängliche Sozialleistungssysteme entwickelt, die den Bürger im Grundsatz „von der Wiege“ – Mutterchaftsgeld und Kindergeld – „bis zur Bahre“ – Sterbegeld und Witwen-/Witwer-/Waisenrente – sozial absichern und sich nicht auf eine bloße Grundversorgung beschränken.

Der Anteil der *finanziellen Aufwendungen für den Sozialschutz* in den 15 „alten“ Mitgliedstaaten der Europäischen Union lag Ende der 90er Jahre bei durchschnittlich 28,5 v. H. des Bruttoinlandsprodukts bei einer Spannweite von rd. 16 v. H. – Griechenland – bis zu rd. 35 v. H. – Finnland –.

Dabei bestand und besteht auch noch heute eine deutliche Korrelation sowohl zwischen der Höhe des Bruttoinlandsprodukts und der Höhe der Sozialabgaben als auch zwischen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und Ausmaß der Sozialstaatlichkeit, in quantitativer Hinsicht etwa ausweislich des Sozialleistungsniveaus – Indiz dafür, dass der Sozialstaat keineswegs allein als „Last“ angesehen werden muss, sondern auch eine Ressource – etwa für qualifizierte Arbeitskräfte und Humankapital – und einen Produktivfaktor – etwa auf dem Gesundheitssektor – darstellt.

Diese Zahlenangaben illustrieren zugleich den deutlich höheren Grad der sozialen Intervention des Staates in den europäischen Ländern etwa gegenüber den USA und Japan, d. h. den beiden anderen Partnern der „Triade“, bei vergleichbaren gesamten, d. h. *öffentlichen und privaten Aufwendungen* für den Sozialschutz.

Von Drittländern aus betrachtet zeichnen sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Union deshalb auch

durch ein vergleichsweise hohes Maß an sowohl *sozialstaatlicher* als auch – nicht zuletzt wegen der sozialstaatlichen Intervention – *sozialer Homogenität* aus.

Diesen höheren Sozialausgaben in Europa für den Sozialschutz als anderswo entsprechen allerdings auch höhere Steuerquoten und Lohnkosten: So liegen die Steuerquoten in Europa mit rd. 40 v. H. mehr als 10 v. H. über denjenigen in den USA; dort wiederum gehen die geringeren öffentlichen Aufwendungen für den Sozialschutz ihrerseits einher mit höheren privaten Aufwendungen mit der Folge, dass sich die Unterschiede in Bezug auf die *Gesamtaufwendungen für den Sozialschutz* deutlich verringern.

Die fortbestehende *Diversität der Sozialschutzsysteme* auch der EU-Staaten zeigt, dass die Zugehörigkeit von heute 25 Mitgliedstaaten zu einem *Europäischen Staatenverbund* (in der Diktion des *Bundesverfassungsgerichts* in seinem „Maastricht-Urteil“¹) bislang zu keiner durchgreifenden Angleichung der nationalen Sozialschutzsysteme geführt hat. Doch lassen sich Anzeichen zu einer Annäherung, d. h. zu einer *de facto-Konvergenz* ausmachen, die seit Anfang der 90er Jahre durch eine *Politik der Konvergenz* ergänzt worden ist, welche seit dem Europäischen Rat Lissabon 2000 durch eine spezifische *politische Strategie* in Gestalt der sog. „*offenen Methode der Koordinierung*“ als neuer Form nicht rechtlicher, sozialpolitischer Intervention im Bereich des Sozialschutzes abgelöst worden ist.

Es gibt deshalb auch heute zwar keinen gemeinschaftlichen „Europäischen Sozialstaat“ – und die Errichtung eines solchen steht auch nicht an –, sondern nach wie vor eine Vielheit von „*Sozialstaaten in Europa*“ – darunter heute 25 in der Europäischen Union –, in denen sich allerdings *in* zunehmendem Maße Gemeinsamkeiten feststellen lassen, die man als *Europäische Wohlfahrts- bzw. Sozialstaatlichkeit* auf den Begriff bringen kann und die auch Teil des „*Europäische Sozialmodells*“ sind.

Dieses Europäische Sozialmodell beruht auf *gemeinsamen Werten* – Freiheit, Demokratie, Rechtsstaatlichkeit („rule of law“), Solidarität u. a. –, *gemeinsamen Zielen* sowie ökonomischen, politischen, rechtlichen, kulturellen u.a. *Rahmenbedingungen* und zeichnet sich nicht zuletzt dadurch aus, dass in Europa die *öffentlichen Ausgaben* – wenn auch jüngst mit etwas abnehmender Tendenz – im Bereich des Sozialschutzes deutlich dominieren, was zu einem höheren Maß an Gleichheit, sozialer Kohäsion und Solidarität in Gestalt finanzieller Umverteilung beiträgt.

Spezifische Elemente, welche diese „*Europäische Sozialstaatlichkeit*“ – bzw. genauer, weil die im Übrigen in jüngster Zeit quantitativ und qualitativ an Bedeutung zunehmenden nichtstaatlichen Komponenten und ihren Beitrag zur sozialen Dimension auch begrifflich berücksichtigend – das jeweilige „*sozialstaatliche Arrangement*“ (*Franz-Xaver Kaufmann*) der EU-Staaten prägen und damit auch das *Europäische Sozialmodell* konturieren, sind:

¹ BVerfGE (= Amtliche Sammlungen der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts) 89, 155 ff.

- ein staatliches System, das auf einer parlamentarisch-demokratischen Grundlage aufbaut – *parlamentarische Demokratie* –;
- ein Wirtschaftssystem, das auf *Privateigentum* an den Produktionsmitteln beruht und *marktwirtschaftlich* orientiert ist – *Marktwirtschaft* –;
- ein weit gefächertes Netz privater, informeller, namentlich in Familien und dort vor allem von Frauen erbrachter Unterhalts- und sonstiger Dienstleistungen in den Bereichen Erziehung, Betreuung und Pflege
- *familiale* und sonstige *informelle Wohlfahrt* –;
- ein breites Feld gesellschaftspolitischer Aktivitäten, die den Abbau von Diskriminierungen und die Förderung von Chancengleichheit, die Schaffung von Entfaltungsmöglichkeiten für jedermann, insbesondere durch Erziehung, Aus- und Fortbildung, berufliche Bildung und Arbeitsförderung, sowie allgemein die Integration der Mitglieder der Gesellschaft in die Gesellschaft und in deren einzelne Funktionsbereiche anstreben – *Inklusion* –;
- ein ausgebautes System der sozialen Sicherheit bzw. – genauer, weil beispielsweise die soziale Mindestsicherung in Gestalt der Sozialhilfe einbeziehend – des sozialen Schutzes, welches darauf abzielt, das Auftreten sozialer Risiken durch *Prävention* zu verhüten und bei Eintritt derartiger Risiken *kompensierend* und *rehabilitativ* tätig zu werden – *soziale Sicherheit und sozialer Schutz* –; sowie
- ein Rechtssystem, welches nicht nur dem Handeln des Staates und seiner Untergliederungen – hierzu-lande Länder und Gemeinden –, der Sozialleistungsträger, der Bürger und Wirtschaftssubjekte – darunter auch der Erbringer von Sozialleistungen wie z. B. Ärzten, Krankenhäuser, Apotheker u. a. –, Sozialpartner u. a. einen rechtlichen Rahmen vorgibt, sondern welches auch die Teilhabe der Bürger an den sozialen Maßnahmen und Leistungen auf der Grundlage des Rechts, namentlich auch in Gestalt individueller Rechtsansprüche von Rechts wegen verbrieft – *Rechtsstaatlichkeit* (,rule of law') –.

2. Aktuelle Herausforderungen des Sozialstaats

Eine interdisziplinär angelegte, Erkenntnissen von Ökonomie, Politikwissenschaft, Soziologie u. a. Rechnung tragende Untersuchung hat folgende Herausforderungen des Sozialstaats unterschieden:²

- Die *demographische Herausforderung* tritt in gravierenden Veränderungen der Altersstruktur – Anstieg der Lebenserwartung bei rückläufiger Geburtenrate – zu Tage, denen sich alle entwickelten Industriestaaten gegenüber sehen und die sich vor allem im Bereich der Alterssicherung auswirken, aber auch tiefgreifende Konsequenzen für das Gesundheits- und Sozialwesen haben.

² Vgl. in diesem Sinne Kaufmann, aaO (Fn., 4), S. 69 ff.

– Die *ökonomische Herausforderung* des Sozialstaats besteht angesichts der Tatsache, dass die Finanzierung des Sozialleistungssystems von Produktivität, Wachstum und damit dem wirtschaftlichen Ergebnis des Wirtschaftssystems abhängt, heute vor allem darin, dass das Wirtschaftswachstum gering ist, zudem sein Zusammenhang mit dem Grad der Beschäftigung lockerer geworden ist, und die Kapitalintensität der modernen Produktionsweise dafür führt, dass die Qualifikationsanforderungen an die Arbeitskräfte ständig steigen, die Arbeitsplätze immer teurer werden und nicht oder nur gering qualifizierte Arbeitnehmer deshalb besonders stark und auf Dauer von Arbeitslosigkeit betroffen werden.

– Die *gesellschaftliche* und auch *kulturelle Herausforderung* des Sozialstaats betrifft insbesondere Dienstleistungen, die in der Vergangenheit typischerweise sowohl „informell“ – zumeist in der Familie – als auch unentgeltlich erbracht worden sind, heute und in Zukunft aber immer häufiger gegen Entgelt und – „formell“, d. h. professionell in Anspruch genommen werden müssen.

Dies gilt insbesondere für die „*familiale*“ *Wohlfahrtsproduktion*, die aufgrund der demographischen Entwicklung und des gesellschaftlichen Wandels, namentlich im Hinblick auf die Stellung der Frau in Ehe, Familie, Erwerbsleben und Gesellschaft rückläufig ist.

Überdies ist der Singularisierung der Gesellschaft, die sich u. a. in der Zunahme von Einpersonenhaushalten widerspiegelt und dem Wandel von Familienformen und etwa der Zunahme neuer Formen von Partnerschaften auch in der sozialen Sicherheit Rechnung zu tragen.

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf insbesondere durch entsprechende soziale Dienste und Einrichtungen ist ein durch die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit hervorgerufenenes weiteres Postulat.

– Die Herausforderung der *Transnationalisierung* als Folge von Globalisierung, Internationalisierung und Europäische Integration der für die Sozialstaatlichkeit verantwortlichen nationalen Politiken trägt zur Erosion des überkommenen nationalen Konzepts des Sozialstaates als eines national abgegrenzten räumlichen Gestaltungsraums durch zunehmende Entgrenzung („Entterritorialisierung“) bei mit der Folge, dass zugleich die traditionellerweise innerhalb eines territorialen Rahmens etablierte Gegenseitigkeit als Grundlage gesamtgesellschaftlicher Solidarität an Verbindlichkeit und der überkommene soziale Konsens an Überzeugungskraft einbüßen, möglicherweise aber auch Ansätze neuer Solidarität entstehen und zugleich neue „künstliche Solidaritäten“ gestiftet und geschaffen werden müssen.

Diese *internationale Herausforderung* des Sozialstaates mündet in eine aus internationalen Einflüssen resultierende Infragestellung nationaler Wohlfahrts- bzw. Sozialstaatlichkeit als Folge der Vertiefung der internationalen Wirtschaftsbeziehungen sowie in eine Zunahme grenzüberschreitender Transaktionen in Form von Handel, Dienstleistungen und Investitionen sowie der internationalen Arbeitsteilung – dies übrigens allesamt keineswegs neue Phänomene – mit der Folge, dass die Industriegesellschaft zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft „mutiert“ – in der Bedeutung vergleichbar dem Übergang

von der Agrargesellschaft zur Industriegesellschaft im 19. Jahrhundert – und der Nationalstaat als bislang dominanter Akteur der Sozialpolitik an Bedeutung verliert als Ergebnis der vorstehend geschilderten Prozesse sowie seiner zunehmenden Einbindung in internationale Beziehungen und Organisationen: Zum einen führen die Globalisierung der wirtschaftlichen Märkte und die Mobilität der Menschen zu einer zunehmenden Transnationalisierung auch der sozialpolitischen Fragestellungen: Bevölkerungswachstum und Migration, ökologische Risiken und Belastungen, Krankheiten und Seuchen machen vor nationalen Grenzen nicht Halt und lassen sich in vielen Fällen wirksam nur transnational bewältigen; zum anderen löst sich die überkommene Territorialität der sozialen Sicherung in zunehmenden Maße auch im sozialpolitischen Bereich auf; dem entspricht die Zunahme *internationaler* und *supranationaler Rechtsnormen*, die auf Entgrenzung angelegt sind.

3. Die „Europäische Herausforderung“

Die *Europäische Integration* ist für die EU-Staaten die gewichtigste internationale Herausforderung – aber zugleich auch Chance –, vor der sie stehen. Dieser Prozess geht nicht nur mit einem aus der Übertragung rechtlicher Kompetenzen auf die Institutionen der Europäischen Gemeinschaft als des supranationalen Kerns des „Europäischen Systems“ resultierenden *Souveränitätsverzicht* einher, sondern hat auch einen *Verlust an faktischer Handlungsautonomie* der Mitgliedstaaten als Nationalstaaten auch im Bereich der Sozialpolitik zur Folge, die allerdings nach wie vor grundsätzlich in der primären Verantwortung der Mitgliedstaaten steht.

Daraus folgt, dass heute die *Sozialpolitik* in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union nicht mehr als eine rein nationale Domäne angesehen werden kann, sondern notwendigerweise *Mehrebenenpolitik* und damit zugleich auch *internationale* – und im „Europäischen System“ insbesondere auch *supranationale – Politik* ist mit der Folge, dass sie zu einem erheblichen und immer größer werdenden Teil der nationalen Kompetenz der Mitgliedstaaten entzogen ist und diese heute nurmehr „*postsouveräne Sozialstaaten*“ sind.³

Die dergestalt gebotene *Mehrebenenpolitik* setzt aber immer häufiger ein solches gemeinsames Vorgehen der Mitgliedstaaten voraus, um Antworten auf die aktuellen Herausforderungen des Sozialstaats zu finden. Dabei muss zwangsläufig eine Auseinandersetzung stattfinden mit den sozialpolitischen Vorstellungen der anderen Mitgliedstaaten, die auf jeweils eigenständige nationale Erfahrungen und sozialpolitische „Pfade“ zurückblicken und für die jeweils unterschiedliche, wirtschaftliche, gesellschaftliche, kulturelle, rechtliche und politische Rahmenbedingungen gelten.

³ Vgl. dazu etwa *Stolleis, M.*, Was kommt nach dem souveränen Nationalstaat? In: Héritier, A./Stolleis, M./Scharpf, F. (Hg.), *European and International Regulation after the Nation State*, Baden-Baden 2004, S. 17 ff.; allgemein zu dieser Entwicklung auch *Habermas, J.*, *Die postnationale Konstellation*, Frankfurt/M. 1998

Diese Unterschiede waren in der Vergangenheit dafür verantwortlich, dass der Versuch einer sozialen Harmonisierung im Sinne einer Vereinheitlichung oder Annäherung der Sozialleistungssysteme der Mitgliedstaaten „von oben“ nicht ernsthaft zur Diskussion gestellt oder gar in Angriff genommen worden ist. Allerdings gibt es auch im sozialen Bereich eine zunehmende Annäherung – *Konvergenz* – der Mitgliedstaaten, da sich diese in zunehmendem Maße an übereinstimmenden Zielen orientieren, sich gemeinsamen Werten verpflichtet fühlen, und in immer größerem Umfang gleichen Rahmenbedingungen unterliegen.

Illustrieren ließe sich dieser *Prozess der de-facto-Konvergenz* an der erwähnten sog. demographische Herausforderung, auf welche alle Staaten im Hinblick auf ihre Alterssicherungssysteme, die Systeme der Gesundheitsversorgung, die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und die sozialen Dienste insgesamt eine Antwort geben müssen, wobei sie in Ansehung der Verwirklichung bestimmter sozialpolitischer Ziele immer häufiger zu ähnlichen oder gar gleichen Lösungen finden.

Auf dem Gesundheitssektor sind beispielsweise allenthalben Bestrebungen zu registrieren, den Wettbewerb zu verstärken, aber auch die Eigenverantwortung in Gestalt von Eigenvorsorge und Selbstbeteiligung der Patienten zu erhöhen.

Es gibt auch eine allgemeine Tendenz, nicht nur das gesetzliche, sondern vor allem auch das tatsächliche Rentenzugangsalter heraufzusetzen, um der Alternative zu entgehen, entweder die nachwachsende Generation mit höheren Abgaben zur Finanzierung der Alterssicherung der gegenwärtig „Alten“ belasten oder aber die Rentenleistungen in unvertretbarem Maße absenken zu müssen; für diese Politik „stehen“ die Schlagworte ‚demographischer Faktor‘ und ‚Nachhaltigkeit‘.

Vor diesem Hintergrund sind auch die gegenwärtig nicht nur in Deutschland diskutierten und praktizierten Pläne zum Umbau des Sozialstaats zu beurteilen.

Diese gesellschaftspolitische Dimension des Europäischen Sozialmodells ist zugleich Anlass für den Hinweis, dass das herkömmliche deutsche Verständnis von Sozialpolitik im Europäischen und auch im internationalen Vergleich überhaupt insofern zu eng ist, als es die *Bildungspolitik* ausblendet.

Auch für die „Lissabon-Strategie“ der Europäischen Union, die bis zum Jahre 2010 Europa zum „wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt“ machen soll, „einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen“, ist die angemessene Berücksichtigung von Bildungs- und Forschungspolitik als Grundlage für eine moderne und innovative Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik unverzichtbar.

Hervorgehoben zu werden verdient auch die Thematisierung der *Armutsproblematik* in den EG-Staaten durch das *Erste Programm der Gemeinschaft zur Bekämpfung der Armut*⁴ und die damit eingeleitete allmähliche Abwendung von einer – nicht zuletzt in Deutschland – allzu einseitig auf Erwerbspersonen abstellenden Sozialpolitik. Anliegen dieses neuen Politikansatzes war es, den sozialen Zusammenhalt – die „*soziale Kohäsion*“ – innerhalb der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft zu fördern. Ein Resultat war die Einsicht, dass es auch in der Bundesrepublik Deutschland trotz eines die Armut bekämpfenden Mindestsicherungssystems in Gestalt der Sozialhilfe Armut gab (und gibt).

4. Status quo Europäischer Sozialpolitik

Das Gemeinschaftshandeln im Bereich der *Sozialpolitik i. e. S.* konzentriert sich heute auf folgende *Ziele*: Förderung der Beschäftigung; Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen; angemessener sozialer Schutz; sozialer Dialog; Entwicklung des Arbeitskräftepotentials im Hinblick auf ein dauerhaftes hohes Beschäftigungsniveau; Bekämpfung von Ausgrenzungen. Der Erreichung dieser Ziele dienen *Maßnahmen*, die sowohl den überkommenen Praktiken in den Mitgliedstaaten als auch der Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft Rechnung zu tragen.

Im Vordergrund stehen dabei die *beschäftigungspolitischen Ziele*, so die Erreichung des in Lissabon im Jahre 2000 gesetzten Ziels, bis 2010 eine generelle Beschäftigungsquote von insgesamt 70 v. H., für Frauen von 60 v. H. und für ältere Personen von 50 v. H. zu erreichen.⁵

Zu den wichtigsten Entwicklungen, die in jüngster Zeit zur Stärkung der Europäischen Sozialpolitik beigetragen haben, gehört die *Offene Methode der Koordinierung*, die gleichfalls der Europäische Rat Lissabon 2000 als neue politische Strategie für den Bereich des *Sozialschutzes* dort eingeführt hat, wo die Europäische Union zwar keine Kompetenz zur Rechtsetzung hat, wo gleichwohl aber gemeinsames und gemeinschaftliches Handeln der Mitgliedstaaten notwendig zu sein scheint.

Mit dieser *politischen Strategie* und spezifischen Form von *Governance* wird unter Respektierung des Subsidiaritätsprinzips ein freiwilliges Zusammenwirken der Mitgliedstaaten unter Mitwirkung der Europäischen Kommission angestrebt.

Die Bereiche *Armutsbekämpfung / soziale Eingliederung, Alterssicherung, Gesundheitsversorgung und Pflege älterer Menschen* sowie *Integration von Migranten* werden möglicherweise nach dem Vorbild der mittlerweile in Art. 125 - 130 EG-Vertrag rechtsverbindlich verankerten *Europäischen Beschäftigungsstrategie* von den Mitgliedstaaten dergestalt gemeinsam gestaltet werden, dass – bereichsspezi-

⁴ Vgl. Kommission der EG, Schlussbericht über das Erste Programm von Modellvorhaben und Modellstudien zur Bekämpfung der Armut, Brüssel 1981; für Deutschland Hauser, R./Cremer-Schäfer, H./Nouvertné, U., Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und sozialpolitische Perspektiven, Frankfurt/M. 1981

⁵ Vgl. dazu aktuell und plastisch Schmid, G., Jobs, Jobs, Jobs. Mehr Beschäftigung in Europa schaffen, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2004, H. 5-6, S. 21 ff.

fisch und damit zugleich zugeschnitten auf die jeweiligen Politikbereiche – *gemeinsame Zielvorstellungen* festgelegt, ihre Umsetzung auf nationaler Ebene anhand spezifischer *Indikatoren in nationalen Berichten* dargestellt und – ggf. auch in Gestalt eines „*Benchmarking*“ – ein *Prozess des wechselseitigen Lernens* eingeleitet wird, der dazu führen soll, dass in anderen Mitgliedstaaten gefundene Lösungen für spezifische Probleme ggf. – wenn sie „passen“ – übernommen werden.

Dies gilt im Bereich der *Alterssicherung*⁶ beispielsweise für die Konzepte, die in einzelnen Mitgliedstaaten zur Bewältigung der demographischen Herausforderung dieser Systeme durch die Alterung der Bevölkerung entwickelt worden sind, wie den „demographischen Faktor“, der anderswo in modifizierter Form und anders genannt unter den Gesichtspunkten von Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit aufgegriffen worden ist.

Während die Beschäftigung seit Mitte der 90er Jahre in den EU-15er Staaten leicht gestiegen ist, ist sie nicht nur aufgrund des schwierigen Transformationsprozesses in den MOE-Staaten gesunken, sondern auch wegen erheblicher Schrumpfungprozesse in der Landwirtschaft und in den traditionellen Schlüsselindustrien – beispielsweise der Schwerindustrie – Einbußen, die noch nicht durch ein Wachsen des Dienstleistungssektors kompensiert werden. Der Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft ist im Gegensatz zur EU-15 in den MOE-Staaten noch nicht vollzogen.

Im Hinblick auf den *Sozialschutz* standen in den alten Mitgliedstaaten in den vergangenen Jahren Reformen der *Alterssicherungssysteme* im Vordergrund, nicht zuletzt aufgrund der finanziellen Bedeutung dieser Systeme, entfallen doch im EU-15-Durchschnitt mehr als 40 v.H. der Aufwendungen für den Sozialschutz überhaupt auf die Rentensicherungssysteme. Die in diesem Bereich unternommenen Reformen waren in erster Linie Reaktionen auf die derzeitige und künftig zu erwartende Alterung der Gesellschaft in einer andauernden Periode geringen Wirtschaftswachstums und einer daraus resultierenden Einschränkung des finanziellen Handlungsspielraums.

Bei den entsprechenden Reformen in den MOE-Staaten sind diese Entwicklungen und Erfahrungen in den alten Mitgliedstaaten zumeist bereits mitberücksichtigt worden (nicht zuletzt auch in Auseinandersetzung mit gegenläufigen Konzepten – „capital-funding“ versus „pay-as-you-go“ – etwa der Weltbank. Die Entwicklungen in den neuen Mitgliedstaaten sind gleichwohl jedoch durchaus unterschiedlich. So haben *Polen, Lettland* und *Estland* ihr überkommenes, auf einer einzigen Säule beruhendes öffentliches

⁶ Vgl. dazu Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung / Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) / Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht (MPI) (Hg.), *Offene Koordinierung der Alterssicherung in der Europäischen Union*. Internationale Tagung am 9. und 10. November 2001 in Berlin, Frankfurt/M. 2002; Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS)/ VDR / MPI Sozialrecht (Hg.), *Offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – Quo vadis?* (Internationale Konferenz am 26. und 27. März 2003 in Berlin), Frankfurt/M. 2003; auch *Husemann, J.*, *Die offene Methode der Koordinierung im Bereich der Alterssicherung – eine neue Strategie in der europäischen Sozialpolitik*, in: *Deutsche Rentenversicherung (DRV), DRV-Schriften Bd. 39 (20039)*, S. 16 ff.

Rentensystem umgebaut und eine zweite Säule kapitalgedeckter privater Alterssicherungssysteme eingeführt. *Ungarn* und die *Slowakei* haben gleichfalls eine kapitalgedeckte zweite Säule eingeführt, die als Obligatorium ausgestaltet ist und zu der unverändert beibehaltenen ersten Säule hinzugetreten ist. In *Tschechien* ist das öffentliche System reformiert worden; von der Einführung eines privat organisierten ergänzenden Alterssicherungssystems hat man Abstand genommen. Entsprechendes gilt für *Litauen* und *Slowenien*, die ihr bisheriges umlagefinanziertes System, welches aus Beiträgen und steuerlich finanzierten staatlichen Zuschüssen gespeist wird, beibehalten haben.

Insbesondere in den Ländern, die auf eine zusätzliche kapitalgedeckte Rente „setzen“, wird die Angemessenheit der Leistungen in der Zukunft deshalb zu einem Problem werden, weil das erwünschte Niveau der Leistungen aus den kapitalgedeckten Systemen naturgemäß erst in einigen Jahren erreicht sein wird. Auch ist nach den Erfahrungen anderer Länder – etwa in Lateinamerika –, inwieweit der Zugriff des Staates auf das angehäuften Kapital abgewehrt und „Missmanagement“ und auch ein privater Missbrauch auf Dauer mit Erfolg verhindert werden können.

In Bezug auf die soziale *Sicherung im Krankheitsfall* sind in den neuen Mitgliedstaaten Reformen durchgeführt worden, die darauf abzielen, die überkommenen zentralistischen Systeme zu ersetzen. Diese Entwicklung hat vor dem Hintergrund eines Status quo stattgefunden, der sich dadurch auszeichnet, dass der Gesundheitszustand der Bürger in den neuen Mitgliedstaaten generell sehr viel schlechter ist als in der EU-15, wo die Lebenserwartung höher und die Morbilität geringer sind. Eine Ursache dafür ist der Umstand, dass die Gesundheitsausgaben in den MOE-Staaten in der Regel wesentlich geringer sind als in den alten Mitgliedstaaten, die – gemessen in Kaufkraftstandards (KKS) – im Durchschnitt rd. das 4-fache für die Gesundheitsversorgung ausgeben (wenn auch in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass die Gesundheitsausgaben beileibe nicht die einzige oder auch nur die dominierende Einflussgröße für den Gesundheitszustand der Bevölkerung sind: Bildungsstand, Einkommen und Verträgen, Umwelt, Lebensweise u. ä. spielen eine wichtige Rolle).

Dezentralisierung, Einführung des Versicherungsprinzips und Umstrukturierung der Leistungserbringung waren in konzeptioneller, organisatorischer und prozeduraler Hinsicht die drei maßgebenden Reformschritte in den MOE-Staaten, die zum einen darauf abzielten, die regionalen und lokalen bürgernahen Einheiten stärker in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen, und die zugleich lokale, regionale und private Anbieter stärker einbinden sollten. Neben der Umstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems von Steuern auf Beiträge durch Einführung von Krankenversicherung in 7 der 8 MOE-Staaten hat man sich vor allem bemüht, die überkommenen kostspieligen stationären Versorgungsstrukturen abzubauen (u. a. mit dem Ergebnis, dass von 1990 bis 2000 die Zahl der Akutbetten je 1000 Einwohner von 9,2 auf 5,6 gesenkt worden ist).

Ein grundsätzliches sozialpolitisches Problem stellt in allen neuen Mitgliedstaaten die Gewährleistung eines *sozialen Minimums* dar. In den 1990er Jahren waren Familienbeihilfen und Kindergeld wesentliche Komponenten der nationalen Programme zur Armutsbekämpfung; sie traten an die Stelle der früher, d. h. in der sozialistischen Ära gewährten Subventionen zu Wasser, Energie, Wohnung und Grundnahrungsmitteln. Der Umstand, dass i. d. R. die Kommunen mit der Aufgabe der Armutsbekämpfung betraut worden sind, hatte allerdings schwerwiegende verwaltungstechnische und finanzielle Probleme dieser Verantwortlichen zur Folge mit der Konsequenz, dass die soziale Mindestsicherung auch von Ort zu Ort je nach finanzieller, personeller u.a. Kapazität sehr unterschiedlich aussieht.⁷

Zu weiteren wesentlichen Unterschieden zwischen alten und neuen Mitgliedstaaten in der Sozialpolitik und namentlich in Hinblick auf die *persönlichen sozialen Dienste* gehören die unterschiedliche Rolle der Zivilgesellschaft und der unterschiedliche Grad der Beteiligung des Einzelnen und einzelner sozialer Gruppen am gesellschaftlichen Leben.

In den neuen Mitgliedstaaten sind diese Garanten für die wirtschaftliche, soziale und politische Partizipation der Bürger an Staat und Gesellschaft noch unterentwickelt mit der Folge, dass es auch am notwendigen Vertrauen der Bevölkerung in die staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen mangelt – ein Erbe der früheren „Allmacht“ des Staates, des Zentralismus und der Verwaltungswirtschaft, die auch dem System der sozialen Sicherheit und der sozialen Dienste ihren Stempel aufgedrückt hatten. Entsprechendes gilt für das System der *Arbeitsbeziehungen* und für den *Sozialen Dialog*, die darunter leiden, dass die Sozialpartner sich noch nicht in einem den alten Mitgliedstaaten vergleichbaren Grad etabliert haben (wobei auch in letzteren die Mitgliederzahl sinkt). Dieses „Erbe“ manifestiert sich deutlich in einem sehr viel geringerem Organisationsgrad sowohl auf Arbeitgeberseite wie bei den Gewerkschaften.

Sehr viele spezifische Unterschiede zwischen den alten und den neuen Mitgliedstaaten wie auch viele dieser Probleme in den letztgenannten gehen somit auf die Zeit vor 1990 und die sich daran anschließende Transformationsphase zurück und lassen sich nicht so bald einebnen bzw. lösen. Gleichwohl ist zu registrieren, dass sich in zunehmendem Maße Konvergenzen zwischen alten und neuen Mitgliedstaaten herausbilden, wie sich insbesondere auch an den Reformen im Bereich der sozialen Sicherheit zeigt, die weitgehend in dieselbe Richtung gehen.

⁷ Zu einem instruktiven tabellarischen Überblick über die Sozialschutzsysteme aller 25 EU- und die drei Nicht-EU EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen sowie die Schweiz vgl. Europäische Kommission (Hg.), MISSOC. Der soziale Schutz in den Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz. Stand 1.7.2004, Brüssel 2005 (*in Druck*)